

MASARYKOVA UNIVERZITA
Fakulta sociálních studií
Katedra psychologie

Disertační práce

**Sociální konstruování pacienta s diagnózou schizofrenie, psychóza
v diskurzu zdravotnických profesionálů**

(Od člověka k diagnóze)

Mgr. Jiří Šupa

Školitel: prof. doc. PhDr. Zbyněk Vybíral, Ph.D.

Brno
2011

Prohlašuji, že jsem disertační práci „Sociální konstruování pacienta s diagnózou schizofrenie, psychóza v diskurzu zdravotnických profesionálů“ vypracoval samostatně a použil jsem jen zdroje z uvedených pramenů.

.....
V Brně, 24. 4. 2011

Poděkování

Poděkování za tuto práci patří prof. doc. PhDr. Zbyňku Vybíralovi, Ph.D., který mě nadchnul pro kritický přístup v psychologii a nesčetněkrát mě inspiroval, jak svými texty, tak svou odvahou stavět se kriticky k vytváření status quo ve vědě i společnosti. Děkuji mu také za poznámky, podněty a podporu při psaní textu.

Neméně důležití pro vznik této práce byli lidé, kteří mi ukázali, že člověk s diagnózou je především osoba a diagnóza je až to druhé.

Poděkovat za podporu a prostor pro práci chci také svojí ženě.

Obsah

Úvod.....	6
Teoretická část.....	10
1. Fenomén „duševní nemoc“.....	10
1.1. Duševní nemoc a společnost.....	10
1.2. Duševní nemoc v psychiatrickém kontextu.....	14
1.3. Koncept schizofrenie jako diagnostické jednotky.....	16
2. Diverzita přístupů ke zkoumání duševní nemoci.....	20
2.1. Psychologie jako angažovaná věda.....	20
2.2. Diskurz nemoci a zdraví	24
2.3. Život v institucích.....	33
2.4. Sociální reprezentace lidí s duševním onemocněním aneb „změna není možná?“.....	40
2.5. Laické vyprávění jako způsob formování rozdílných pohledů na péči.....	46
3. Duševní nemoc a sociální kognice.....	56
3.1. Diagnóza a teorie labellingu.....	56
3.2. Stereotypizace, předsudky a stigmatizace.....	59
4. Jazyk a dialog.....	67
4.1. Jazykové konstruování světa.....	67
4.2. Metaforický konceptualizovaný systém psychiatrického diskurzu,.....	71
4.3. Dialog.....	74
5. Perspektivy zdravotnických profesionálů.....	80
5.1. Perspektiva lékaře.....	80
5.1.1. Role lékaře.....	80
5.1.2. Postoj lékaře.....	81
5.1.3. Setkání s lékařem.....	83
5.1.4. Téma moci v lékařské profesi.....	85
5.2. Perspektiva zdravotní sestry.....	87
5.2.1. Role zdravotní sestry.....	87
5.2.2. Postoje zdravotní sestry, zdravotního bratra	89
5.2.3. Setkání se zdravotní sestrou a zdravotním bratrem.....	91
Shrnutí.....	93

Výzkumná část

1. Metodologie výzkumu	95
1.2. Cíl a metoda výzkumu	95
1.3. Výzkumná otázka	98
2. Reflexe pozice výzkumníka	98
2.1. Sebereflexe výzkumníka	98
2.1.1. Využití časové osy	99
2.1.2. Reflexe vlastní pozice	101
2.1.3. Shrnutí reflexe a stanovení rizik	101
2.1.4. Snižování rizik	102
2.1.5. Závěr reflexe	102
3. Průběh výzkumu	104
3.1. Průběh sběru dat	104
3.2. Výzkumný soubor	104
4. Metoda sběru dat	105
4.1. Ohnisková skupina	105
4.2. Polostrukturované interview	106
5. Metoda analýzy dat	109
5.1. Limity zvoleného přístupu a validita výzkumu	111
6. Konstruování práce zdravotní sestry	113
7. Konstruování člověka s diagnózou duševní nemoci	127
9. Konstruování interakce zdravotní sestry a pacienta v podmínkách psychiatrického zařízení	146
10. Alternativní diskurzy o práci zdravotní sestry	156
Diskuse	160
Závěr	171
Seznam použité literatury	174

Úvod

„Já si myslím, že psychiatrie za těch třicet let, co su s nima ve styku, že udělala velkej pokrok....že, je velice těžký, jestli toho člověka chápeme aji když ho nechápeme, takže pro nás je hrozně těžký, že se pomůže jen části těch pacientů, ostatním se to jakoby vzdá a za rok se tam vrátí a zase to stejný...já jsem tam byl po dobu šesti let, každej rok jsem tam byl, až ten člověk nad tou chorobou získá nějakej náhled, jak pomoci četby, tak pomoci lékařů, tak pomoci prostředí, který si utvořil doma, tak na základě tady toho prostě se ty intervaly mezi téma hospitalizacema zvětšují.“

Marek ,(2004)

Presvědčení a praktiky vztahující se k ideám nemoci-zdraví jsou součástí základních rysů kultury (Helman, 2000:4-5).

Začněme otázkou. Proč je třeba zkoumat duševní nemoc v naší společnosti z hlediska sociální psychologie? Studium zdraví, nemoci a oboru lékařství nám poskytuje jedno z nejlepších zrcadel vztahu mezi jednotlivcem, společností a kultury (Lock, 1986, In Geest, Finkler, 2004).

Stav organismu rozeznávaný v naší společnosti jako „duševní nemoc“ je konstruován sociálními faktory jako je a) společensky definovaný způsob tohoto rozeznávání, b) normativní způsob zacházení s člověkem v takto pojmenovaném stavu a c) osobní prožívání stavu člověkem na základě významů sdílených společností, ve které žije. Duševní nemoc není stav o sobě, ale stav v osobě, která se ocitá v poli psychiatrického diskurzu, který během hospitalizace dominuje individuálně prožívané zkušenosti člověka.

Biologická medicína a psychologie zjišťují empirická fakta o organismu a chování, ale sama o sobě nejsou zodpovědná za formulaci diagnózy nebo předepsaný způsob léčení. Záleží na sociálních rozhodnutích profesionálů, které se zakládají nejen na zjišťovaných faktech, ale zároveň jsou ovlivňována hodnotami společnosti (Sedgwick, 1973).

Lidé, kterým se přihodí neobvyklé zážitky, se dostávají do zdravotnického systému péče, který některým lidem z jejich pohledu, málo pomáhá (Chamberlin, 1999, Štěpánová, 2010, Liebert, Gavey, 2006). Stává se, že je kontakt s lidmi z pomáhajících profesí znehodnocuje. Při vstupu člověka do psychiatrického zařízení vzniká nová sociální role „psychiatrického pacienta“ obalené profesionálními i laickými sociálními reprezentacemi, jež jsou znovu a znovu ko-reprodukovány prostřednictvím kontaktů pacientů a zdravotnického personálu a profesionály mezi sebou (Rosenhan, 1973/2001, Barret, 1996).

Psychiatrické zařízení je možné chápat jako způsob pomoci člověku s diagnózou duševní nemoci a zároveň také jako jednu z forem *ztělesněného* diskurzu, který zahrnuje různé formy organizace společného života zdravotnického personálu a pacienta (Foucault, 1993, Goffman, 1961, Stanton, Schwartz, 1954). Člověk v poli psychiatrické péče je formován cirkulujícími významy této role a učí se ji žít. Ať vnímá pobyt v psychiatrickém zařízení negativně nebo pozitivně, stává se součástí odborného a veřejného diskurzu, jež ovlivňuje jeho sebe-vnímání a self-koncept.

Zkoumání vztahu a komunikace mezi lidmi s neobvyklými zážitky a zdravotnickými profesionály (Foucault, 1993, Szasz, 1996, Janík, 1989, Gillet, 1999), kteří se jim věnují, nezbytně zahrnuje také zkoumání vztahu společnosti k těmto lidem (Jodelet, 1991, Brohan, Thornicroft, Sartoris, 2010), pravidel a norem života v institucích (Goffman, 1961, Rosenhan 1973, Mentzos, 2005, Paleček, 2010), které může být zachycen prostřednictvím analýzy diskurzu, která v sobě propojuje různé úhly pohledu mnoha disciplín – historie, sociologie, lingvistiky.

Perspektiva se může zdát příliš široká, ale jak píše Marková (2007:15) „hranice mezi těmito oblastmi byly, často nevědomky a uměle, vytvořeny samotnými sociálními a humanitními vědci. Lidské tradice, často vedené politickými a teritoriálními zájmy, omezují naše myšlenky svěřací kazajkou úzce vymezených disciplín, což nám znemožňuje vidět sociální fenomény z různých perspektiv a v mnohohrstevnatých skutečnostech, jejichž jsou součástí.“

V situacích, kdy dochází ke kontaktu mezi zdravotnickým personálem a člověkem nacházejícím se v neobvyklém stavu dochází k „reprodukování“ a rekonstruování utváření představy o tom, co je to „duševní nemoc“ a kdo je „duševně nemocný“.

Proto je nutné si klást otázky, které přispívají k vyjasnění a porozumění z jakých východisek kliničtí odborníci v institucích vycházejí, v jakém kontextu se komunikace odehrává, jakým způsobem je konstruována jejich představa o duševní nemoci a jak ji aplikují na lidi, kteří přicházejí do jejich péče.

V této práci přemýšlím o „duševní nemoci - schizofrenii“ jako o konstruktu v rámci sociálního systému. Pro autora, který se pohybuje již 7 let v práci s lidmi s diagnózou schizofrenie, psychóza je to trochu zvláštní pocit, když má diagnózu schizofrenie *uzávorkovat*. Vnímat ji jako sociální konstrukt. Snažím se tím říci, že schizofrenie není? Ano i ne. Lidé zažívají určité stavy, které je třeba nějak pojmenovat, aby bylo možné o nich mluvit. Porozumění a pojmenování jde ruku v ruce a vede k různým sociálním akcím. Podobně můžeme chtít po truhláři, aby najednou uzávorkoval „stůl“. Stůl existuje, ale naše

porozumění, jak stůl vypadá a k čemu slouží, je sociální. Vychází ze společenské tradice a je reprodukována jazykem, opakováním symbolických interakcí a stává se také symbolem sloužícím k metaforickému vyjádření sdílené skutečnosti¹. Duševní nemoc, spíše než lékařský fakt, je souhrnem diskurzů, vztahů a akcí, které jsou formovány různými druhy vědění, zkušeností a mocenských vztahů, které spolu neustále splývají.

V teoretické části využiji pro mapování pole přehled literatury o duševní nemoci z pohledu teorie sociální reprezentace, diskurzivní analýzy, konverzační analýzy, etnometodologické teorie, etnografického výzkumu a zmíníme procesy stereotypizace, labelling, stigmatizace.

V praktické části se budu zabývat konstruováním „duševní nemoci“ zdravotnickým personálu u lidí s diagnózou schizofrenie, psychóza prostřednictvím analýzy diskurzu.

Při psaní práce jsem čelil čtyřem hlavním problémům. Dva se týkaly formální stránky práce a dva myšlenek předávaných obsahem práce. První potíží bylo, zda u každého pojmu jako „duševní nemoc“, „schizofrenie“, „pacient“ dělat uvozovky a tedy tyto pojmy označovat jako sociálně konstruované nebo je používat jako běžné pojmy pro označení skutečnosti, kterou každodenně vnímáme a reprodukujeme. Rozhodl jsem se nechat se ovlivnit textem samotným a někdy použitím uvozovek zvýrazňovat sociální konstrukci a někdy ne. Druhým problémem bylo hledání nestigmatizujícího pojmenování lidí s diagnózou „duševní nemoci“. V práci proto využívám rozmanitých podob slovních spojení, které se mohou zdát někdy dlouhé – lidé se zkušeností neobvyklých stavů, člověk s diagnózou duševní nemoci atp., neboť někteří autoři (Boréus, 2006: 420) naznačují, že využitím méně běžných slov a pojmenování se stáváme sociálně citlivější vůči realitě, ve které se pohybujeme. Nutí nás přemýšlet a zpochybňovat to, co považujeme za obvyklé. Třetím problémem bylo hledání způsobu, jak se vyhnout tvrzení univerzálních pravd o stereotypně a homogenně nahlíženém zdravotnickém personálu. Stejně jako o „pacientech“ můžeme přemýšlet o „zdravotních sestrách“, které jsou díky chování pacientů nuceni zaujímat mocenské a autoritativní postoje onipotentních odborníků. V práci se snažím vyhnout obviňujícím postojům a hledám způsob, jak „zdravotnický personál“ vnímat a prezentovat jako především soubor lidí se společensky definovanými rolami v systému péče o duševního zdraví, kteří odvádí co nejlepší práci vycházející z historicky podmíněných odborných premis. V práci se snažím střídát různé termíny, abych zdůraznil pluralitu pojmenování rolí a rigidně nelpěl na jednom názvu.

¹ Např. „naše rodina se schází u jednoho stolu“, „pět českých pod stolem“ atp.

Posledním problémem bylo vyřešit samotný žánr předkládané práce, neboť zvolené téma neumožňuje vědeckou objektivitu a neutralitu. Každý vědecký výzkum je společenským tvrzením nesoucím hodnoty a směřující k reprodukování určité společenské praxe. Po reflexi vlastní počáteční kritičnosti se mým cílem stalo předložit klinickým odborníkům a profesionálům v pomáhajících profesích (pro ně zdánlivě) obvyklé jevy a vlastní východiska k promýšlení a revizi.

V práci zdůrazňuji roli zdravotní sestry/bratra, na které jsem zaměřil svůj výzkum a na roli lékaře, i když se lidem s diagnózou duševní nemoci věnují také psychologové, psychoterapeuti, sociální pracovníci a setkávají se s nimi policisté a různí úředníci atp., kteří reprodukuji a rekonstruuji sociální konstrukci „duševní nemoci“ v rámci svých vlastních diskurzů. Zdravotní sestra a lékař jsou však hlavními aktéry v sociálním poli člověka, když se poprvé ocitá v psychiatrickém zařízení. Přístup zdravotnického personálu ovlivňuje sebevnímání a sebehodnocení pacientů, jejich vnímání atmosféry psychiatrického zařízení a může jim ulehčovat či ztěžovat pobyt v psychiatrickém zařízení (Šupa, 2004). Mnohé z úvah platí i pro psychoterapeuty nebo sociální pracovníky, jejichž role je v teoretické části práce také diskutována.

Teoretická část

1. Fenomén „duševní nemoc“

1.1., „Duševní nemoc“ a společnost

„Včera v noci, přišel za mnou Freddie Mercury, nevím, jestli to byl sen, nevím, on měl AIDS, jo, jsem se s ním vyspala, myslíte, že mám taky AIDS, mohla jsem to od něj chytit? Víte, já už se cítím zdravá.

Helena

„Já vím, že mi nevěříte, ale u mě to bylo vyvolaný uměle. Prostě já se musím dostat do Číny, oni si to přejí. Je hodně lidí, věří mi... Když je neposlechnu, dostanu trest, závratě, rozostřený vidění.. Já jsem dřív věřil, že...oni...řídí mě na dálku, jsem takovej prototyp. Můžu hodně věcí změnit a už jsem je i změnil, je to skvělý, když vidíte, kolik věcí se podařilo, v televizi, jak zavádí moje nápady do praxe. Prezident, on chce, mohl bych dokázat ještě víc. Pro tohle žiju. Bez toho bych nebyl nic.

Pavel

Fascinace šílenstvím přichází po fascinaci smrtí. Hrozba smrti se přestala vznášet nad lidstvem a objevila se hrozba šílenství. Pole opanoval rozum, šílenství je výsměch rozumu, poukázání na nicotu, křehkost člověka a jeho bytí.

Foucault (1993)

Schizofrenie se řadí mezi duševní onemocnění. „Duševní nemoc“ jako kategorie rozeznávaná ve společnosti vzniká teprve před třemi stoletími. Předtím byli lidé označováni jako šílení, případně posedlí, nebo zatvrzelí hříšníci či lidé se zvláštním typem povahy např. melancholici (Giddens, 1999: 221).

Duševní nemoci se dostávalo a dostává pozornosti mnoha autorů z oblastí filozofie, sociologie, psychologie i psychiatrie, kteří upozorňovali na moc medicíny, vytvářející diskurz „zdraví a nemoci“, který vede ke konstituování společenských norem, hodnot i způsobu vnímání světa. Klerman (1977: 224) rozděluje kritiky do 4 skupin – antipsychiatri (reprezentované Laingem, Szaszem), zastánce „labelling“ teorie v sociologii a v sociální psychologii (Scheff, Rosenhan, Goffman), občanské liberály, kteří se zaměřují na porušování práv a kritiky vzrůstající „medikalizaci“ společnosti.

Dichotomie krajních ideově ideálních stanovisek (psychiatrie x anti-psychiatrie) však nefunguje při bližším pohledu do víření mikrosociálních situací v denní praxi života ve společnosti. I kriticky uvažující psycholog se (pravděpodobně) nemůže zbavit předsudků vrostlých do sociálních struktur a jazyka, ve kterém se musí pohybovat. I horlivý zastánce farmakoterapie dovede (pravděpodobně) pochopit a ocenit vliv sociálních aktivit na vývoj a průběh diagnostikovaného stavu.

Fenomén „schizofrenie“ se objevuje transkulturně (Littlewood et al., 2007), kulturní rámec společnosti však definuje sociální porozumění probíhajícímu stavu a ovlivňuje „trajektorii“ života s nemocí (Brown, 1995).

Každé společenství zná roli „pacienta“ a roli „léčitele“ (Brown, 1995, Littlewood et al. 2007), při zacházení s ním se však při stejné stanovené diagnózy objevují rozdílné sociální reakce, stejně jako odlišné léčebné postupy (Alanen, 1997). Péče o duševní zdraví se odehrává v proudu společenského vyjednávání. Všechna rozhodnutí o nemoci – diagnóza, léčení, prevence a management onemocnění jsou založená na sociálním konsenzu lékařských profesionálů, mezi zdravotnickými profesionály a mezi profesionály a společností (Klerman, 1977: 221).

V evropské tradici objevení se „duševní nemoci“ vede v společnosti ke dvěma reakcím – fascinaci (Foucault, 1993) následované zájmem pochopit a strachu z nebezpečí (Jodelet, 1991) následované izolací.

Hlas člověka hovořící o nějaké neobvyklé zkušenosti nás může fascinovat svoji ne-reálností a zároveň před nás klade otázku o možnostech lidského prožívání a mysli. Pokud však předkládanou zkušenost prozkoumáme racionálním rozumem, případně logikou diagnostických kritérií, tak se začíná rozpadat v „bláboly“, které je třeba odmítnout, v symptomy, které je potřeba rozlišit, aby bylo možné stav diagnosticky kategorizovat. Foucault (1993) píše, že fascinace šílenstvím pramení také z toho, že člověk se od šílence chce dozvědět něco o sobě samém. Sami lékaři říkají, že pro ně duševní nemoc znamená něco tajemného, lákavého (Janík, 1987, Šupa, 2004). Člověk v rozhovoru s člověkem, který říká věci „ne-uvěřitelné“, je vyzýván k tomu, aby na ně nějakým způsobem reagoval. V té chvíli se rozhodujeme, zda se necháme „(s)vést“ k prozkoumání svých vlastních představ o světě nebo jestli se obrníme a člověka označíme jako „blázna“. V minulosti byla představa o „duševní nemoci“ spojena s vymýváním ďábla, různými formami sil, které druhého člověka ovládaly nebo se skrze něj projevovaly (Szasz, 1996, Janík, 1987). Ostatně Szasz (1996)

považuje vznik kategorie duševního onemocnění za důsledek změny teologického myšlení ve vědecké. Foucault (1993: 10) uvažuje podobně: „Snaha vyléčit a snaha vyobcovat se proluly v jedno: zavíralo se do posvátného prostoru zázraku...posvátná země, kde se šílenství mělo dočkat svého osvobození, ale kde zároveň člověk v duchu starých témat vykonával cosi jako rituál oddělení.“

Jedním z proudů, vyskytujícím se v diskurzu diskutujících hodnotu „duševních nemocí“, je zposvátnění „šílenství“ nebo alespoň některých druhů. Lukoff (1985) rozpracovává diagnostická kritéria, podle kterých by bylo možné rozpoznat, kdo šílí „biologicky“ a kdo „psychospirituálně“. Za snahou Lukoffa lze spatřovat pokusy o posunutí mantinelů psychiatrického třídění duševních nemocí, podobně jako kdysi u homosexuality, která byla dlouhodobě na seznamu duševních nemocí a teprve na základě celospolečenských hnutí a tlaků byla z tohoto seznamu vyškrtuta. Z kategorie „sexuální deviace“ se stala „sexuální varianta“ (Brown, 1995). Podobně jako kdysi homosexualita, tak je „psychóza“ ohniskem střetu různorodých zájmů sociálních skupin reagujících na jevy vyvolávané v situaci – člověk-stav-společnost.

Podle Foucaulta (1993) nesmíme zapomenout na morální rozměr šílenství. Foucault (1993) připomíná obraz, kde šílenství vládne nad lidskými špatnostmi jako je sebeláska, lichotivost, lenost, zapomnění, rozkoš, požívačnost. „Osvobození“ zavřených šílenců Pinelem (roku 1793) předcházelo jejich hromadné zavírání spolu s dalšími skupinami lidí, kteří nepracovali. Žebráci, mrzáci, podivíni byli nahnáni do obrovských institucí, kde se měli převychovat a stát užitečnými pro společnost.

Odsouzení zahálky bylo jedním z motivů pro založení všeobecných špitálů, stejně jako vyřešení ekonomické a společenské situace (Foucault, 1993: 36). Ovšem k „osvobození“ došlo jen zdánlivě. Okovy nahradily jiné formy dohlížení a mnoho různých velice hrubých způsobů léčení založených na dobově vědecky uznávaných metodách (Foucault, 1993, Černoušek, 1990). Černoušek (1990:70) uvádí pojetí S. Tukea a jeho útulku Retreat. Léčba zde byla podřízena „náboženské morálce“ a „duševně nemocný“ zde „byl tlačěn do ryze morální struktury, v níž měl možnost poznat svoji nemoc v dimenzi nekonečné úzkosti Zákona a Hříchu“. Za účinnou metodu byl považován strach. Strach považuje Foucault za „geometrickou základnu útulků a azylů“. Strach byl navozován na základě aktů fyzických, které se dříve často používali jako „léčebné metody“ např. zpevňování (polykáním železa atp.), pročištění, máčení, regulací pohybu (zavření, cestování) atp. Postupně byl tento strach

nahrazen strachem psychologickým, který vzniká z pocitů viny a podřizování se. „Duševně nemocnému“ je neustále navozován pocit podřizování se autoritám, sebekontroly a podřízení se systému odměn a trestů, což odpovídá metaforické představě o duševní nemoci jako infantilním chování, jako o dětství (Černoušek, 1990). Vyléčení je v této souvislosti chápáno jako podřízení se hodnotám společnosti. Pokud „nemocný“ přijal hodnoty společnosti za své, byl jí přijat zpátky.

Péče o lidi s diagnózou duševní nemoci je tak od začátku spojena s možností zneužívat moc, kterou pečující nad pacientem má. Chamberlin (1999: 20) hovoří o schopnosti zdravotnického personálu zpochybňovat vlastní úsudek. „Pacient je považován za nemocného, za někoho, komu nelze věřit a kdo potřebuje neustálý dohled. Personál je kompetentním, moudrým a přirozeným vůdcem. Personál nevěří tomu, co pacienti říkají. Pacienti nevěří tomu, co říkají jiní pacienti. Pacienti začínají zpochybňovat své vlastní chápání různých situací.“

1.2. Duševní nemoc v psychiatrickém kontextu

V 17. století T. Sydenham a další vytvořili konsenzus, že každé onemocnění, aby mohlo být nazváno „nemocí“ má mít svoje charakteristické symptomy a vlastní etiologii (Klerman, 1977). Na základě stanovení kritérií nemoci se začal tvořit medicínský model duševních nemocí a psychiatrie jako lékařská disciplína. Klerman (1978) představuje zrod psychiatrie na základě tzv. neo-kraepeliánského kréda:

1. Psychiatrie je jedním z odvětví medicíny.
2. Psychiatrie využívá moderní vědecké metody a vytváří získáváním vědeckých poznatků základ praxe
3. Psychiatrie jedná s lidmi, které jsou nemocní a kteří potřebují léčení pro své duševní nemoci.
4. Existuje jasná hranice mezi normálním a nemocným.
5. Existují duševní nemoci, které nejsou mýty a cílem vědecké psychiatrie a dalších lékařských specialistů je nalézt příčiny, diagnostikovat a léčit tyto duševní nemoci, přičemž pozornost psychiatrů je zaměřena především na biologické aspekty duševního onemocnění.
6. Pozornost by měla být explicitně zaměřena na diagnózu a klasifikaci.

7. Diagnostická kritéria by se měla stát určitým kódem a legitimizována a značná část výzkumu by měla být zaměřena na jejich validizaci,

8. Statistické techniky výzkumu by měly být využity pro zlepšení reliability a validity.

Somatické lékařství tak inspirovalo psychiatry k třídění a kategorizování stavů, které byly v lidské historii přítomny od pradávna a psychiatrie měla směřovat k jasným kritériím a odlišením patologie od zdravého.

Sociální reprezentace duševní nemoci prodělala změnu od „hlasu bohů“, „božího znamení“, „trestu bohů“ přes teorie o „zkaženosti“, „špinavosti“ (Foucault, 1996) dále přes „předčasnou zblbělost“ E. Kraepelina až k „duševní poruše biologického charakteru“. A stejně tak se mění vnímání „šilence“. Hodnota člověka označeného „božím znamením“ pro společnost je jiná, než hodnota „předčasného blbce“. Potvrzení sil boží existence v člověku vyvolávají jiné postoje, než představa úpadku a degenerace.

Při sledování historického vývoje konceptu „duševní nemoci“ si můžeme všimnout pozitivního vývoje – ze společnosti žebráků a zlodějů byli „vyloveni“ lidé s duševní nemocí. Pro obě skupiny to bylo užitečné. Zloději již nebyli obtěžováni „šilenci“ a z „šilenců“ se začali stávat pacienti. Těm byla věnována speciální lékařská péče, která zvýšila kvalitu života a nálepkou pacienta jej učinila pro společnost přijatelným. Zarámování stavu konceptem „nemoci“ pomohlo učinit „ne-uvěřitelné“ zařaditelným a částečně přijatelným. Redukovalo úzkost a postavilo společnost do role zachránce.

Současné lékařské vědění o „duševní nemoci“ je založené na biomedicínském rámci, současných morálních a etických perspektivách, socializaci lékařů, profesionálních a institucionálních praktikách systému péče o zdraví a širší sociální struktuře společnosti.

U „schizofrenie“ převládá názor, že hlavní roli hrají biologické příčiny, které nesouvisí s rodinami ani osobní zodpovědností nemocného. Na základě představy o nemoci se odvíjí také představa o léčení. Postoje k léčení v dnešní společnosti se liší u různých národů na základě představy o příčině nemoci, představě o důsledcích léčby (Littlewood et al., 2007). Například v Německu se na velkém vzorku ukázalo, že většina lidí přijímá velmi dobře psychoterapii a ty, kteří ji podstoupí, neznačkuje, nadměrně však odmítá farmakoterapii (Angermeyer a spol., 1996, In Libiger 2001). Vyrůstající biologický trend v psychiatrii naopak vede více lidí k závěru, že „schizofrenie“ je čistě biologický fenomén bez sociální

etiologie nebo sociálního vlivu (Klerman, 1978). Tento trend však může vést k mechanickému nebo pozitivistickému přístupu, ve kterém se spoléhá pouze na podávání léků a vyhýbá se možnému sociálnímu působení (Brown, 1995). U nás je u pacientů s diagnózou schizofrenie, psychóza více preferován farmakoterapeutický přístup. Na psychologickou a psychoterapeutickou pomoc není v psychiatrickém diskurzu kladen důraz, což lze doložit přehledem odborných článků dokazujících biologickou orientaci psychiatrie.² Nijak zvlášť se také nezdůrazňuje práce se vztahovou úrovní péče a pomoci, která by mohla být součástí práce zdravotnického personálu, i když odborná literatura na ni upozorňuje (Janosiková, Daviesová, 1999: IX).

V zahraničí (Velká Británie, USA) došlo během padesátých let k rozmachu dvou forem přístupů k léčení duševních nemocí – farmakoterapie (biologická psychiatrie) a psychosociální přístupy tzv. sociální léčení duševních nemocí (Klerman, 1977). Rozvoj psychosociálních přístupů zahrnoval politiku „otevřených dveří“, zákaz izolace a omezování, rozvoj technik práce se skupinou jako např. terapeutická komunita, vzdělávání ne-profesionálů, vědomá snaha o brzké propuštění, zahrnutí rodiny do podpory, snížení administrativy a bariér mezi institucemi a komunitou, které přispěly ke změně sociální organizovanosti, komunikačních vzorců a mocenských vztahů uvnitř psychiatrických léčeben. Brown (1995) zmiňuje silný vliv těchto sociálních hnutí na změny v postojích společnosti, ve které se proměnil systém péče o duševní zdraví.

Při vypočítávání změn Klerman (1977) cituje Kramera (1966):

1. Hlavním trendem byla redukce dní trvání hospitalizací lidí s akutní epizodou a vzrostlo procento propuštěných lidí z nemocnice během šesti měsíců nebo jednoho roku a snížil se celkový počet dní hospitalizace.
2. Ohniskem péče přestaly být velké veřejné léčebny a začal vzrůstat podíl péče v komunitně zaměřených programech, komunitních centrech péče o duševní zdraví a psychiatrických jednotkách obecných nemocnic.

² Byl prozkoumán poslední ročník časopisu Česká a slovenská psychiatrie. V souborných člancích (16 biologicky zaměřených, 12 jinak), původních pracích (13 biologicky zaměřených, 6 jinak zaměřených) obecně převažovaly texty zaměřené na biologicky orientovanou léčbu. Mezi 7 publikovanými kazuistikami nebyla ani jedna zaměřená na psychoterapeutickou práci. V recenzích kupodivu převažovaly recenze psychoterapeutických knih 7 recenzí, jedna zaměřená na biologicky orientovanou medicínu. Zjištěnou situaci těžko interpretovat bez znalosti kontextu časopisu.

3. Došlo k expanzi ambulantní péče na všech úrovních – soukromé, veřejné, dětské, pro dospělé.
5. Vzrostl podíl soukromého sektoru při podpoře lidí s duševním onemocněním.
6. Veřejnost přijala koncept duševního zdraví/nemoci a pod nálepkou duševního zdraví začala využívat systém zdravotní péče pro řešení osobních, rodinných a sociálních problémů skrz definici „duševní nemoci“.

1.3 Koncept schizofrenie jako diagnostické jednotky

Pojem “schizofrenie” se poprvé objevuje se v Bleulerově oddíle Aschaffenburgovy Příručky psychiatrie z r. 1911. Z původního názvu t zv. daementia praecox tj. předčasná demence Morela a Kraepelina se vyvinulo pojmenování podle Bleulera schizofrenie (schisis – frenos – rozštěpení). Dříve byl takto označován člověk, který ztratil schopnost vnímat předměty, pochopit jejich vzájemné vztahy, porovnat je a uchovat si na ně vzpomínku. Charakteristické bylo oslabení citu, inteligence a vůle. Kraepelin provedl rozdělení na tři varianty: katatonní, hebefrenní, paranoidní. Popsal jednotlivé kategorie a zdůraznil jejich charakteristický průběh vedoucí k “trvalým a charakteristickým změnám duševního života” a “do stavu svébytné duševní slabosti” (Psychiatrie, 2002: 344).

E. Bleuler hovořil o tzv. “skupině schizofrenií” a chápal ji jako “alteraci myšlení, citu a vztahů k okolnímu světu”. Je při ní “v každém případě přítomno více či méně zřetelné rozštěpení psychických funkcí, je-li nemoc zřetelně vyjádřena, pak ztratí svou jednotu a brzy je nemoc reprezentována jedním či druhým psychickým komplexem – jednotlivé psychické komplexy nesplývají do konglomerátu s jednotnou výslednicí, nýbrž osobnost ovládá jeden komplex, zatímco jiné skupiny snah nebo představ jsou ,odštěpeny‘ a zcela nebo částečně bez účinku” (Psychiatrie, 2002: 344).

Schizofrenie byla považována za onemocnění mozku, Bleuler (1998) však upozorňuje, že “fyzicky podmíněné psychózy můžeme porozumět, pokud rozlišíme symptomy, pocházející přímo z chorobného procesu od těch, které vznikají reakcí nemocné psychiky na různé vnější a vnitřní děje.”

Byť zpočátku vypadal vývoj diagnostické kategorie slibně, stále není jasné, co to “schizofrenie” vlastně je. “Pojem schizofrenie je neostře ohraničený nejen ve vymezení

nezbytných a dostatečných symptomů určujících jeho nosologickou svébytnost, ale i po stránce intenzitní” (Libiger, 1992:13). Kalvach (2000: 269) se ptá: „Existuje jedna (Griensig, Rennert), dvě (Kraepelin), tři (Mitsuda) nebo čtyřiatřicet (Leonhard) psychóz? Jak se máme vypořádat s faktem výskytu symptomatologie různých typů při různých atakách u téhož jedince, eventuálně s výskytem symptomatologie různých typů v rámci jedné ataky, případně s výskytem různých typů psychóz u příslušníků téže rodiny?“

V učebnici Psychiatrie (Höschl, Libiger, Švestka, 2002) se uvádí, že “to, co pod pojmem schizofrenie rozumíme, se v průběhu století měnilo. Je pravděpodobné, že se bude vyvíjet i nadále”. Některé současné úvahy naznačují i možnost zrušení této kategorie (Libiger, 2010, Kalvach, 2000).

Nejasnost této kategorie vytváří prostor pro zkreslování a různé interpretace ovlivněné sociálními, historickými a kulturními podmínkami. (Brown, 1995). Snahou psychiatrie je ustanovit společná kritéria, výzkumy v šedesátých letech však ukázaly, že američtí lékaři diagnostikují “schizofrenii” častěji než britští (Höschl, Libiger, Švestka, 2002: 345).

Townsend (1978, In van der Geest, Finkler, 2004) argumentuje transkulturními studiemi zaměřenými na psychiatry a laiky a dochází k závěru, že lokální koncepty založené na „zdravém rozumu“ v jakékoliv společnosti ovlivňovaly profesionální reakci v praxi více, než explicitní psychiatrické teorie. Tvrdí, že němečtí psychiatři a němečtí laici jsou si bližší v názorech na duševní nemoc, než němečtí psychiatři a američtí psychiatři. Lze tak říci, že psychiatři jsou Němci anebo Američani a teprve potom odborníci .

Obavy, zda diagnostický konstrukt “schizofrenie” nevede k “nálepkování” podnítilo mezinárodní výzkumy “schizofrenie” v letech 1969-1976. Ve studii bylo v 9 centrech (Washington, Moskva, Aarhus, Londýn, Praha, Ibadán, Agra, Kali a Taipei) na různých světadílech vyšetřeno 1202 nemocných ve věkovém rozmezí 15-44 let. Bylo použito jednak standardního vyšetřovacího interview přeloženého do národních jazyků jednotlivých center a vybaveného glosářem (“present state examination“ od J.K. Winga), jednak diagnostického počítačového programu CATEGO. Ve studii byla sledována reliabilita stanovení diagnózy v jednotlivých centrech i mezi nimi. Provedla se řada statistických analýz k identifikaci symptomů nejlépe diskriminujících schizofrenii oproti jiným diagnózám. Prokázána byla častá podobnost náplně konceptu schizofrenii. Pouze Washington a Moskva se lišili širším pojetím diagnózy. Stephens (Libiger,1992: 20) srovnal použití devíti různých diagnostických přístupů na souboru 283 pacientů. Nalezl trojnásobný rozdíl v množství pacientů

diagnostikovaných s pomocí úzkých operacionálních systémů (Spitzerova Výzkumná diagnostická kritéria, Schneiderovy symptomy prvního řádu, Feighnerova St. Louiská kritéria) a v počtu pacientů, kteří měli diagnózu schizofrenie v klinickém nemocničním chorobopisu. Pouze 7% pacientů získalo diagnózu schizofrenie ve všech 9 systémech. DSM III a Schneiderova kritéria označila za lidi se schizofrenií 37% pacientů ze zkoumaného vzorku, ale nejednalo se o stejné pacienty. 77% pacientů identifikovaných Schneiderovými příznaky prvního řádu bylo jako „schizofrenici“ označeno ještě dalšími pěti nebo více systémy. Mezi pacienty diagnostikovanými DSM III bylo takových stvrzeno 94% potvrzených „schizofreniků“. Carpentův a Straussův 12-ti bodový flexibilní systém identifikoval jako „schizofrenní“ 53% pacientů ze souboru, Spitzerova Výzkumná diagnostická kritéria 46%. (Libiger, 1992: 21).

Lze tedy říci, že byť je kategorie „schizofrenie“ neostrá, určité rysy neobvyklého stavu lze rozeznat v každé společnosti. Můžeme říci, že schizofrenie však jako „nemoc“ nemá jasnou etiologii a jasnou léčbu. Rozeznání určitého stavu na základě převažujících tendencí vede k různým profesionálním i sociálním odpovědím. Klerman (1978:116) uvádí výsledky dlouhodobých studií, které poukazují na různé průběhy dlouhodobé léčby v životě lidí s diagnózou schizofrenie, kdy v jedné studii (Astrachan, 1974, přešetření po 4 letech) zahrnující 150 lidí přes padesát procent lidí bylo nezaměstnaných a devadesát procent lidí hovořilo o přetrvávajících symptomech a zatímco druhá studie z Kanady (přešetření po 10 letech) prezentovala dobré výsledky, stejně jako studie z rozvojových zemí. Nemůžeme tedy brát „schizofrenii“ jako zafixovaný biologický stav nezávislý na sociálních situacích dobře léčený pouze farmakologickou léčbou, ale je třeba hledat vysvětlení lepších výsledků v povaze sociálně léčebného systému. Mezinárodní pilotní studii schizofrenie v 70. letech (Höschl, Libiger, Švestka, 2002: 346, Alanen, 1997) zjistila, že v rozvojových zemích Afriky a Asie je průběh schizofrenie příznivější. Faktory, které k tomu pravděpodobně přispívají, je vyšší tolerance abnormního chování v zemědělských komunitách, menší tendence k izolaci duševně nemocných a větší pozornost vlivu okolností každého onemocnění. Lidé s neobvyklou zkušeností jsou méně stigmatizováni a jsou zahrnuti v širším sociálním styku s ostatními lidmi (Littlewood et al., 2007).

Littlewood et al. (2007: 172) zmiňuje přehled výzkumných zjištění týkajících se lepší prognózy v méně průmyslových zemích tzv. třetího světa. Lepší prognóza v rozvojových zemích (Cooper, 1992), je spojena se sníženou osobní zodpovědností za onemocnění a rozdílným konceptem osobní identity (Horowitz, 1982). Průmyslové země svým tlakem na výkon vedou člověka, který má potíže se zapojením do těchto aktivit, ke ztrátě vlastní sebeúcty, statusu a nezávislosti. Warner (2004) se

domnívá, že vývoj schizofrenie je ovlivněn genderovými rolemi, třídou, sociální identitou a dynamikou trhu. Waxler (1979) tvrdí, že méně industrializované země jsou více kohezivní, s jasnými sociálními rolemi, s větší možností osobní nezávislé volby a reprezentace onemocnění je spojena spíše s vnějšími příčinami onemocnění. Podle Coopera a Sartoriuse (1977) vytváří méně průmyslové země podpůrné a tolerantní prostředí s malým rizikem dlouhodobého zavržení, izolace, segregace a institucionalizace.

Odlišné sociální vnímání „nemoci“ vede k různorodým sociálním odpovědím ovlivňujícím systém péče o duševní zdraví. Výsledky výzkumných studií potvrzující pozitivní vliv psychosociálních aktivit při hospitalizaci a po propuštění, mohou generovat změnu způsobu poskytované péče (Brown, 1995).

Pět modelů onemocnění a jim odpovídající způsoby léčení (Alanen, 1997:41):

- 1. Biomedicínský** – „Nemoc je založena na organických procesech v mozku – farmakologická léčba a další somaticky orientované léčení.
- 2. Individuálně psychologický** – „Nemoc je založena na hlubokých poruchách osobnostního vývoje“ – individuální psychoterapie, aplikování principů individuální psychologie v dalších modech – skupinová terapie, rodinná terapie, expresivní terapie
- 3. Interakční** – „Nemoc je součástí poškozených interakčních sítí a/nebo se projevuje jako problémy v interakční adaptaci“ – systemická rodinná terapie, dynamicky orientovaná skupinová psychoterapie, terapeutická komunita.
- 4. Sociální a ekologický** – „Pacient by měl být podporován jako člen komunity“ – aktivity zaměřené na podporu pacienta v prostředí, rehabilitace
- 5. Integrovaný** – „Všechny tyto přístupy prezentované nahoře jsou zvažovány. Jejich aktuální potřebnost stejně jako vzájemný doplňování jsou rozdílně indikovány v různých případech“ – léčba by měla být poskytována zcela dle individuálních potřeb v případě.

Člověk prožívající náročné duševní stavy zkoumá svět, testuje jej, jak moc je skutečný, opravdový, jaké místo v něm má on sám. „Psychoterapeut je “schizofrenním” pacientem vnímán a ověřován především jako člověk” (Laing, 2001:75). Čím jiným by měl být? Tato věta směřuje k upozornění, že není možné při setkání s člověkem s diagnózou hrát pouze *rolí* terapeuta, či lékaře. Ten nás potřebuje především jako člověka, ne jako “hráče” či “autoritu” a “bílý plášť”. Je zjevné, že tito lidé mají ve svém životě problémy s komunikací, se vztahy k druhým lidem, prožívají vnitřní konflikty, které je naplňují úzkostí. Zároveň však jejich způsob jejich bytí klade otázky týkající se naší lidské existence. Co to znamená pro nás, když víme, že lidská bytost je schopná takovýchto zážitků? Co pro nás znamená, když vnímáme

hloubku utrpení jiných lidí a jaký přístup k nim zvolíme? Zaměřená perspektiva sociální a osobní dimenze péče o lidi s neobvyklými stavy redukuje podporu na management medikace.

2. Diverzita přístupů ke zkoumání „duševní nemoci“

2.1 Psychologie jako angažovaná věda

Možnost zpochybňovat naše přemýšlení o duševní nemoci vychází z kritických a sociálně konstruktivistických směrů psychologie a psychiatrie. Psychiatrie i psychologie se etablovala díky snaze přiblížit ostatním vědám, jejich vývoj však v některých ohledech směřoval k redukci lidské existence. Vždy však v psychologii existovaly směry, které převažující redukcionistický proud doplňovaly (Miovský, 2005). Čermák (2004) dělí metodologické tradice v psychologii na paradigmatickou a narativní. Narativní paradigma získává během posledních dvaceti let stále více prostoru a „zaobaluje se“ do směrů sociálního konstrukcionismu, narativní psychologie, etogeniky, diskurzivní psychologie a další. Velkou úlohu v nich hraje zájem o jazyk a komunikaci, jehož prostřednictvím je vytvářena sociální realita (Berger, Luckmann, 1999), dále pozornost upřená k angažovanosti sociálních věd, těžištěm pak přesun zájmu od mentálních struktur jedince na analýzu komunikace a diskurzivní aktivitu ve společnosti. Společným znakem je kritický přístup. Ať už jde o kritický přístup k psychologii jako vědě, k jejím metodám, hlavním stavebním kamenům, či k tomu, jak zachází se svými poznatky a k čemu je využívá. Vybíral (2006a: 64) připomíná, že kritické myšlení prolíná psychologií jako vědeckou disciplínou od začátku jejího zrodu. Kritičtí autoři dnešní doby z nich učinili pouze dominantu svého psaní.

Cílem radikální kritické psychologie (Prilleltensky, Fox, 1997) je angažovaná kritika nespravedlnosti v společenských systémech a kritika hlavních proudů psychologie zaměřená na jejich „protékání“ mocenskými strukturami a podporování převládajících ideologií. Moscovici (2001: 83) hovoří o vědě jako o sociální instituci, která by se měla stávat objektem analýzy jako každý jiný objekt, ve stejném smyslu jako experimentátoři analyzují svoje objekty. „Ti s nimi vcházejí do kontaktu během určité specifické sociální interakce. (...) za tím je však reálná otázka, velmi jednoduchá, ale zásadní. Musíme se ptát: co je předmětem cílem, zájmem vědecké komunity? Je to podpora nebo kritika dosavadního sociálního pořádku?“ Jestliže tuto otázku vztáhneme k situaci kolem duševního zdraví a duševní nemoci, tak se musíme ptát, co je zájmem vědecké komunity oblasti duševní nemoci a zdraví, musíme mluvit

o definování přístupu k lidem, kteří se stávají lidmi s diagnózami, „duševně nemocnými“. Rozklíčování vlivů promítajících se do praxe v institucích je nezbytné pro zlepšení přístupu k těmto lidem. Ingleby (1974 in Murphy, Brown, 1984: 92) upozorňuje na vliv institucí na výkon pomáhající profese: „To, co dělá lékař či psycholog, je služba institucím, rodině, škole, a pracuje v takové formě, jak to požaduje sociálně-ekonomický systém, (...) a (lékař, psycholog) nás bude brát v takové „nezávislé“ formě, jak mu to dovolí systém.“

Antipsychiatricky zaměřeni a radikálně kritičtí autoři tematizují moc, politické a ekonomické aspekty lékařské péče, historické pozadí a biologický fokus uplatňovaný na lidské žití, prožívání emocí a krizí již dlouhou dobu.³ M. Foucault (1997) hovoří o psychologii, která potřebuje „duševní nemoc“, pro svoje vlastní vymezení. T. Szasz (1974) upozorňuje na „problematizované žití“ lidí a duševní nemoc považuje mýtus moderní medicíny. Laing (2001) se stává v sedmdesátých a osmdesátých letech „věrozvěstem“ kritického přístupu k psychiatrii v oblasti schizofrenie a psychóz (Sedgewick, 1982).

Jako past radikální psychologie bývá označována zahleděnost do svojí vlastní kritičnosti, přílišný anarchistický náboj. I když někteří autoři hovoří přímo o anarchii ve vědeckém přístupu (Fox, 2007)⁴, je třeba uvažovat spíše o angažování se, než o anarchií spojené s pouhou destrukcí stávajícího pořádku. Kriticky zaměřeni autoři (Vybíral, 2006b) nás upozorňují na nutnost předpokladu kritického uvažování o vlastních východiscích, hodnotách vznikajících na základě světonázoru a filozofii. Zájem o změnu postavený na (vědeckém) poznání a její prosazování je spojeno s vědeckou činností odjakživa. Avšak, jak poznamenávají Anderson, Baym (2004: 609) ve vědecké komunitě většina vědců nepochybně má právo ostatních říkat, co si myslí a dávají jim prostor, aby byly jejich názory vyslyšeny. Většina se již ale nestará, aby je doopravdy poslouchala a poté se jimi řídila.

Diskreditovat kriticky uvažující a angažované autory je snadné. „Rebelství“ proti systému se velmi snadno reprezentuje jako znak nevyzrálosti a naivity. Přizpůsobení a integrace do širší společnosti je znakem „úspěšného“ vyžívání. Pochopení, že prostě patříme do nějakého společenství a musíme dodržovat normy a pravidla je akceptováno a upřednostňováno před kritikou a poukazováním na nepříjemně „slepá místa“.

Kritika stávajícího pořádku musí být následována konstruktivními změnami. V oblasti péče o duševní zdraví již proběhla jedna fáze tzv. „deinstitucionalizace“ v letech 1955 – 1980, která

³ <http://www.radpsynet.org/journal/vol5/index.html>

⁴ <http://www.dennisfox.net/papers/framework.html>

byla zaměřená na snížení počtu velkých institucionálních zařízení v USA a Itálii, kde však narazila na nedostatečně rozvinutou síť komunitních služeb, diskriminaci a mnoho lidí nebylo schopných se o sebe postarat (Talbot, 1979, Koyanagi, 2007). Nedostatečná podpora rodinných příslušníků, nedostatek služeb, nedostatečné možnosti získání ubytovacích prostor v komunitě, nedostatek pracovních míst často v důsledku předsudků⁵, malá koordinovanost státní zdravotní a sociální politiky zapříčinila mnoho problematických situací, vyvolala řadu kritik a zdiskreditovala proces deinstitucionalizace. Z výsledků různých studií je zřejmé z života v komunitě nemůže profitovat každý. Někteří (Martin, 1995) tvrdí, že pacienti jsou v komunitě izolovaní a kvůli nedostatku vůle a neschopnosti udržení denního programu se jejich stav horší. Jiní (Hobbs, C., Newton, L. et al., 2002) popisují zvýšení kvality života, zlepšení schopnosti řídit si svůj život a rozhodovat se.

Jako druhý zdroj práce lze označit kritický relativismus postmoderních psychologických směrů stavící na tvrzení, že všechno je „jen“ konstrukce, záležitost jazyka a jeho používání. Pastí kritického relativismu je podle některých autorů (Bačová, 2000, Vybíral, 2006) zrelativizování všeho, včetně vlastních východisek a individuality každého jednoho člověka, který se stává hříčkou sociálních procesů. Jako „jazyková hra“ může opomíjet existenci reálných a realistických věcí a důsledků pro svět. Toto zrelativizování však můžeme brát *také* jako výzvu k zodpovědnému jednání, kdy člověk je tvůrcem reality, jak se nám jeví (či může jevit), nikoliv pouhým konzumentem domněle neměnných faktů (Zábrodská, 2006). Zaměření se na vliv diskurzů nám umožňuje změnit chápání „duševní nemoc – schizofrenii, psychózu“ jako stavu souvisejícím pouze s jedincem a jeho nitrem, ale umožňuje ji prozkoumat ve vztahu k okolnímu prostředí, ke kontextům, ve kterých se stav jedince odehrává. Stav, který zažívají lidé, jako „nemoc“ existuje, stejně jako biologické procesy související s tímto stavem. Jejich význam a smysl je však reprodukován v kontextech a jazykových diskurzech. V jakém vztahu jsou tedy kontexty a člověk, který se v nich pohybuje? Verges (1999, in Plichtová 2002: 43) popisuje 3 činnosti, kterými se individuální vědomí emancipuje od společenského kontextu:

1. Sociální aktér si vybírá pro sebe relevantní poznání a ignoruje to, co považuje za nepotřebné. Při vybírání věnuje pozornost typickým prvkům, které hierarchizuje podle důležitosti.

⁵ Autor zmiňuje syndrom NIMBY – „not in my backyard“ – ne na mém dvorku (Koyagani, 2007)

2. Vědomí aktéra je emocionálně angažované. Aktér hodnotí, posuzuje a kvalifikuje reprezentace, vytváří reference k celému univerzu konotací, které jsou obsažené ve společenských signifikacích (normy, hodnoty, věda, politika) a ve společenských praktikách.
3. Sociální aktér organizuje a schematizuje obsah reprezentací do sítě, ve které každý prvek získává význam ve vztahu k jiným prvkům. Vztahy mezi reprezentacemi jsou organizované na základě vztahů podobnosti. Výsledkem je koherentní model reality, který funguje jako účinná interpretace praktik, situací a informací.

Neustálým promýšlením pozic, ze kterých jednu „nemoc“ nazíráme, ji lze změnit na tisíce „stavů“. Je to užitečné? Ano, neboť některé přístupy směřují k lepší praxi. Důkazem, že obratem od farmakologického a víceméně jednostranného přístupu k přístupu přizpůsobujícímu se konkrétnímu člověku lze docílit lepších výsledků je práce Alanena et al. (1985), Seikkuly et al. (1995), přehledové studie Dixon a Scott (1995), Mueser et al (2002).

Lékařství, ze kterého psychiatrie vychází, stejně jako individuální psychologie vnímá člověka jako individuální entitu, která je zodpovědná za svoje činy a má se vyrovnat s vnějším prostředím. Pouze v malé míře reflektuje společenské a sociální podmínky jako zdroje lidských potíží, i když člověk žije v podmínkách mnohohrstevnaté sociální realitě. G. A. Miller, prezident APA v roce 1969 hovoří takto:

„Musíme diagnostikovat a řešit problémy, které lidé mají a ne ty, o kterých si my experti myslíme, že je lidé mají mít. A musíme je řešit v sociálních a institucionálních kontextech.“(Murphy, Brown 1984: 28).

Pro psychology se tak stává důležitým společné fokusování sociální, ekonomické a politické reality a v ní objevujících se psychologických problémů. Brown (1995: 37) popisuje možnost využití sociálně konstrukcionistické perspektivy na třech úrovních:

1. mikro - osobní uvědomění člověka, individuální aktivita a interpersonální komunikace
2. střední - nemocnice, lékařské vzdělávání
3. makro - národní status zdraví, struktura a politická ekonomie systému péče o duševní zdraví a národní politika zaměřená na zdraví

Popis a analýza vyjmenovaných úrovní může sloužit k „hustějšímu“ popisu sociální reality duševního zdraví.

2.2. Diskurz nemoci a zdraví

Diskurzivní psychologie zkoumá, jak jsou lidské aktivity zachyceny v jazyce a v jiných symbolických procesech a jak v tomto procesu dostávají smysl. Smysl mají jedinečně v konkrétním kulturním kontextu s konkrétními normami a konvencemi. Diskurzivní psychologie se zaměřuje na zkoumání otázek, proč popisujeme, vyprávíme a vysvětlujeme určitý jev takto, co z líčení vynecháváme, jak své názory zdůvodňujeme a proč.

Diskurz je způsob a obsah vyjadřování myšlenek a jejich komunikace, všechny formy jazykového projevu – oznamování, vyjednávání, konfliktní komunikace, rétorika, všechny formy mluvené formální i neformální interakce, psané texty všeho druhu. A také vše, co zprostředkovává význam - neverbální komunikace těla, způsob oblékání a vystupování. Dále metafory, reprezentace, obrazy, příběhy, tvrzení, oznámení, preferovaná témata, které spolu produkují určitou verzi jevů (Burr, 2003). Specifikem diskurzivního uvažování je odmítnutí kognitivní struktury jedné mysli a centralizování sociálních procesů, které ovlivňují řeč a konverzaci. Jazykové texty jsou vždy texty sociálními. Vypovídají nejen o světě, o dané události, prostřednictvím způsobu, kterým ji zachycují, ale také odkazují na autora, na jeho ideologii, světonázor. A také svět vytvářejí, prosazují určité stanovisko. „Je nutné specifické chápání jazyka, ne jako transparentního prostředku komunikace reflektujícího realitu, ale jako systému vytvářející určitý způsob jejího strukturování a tím i konstituování.“ (Zábrowská, 2006: 110). Podobně i vědecké výzkumy a texty jsou sociální praxí a závěry vědeckých výzkumů nemůžeme brát jako pravdy o světě, ale tvrzení, která re-produkují určitý světonázor (Bačová, 2010).

Diskurz⁶ je v naší společenskovední tradici spojen především s dílem M. Foucaulta. Z Foucaultových prací lze podtrhnout 5 hlavních myšlenek kritické analýzy diskurzu:

1. Diskurz má konstitutivní povahu, konstruuje různé aspekty sociální, předměty vědění, sociální subjekty apod.,
2. Elementy diskurzivní praxe společnosti nebo instituce jsou synchronně i diachronně propojeny (intertextualita, resp interdiskurzivita)
3. Diskurzivní povahu má i „moc“ (demonstrována vznikem a užíváním žánrů jako je např. „zpověď“, „odebrání psychiatrické anamnézy“)

⁶ Ještě na počátku 80tých let byl franc. „discours“ synonymicky variován s výrazem „rozprava“ překladatelem Foucaultova díla P. Horákem. Je otázkou, proč se tento český pojem neuchytil, ale vžilo se anglická verze „diskurz“.

4. Diskurz má v zásadě politickou povahu, mocenské boje probíhají prostřednictvím diskurzu, ale zápasí se i o diskurz sám

5. Důležitým aspektem sociální změny je změna diskurzivní praxe. Tedy redefinování základních „gramatických“ a „syntaktických“ praktik, jazyka, jeho používání.

(In Nekvapil, 2006).

Foucaultově pojetí však bývá vytýkáno, že až příliš přeceňuje sociální účinek diskurzů a je opomíjena aktivita individuálních sociálních subjektů (viz také reakce Vybírala, 2006b, na text Zábrodská, 2006). Protože pojem „diskurz“ zahrnuje označení všech forem promluv, textů, konverzace, interview, a jeho vymezování v psychologických vědách probíhá na různých úrovních, tak je nutné vyjasnit, o jakou úroveň se jedná.

W. Stainton Rogers (2003, In Bianchi, Popper, Szeghy, Lukšík, 2005: 229) uvádí dvě možnosti využití analýzy diskurzivní analýzy. První přístup směřuje k odpovědi na otázku „čeho chce osoba dosáhnout v konverzaci a jak při tom zachází s diskurzivními zdroji?“ a zaměřuje se na jednání účastníka konverzace, zatímco druhý přístup je zaměřen více na identifikaci a deskripci hlavních diskurzů, jak na sebe působí, ovlivňují se, jak se proměňují v čase a při přesunu do různých diskurzivních prostorů a zajímá se o to „jak diskurzy fungují všeobecně a globálně jako sociální a kulturní zdroje, které lidi využívají pro realizaci svých aktivit a snažení“.

Edwards a Potter (in Janoušek, 2005: 204, Nekvapil, 2006) člení diskurz do tří dimenzí:

1. **dimenze situační začleněnosti** – diskurz je produkován v konkrétních kontextech (sekvencích) a kontextech (každodenních a institucionálních aktivitách) a je produkován na pozadí jiných diskurzů (má rétorický, anticipační charakter) např. otázka předpokládá odpověď, ale k odpovědi nemusí dojít. Diskurz může být defenzivní nebo ofenzivní.

2. **dimenze akční orientace** – pomocí diskurzu lidé konají sociální akce, jako jsou pozvání a souhlas, kompromitování atp.

3. **dimenze konstrukce** - diskurz má konstrukční charakter, tj. je konstruován a sám konstruuje verze reality („vnější“ i „vnitřní“), jeho konstruování se děje prostřednictvím lingvistických prostředků jako jsou slova, metafory, úsloví nebo jejich vynechání.

Lidé používají diskurz, aby nějaké věci v rozhovoru „dělali“ např. (obviňovali, ospravedlňovali se) a stejně tak můžeme označit za diskurz využití prostředků, prostřednictvím kterých to dělají během tohoto rozhovoru. Vysvětlování skutečností souvisí se společenskými situacemi, ve kterých vysvětlujeme. Existují určité postupy, přesvědčení, pravidla, na jejichž základě legitimizujeme naše jednání s určitými skupinami lidí a která určují, jak je možné o nich mluvit a co určitá kategorizace dovoluje. Dalším možností je

zaměřit na to, jakým způsobem se věci, procesy a postupy vysvětlují. Jako tlak vnějších okolností, nebo charakterovými zvláštnostmi? Případně zdůvodněním institucionálními praktikami, medicínským diskurzem, diagnostickými guidelines?

Robertson et al.(2010) zkoumala diskurzivní analýzou vyprávění zdravotních sester po zážitku pacientčiny sebevraždy. Vykonaná sebevražda bývá většinou nepředvídatelná událost spojená s velkými pocity viny ze strany zdravotnického personálu a pocitů odpovědnosti vůči společnosti, příbuzným, tazatelům. Studie byla zaměřena na analýzu způsobů projevujících se ve vyprávění - jak zdravotnické sestry „vystavějí“ scénu („klidná atmosféra a neočekávaná událost“), formulují svoji pozici („tvrdě pracující sestra v náročných podmínkách“) a využívají různé prostředky k překonání pocitu viny - odkazy na expertní pozici lékařů, zapojení dalších odborníků v péči o pacienta, zdůraznění diagnózy schizofrenie jako nepředvídatelného stavu atp. Zdravotní sestry zároveň odkazovaly na funkce svojí role (posuzování rizika prostřednictvím mapování nálady, chuti k jídlu a způsobu provedení osobní hygieny) a na společně sdílené vědění v psychiatrickém kontextu zdůrazňováním profesionálních atributů a kontextuálních prvků (diagnostické pojmy, zkratky označující aktivity, popisy ranních aktivit, situace kolem pacientky před propuštěním). Studie také poukazovala na vágní definování kompetencí a odpovědnosti zdravotní sestry, chybějící podporu pro zvládnutí stresujícího zážitku a pocitu viny (supervize) a zapojování diskurzivních praktik v konverzaci (vzpomínání, uvádění faktických údajů, apel na společné sdílení vědění, konstrukce příběhu) pro zvládnutí pocitů viny a pocitů odpovědnosti předjímané respondentkami.

Diskurzivní analýza jako metoda v sobě spojuje etnografický výzkum, analýzu konverzace, sociální psychologii. Význam analýzy diskurzu je hlavně v tom, že jazykové vyjádření může být zkoumáno jako předmět i jako prostředek významové analýzy komunikace. Potter a Wetherell (1987/2005) zahrnují mezi zkoumané prvky komunikace pomlky, tón hlasu, vyhýbání se určitým slovům, používání určitého „slovníku“, nebo jeho ironizování. Fairclough (in Nekvapil, 2006) upozorňuje, že analýza diskurzu nemůže být redukována jen na konverzační analýzu, ta vychází spíše z Goffmanova symbolického interakcionismu (Bačová, 2000). Analýza diskurzu sleduje širší společenské souvislosti.

Analyzovat můžeme prostřednictvím dvou přístupů, orientací na interní vztahy konkrétní promluvy nebo textu nebo zaměřením na zapojení konkrétní promluvy nebo textu do širších („vnětextových“) souvislostí (Nekvapil, 2006: 264).

Höijer a Rassmusen (2005) prostřednictvím diskurzivní analýzy zkoumali, jak média referují o lidech s duševní nemocí po spáchání nějakého trestného činu. Popis činu následuje tvrzení, že násilník musí být duševně nemocný. Psychické problémy jsou reprezentovány jako hlavní příčina násilného činu. Násilí i duševní potíže jsou odštěpeny od sociálního pozadí, příčiny a důsledky jsou nevysvětlené. Takovéto vyloučení ze sociálního kontextu zvýrazňuje nebezpečí, nepředvídatelnost a iracionalitu. Média přináší stereotypy, které známe spíše

z filmů. Reprodukují figury vytvořené v rámci filmového průmyslu šablonovitě a prostřednictvím literárních a filmových postav. Při spáchání trestného činu je také kritizován systém péče za nedostatky v péči o lidi s duševním onemocněním. Objevuje se téma povinného léčení jako nutnost, psychiatři se domnívají, že je nutné je zavést, neboť zákon chrání příliš nemocné, než ostatní občany. Podvolení se léčbě medikamenty je preferováno před vytvořením atmosféry důvěry a bezpečí, které by respektovalo osobnost pacienta. Vše je řečeno „od stolu“, aniž by byly zváženy náklady, výsledky reformy atp. Höijer a Rassmusen (2005) si také všímají, kolik prostoru bylo dáno jednotlivým profesím. Padesát procent vystoupení je věnováno forenzním psychiatrům, po deseti procentech ostatním - kriminalistům, sociologům, psychologům atp. Cca 16-17 procent tvoří interview s uživateli služeb a reprezentace jiných perspektiv, než tradičně medicínských. Je uveřejněn i pozitivní příběh pacientky s duševní nemocí. Kritizována je také reforma péče, mizení lůžek v psychiatrických zařízeních. V okamžiku, kdy je duševní nemoc spojována s nebezpečím, tak je komunitní forma péče vnímána jako riskantní. Psychiatři vyžadují větší ekonomické výdaje na péči, více postelí v dlouhodobé péči, tvrdší legislativu a povinnou léčbu. Nedostatek psychoterapie nebyl zmiňován, protože se s ní nepočítá. 2x byla zmíněna pohrdavě z pohledu forenzních psychiatrů a jedenkrát pozitivně z pohledu psychiatra, který je zároveň psychoterapeutem. Později je zmíněna KBT jako vhodná volba pro mladé kriminálníky. V psychiatrickém diskurzu vítězí diagnózy, které jsou prezentovány jako predispozice k násilí bez situačních a vývojových souvislostí. Jaké důsledky má prezentace duševně nemocného člověka jako nebezpečného? Pokud jsou lidé duševně nemocní vnímáni jako násilníci, tak je nutná větší trestající péče. (Estrada 2004, In Höijer a Rassmusen, 2005). Holcnerová, Miovský a kol. (2010) citují doporučení organizace (CSIP/Shift (2006), aby vykreslovali téma duševní nemoci jako spíše téma veřejného bezpečí, než nebezpečí, zmiňovali sociální kontext a vyhýbali se stigmatizujícím termínům.

V rámci diskurzu Potter a Wetherall (1987: 146-152) hovoří také o interpretativních repertoárech. Na základě výzkumu vědců, kteří se zabývají biochemií (Gilbert a Mulkay, 1980, 1984) poukazují na fungování dvou odlišných výkladů, jak se učiní nějaký objev. Jedním z nich je prezentace teorie, hypotéz a výsledků prostřednictvím kohezivních konceptů, která předkládá daný objev jako důsledek určitých vědeckých, empirických, objektivních manipulací. Druhý z nich je prezentace a vysvětlování určitého objevu jako důsledek podmíněných sociálních aktivit v dané oblasti – např. vztahů na pracovišti, upřednostňování práce jednoho týmu atd.

Radikálním způsobem použití metody analýzy diskurzu je tzv. zkoumání diskurzivní diskriminace. Diskurzivní diskriminace vychází z kritické diskurzivní analýzy a konstrukcionistické formy diskurzivní analýzy ovlivněné lingvistikou (Frankfurtská škola) a Foucaultem (Boréus, 2006: 408). Hlavním cílem je zkoumání diskriminování druhých prostřednictvím používání jazyka.

Boréus (2006) vyjmenovává 4 hlavní typy diskurzivní diskriminace: (1) exkluze z diskurzu, (2) negativní reprezentace druhých, (3) objektivizace, (4) postupy vztahující se k nepříznivému ne-jazykovému zacházení.

Používáním termínu „othering“, které lze snad přeložit jako „vytváření těch druhých“, označuje vytváření psychologické vzdálenosti prostřednictvím jazyka a jiných diskurzivních prostředků, mezi „námi“ a lidmi, které chápeme jako nenáležející ke skupině „my“. ⁷ Jakoby v naší mysli (v jazyce) byli stále přítomni jakýsi „oni“, „ti druzí“, ke kterým se nějakým způsobem vztahujeme (Laing in Murphy, Brown, 1984).

Jedním ze zdrojů konstrukce diskriminujícího diskurzu se staly studie P. Essed (1991), které poukázaly na etnometody každodenního rasismu:

1. Marginalizace těch, které chápeme jako rasově a etnicky odlišné
2. Problematizace jejich kultury a identity
3. Potlačování odporu nebo kontrolní strategie

V diskurzu může existovat velké množství diskriminujících strategií jako vtipkování, zastrašování, vyhrožování, způsob dotazování, hádání se, odkazování se na něco apod. Prostřednictvím negativních nálepek, negativních popisů, negativních asociací, odkazů a líčení obrazů, ať už doslovných či metaforických, může být zdůrazňována negativní reprezentace druhých (van Dijk, 2001, in Boreús, 2006, Pickering, 2001). Tzv. „twin concept“ van Dijka (1997, in Boreús, 2006) vykresluje dvě stránky procesu diskriminace: pozitivní sebeprezentace a negativní reprezentace druhých.

Jakých prvků diskriminujícího diskurzu si můžeme všimnout v oblasti psychiatrie? Dochází k exkluzi z diskurzu - exkluzi hlasů pacientů prostřednictvím vyloučení z pacientů z debaty v oblasti biologické medicíny. Především biologicky zaměření lékaři nediskutují s patientskými zájmovými a svépomocnými skupinami, psychiatrické časopisy neuveřejňují kritické články pacientů, kteří se vyjadřují k moderní farmakologické léčbě.⁸ V oblasti tzv. sociální psychiatrie a neziskových organizací je jim dáván větší prostor k tomu, aby se vyjádřili k přístupům, jak je s nimi zacházeno a které přístupy preferují. Organizace Vida je složena z lidí se zkušeností s psychiatrickou péčí, kteří navštěvují pacienty v psychiatrických zařízeních a snaží se jim poskytnout poradenství formou „občan občanovi“ v oblasti právní a sociální problematiky. V některých psychiatrických zařízeních jim však není dovolován

⁷ Tuto vzdálenost lze vyjádřit také určitými stupni.

⁸ Byl prozkoumán časopis Psychiatrie v roce 2010. Práce se zaměřovaly především na biologickou medicínu.

přístup k pacientům.⁹ Na konferencích zaměřených na léčbu schizofrenie prostřednictvím farmakologické léčby většinou nevystupují lidé se zkušeností duševní nemoci.¹⁰ V případě, že ano, tak jsou přivedeni farmakologickou firmou, aby podali svědectví, jak lék pomáhá. Na konferencích sociální psychiatrie vystupují lidé, kteří mohou kritizovat stávající péči. Případně svědčit o tom, jak jim pomáhá kombinace farmakologické péče a komunitní péče nebo o tom, jaké vlastní aktivity jim pomáhají zvládat jejich stavy, aniž by se museli mluvit ve prospěch některého způsobu léčby.¹¹

Rozdíl mezi konferencemi pořádanými farmakologicky orientovanými psychiatry a psychiatry hlásících se k sociální psychiatrii pramení ze způsobu, jak rozdílně vnímají „pacienta“ a vztah, který s ním vytváří. Farmakologicky orientovaní psychiatři spoléhají především na léky, o kterých rozhoduje psychiatr, který je na ně expertem. Na ně se také zaměřují farmakologické firmy. Psychiatři uznávající velký vliv sociálního kontextu na zdraví pacienta, se více dotazují na podmínky a okolnosti života pacienta a více s ním navazují vztah.

K exkluzi image dochází především tam, kde o image jde především, v médiích. Zde dochází k vyhýbání se zobrazování určitých skupin ve společnosti nebo ke zkreslování a stereotypnímu zobrazování, jak dokazuje švédská studie Höijer, Rasmussen (2005), studie Holcnerová, Miovský, et al. (2010). Přednost dostávají příspěvky zobrazující násilné činy lidí s diagnózou duševní nemoci. Málokdy jsou zobrazováni v rolích hrdinů či jako sympatické osoby. Média také mají tendenci zkreslovat informace s cílem podat horší obrázek o situaci, než jim dodávají jejich zdroje, včetně psychiatrů (Höijer, Rasmussen, 2005). Některé mediální způsoby zobrazování mohou být záludné. Např. některé reklamy využívají mediálně zajímavých témat a zobrazují sociálně vyloučené skupiny¹².

Další diskriminační diskurzivní praxí jsou postupy vztahující k nepříznivému ne-jazykovému zacházení. Za ty můžeme považovat např. snahy o „normalizaci“ pacienta prostřednictvím medikace v důsledku tradice biomedicínské péče v psychiatrických zařízeních, krátké návštěvy u ambulantních psychiatrů, které jsou zaměřeny pouze na předepsání medikace, postupy, které byly zjištěny během návštěv úřednic ombudsmana v roce 2008¹³ nebo

⁹ Konference sociální psychiatrie 2006, příspěvek J.Styblíková – Vida, pacienští důvěrníci

¹⁰ Konference Komplexní terapie psychóz, Opava, 2006, Konference Komplexní terapie psychóz, Brno 2009

¹¹ Konference Sociální psychiatrie, 2006, 2008, 2010

¹² Např. Hornbach, který využil image homosexuálů, lidí s mentální retardací či lidí přínáležejících k jinému náboženství ke svojí propagaci v časopise Reflex (17, 18, 19, 2007). Zdánlivě se může zdát, že zobrazení podporuje integraci, zároveň však říká – tito lidé jsou **jiní a přesto** mohou u nás nakupovat.

¹³ Bylo zjištěno, že v psychiatrických léčebnách jsou lidé, kteří jsou diskriminováni nepřijetím do domova důchodců, pacienti nejsou seznamováni se svými právy a podepisují obecné souhlasy, dochází k porušování

zamezování výzkumům v psychiatrických léčebnách, které by zkoumaly např. spokojenost, či by srovnávaly některé prvky péče v léčebnách s neziskovými organizacemi (pravidelně a opakovaně PK Černovice, 2005, 2009, projekt DEMObic).

Diskriminace následně umožňuje horší zacházení, než s ostatními. Při práci s vyloučenou skupinou se často nepostupuje na základě racionálního výběru vhodných prostředků v rámci diskuse s marginální skupinou, ale spíše na základě rozhodnutí přicházejících na základě „shora“. Např. Boréus (2006) ukazuje na příkladě vzdělávání hluchých dětí, kdy jim nebyla dána možnost se rozvíjet mnohem přirozenější formou vizuálních kódů, ale byla preferována metoda čtení ze rtů. Později byla forma vzdělávání změněna a hlavní metodou se stala znaková řeč. Praxe byla normalizována bez jakékoliv argumentace, prostě nařízením, použitím přístupu „tak se to zkrátka dělá správně“.

Za diskriminující objektivizaci považujeme takové jednání s lidmi, jednání v jejich přítomnosti či jednání o nich bez uvědomění si a zahrnutí jejich pocitů, bez empatie s nimi a bez vnímání fenomenologie druhého. Kam až tento přístup může zajít, ukazuje např. výzkum ve čtyřicátých letech ve Švédsku. Uskutečnil se zde experiment tzv. cukru. Určitým skupinám lidí v azylových domech pro „idioty“ byly každodenně předkládány sladkosti a poté bylo studován vliv sladkého na jejich zuby (Frykman, 1998 in Boréus, 2006). Marginalizace určitých skupiny tak umožňuje balancovat na hraně etiky. V roce 1993-94 lékařské komise zveřejnily zprávu, že po druhé světové válce lékařští vědci dělali radioaktivní experimenty na vězních a retardovaných pacientech bez pocitu, že by na tom bylo něco špatného (Brown, 1995).

Jak zamezovat vzniku diskriminujícího diskurzu? Podle Boréus (2006: 420) záleží na našem způsobu vyjadřování. Pokud použijeme vyjádření „osoba, která se přistěhovala do Švédska“, místo výrazu „imigrant“, tak si dáváme větší pozor na stereotypní zařazení do skupiny. Když použijeme méně standardizované pojetí, tak si uvědomíme, že daná skupina může mít mnohem více charakteristik. Pro tento názor lze najít oporu u Allporta (1954/2004), který tvrdí, že změnou sociálních norem skupiny lze ovlivnit stereotypní vnímání a vznikání předsudků (Allport 2004:71). Výzkum D. Jodelet (1991) upozorňuje na mnohem komplikovanější situaci. Pokud není ovlivněna sociální reprezentace určité skupiny lidí v dané kultuře, lidé mohou prostřednictvím jazyka dále ohýbat jakákoliv „korektní“ slova. I když tyto doporučené termíny pronikly do médií, ve kterých se snaží o politicky korektnější jazyk,

lze stále sledovat diskriminující slovní spojení, případně zvýrazňování pouze určitých situací, žánrů a typů příběhů, ve které se označované osoby vyskytují.

Diskurz o zdraví a nemoci zkoumala Herzlichová (1973, in Plichtová, 2002: 151-158).

Prostřednictvím interview došla k závěrům, že pokud člověk onemocní, tak se výrazně mění jeho sociální status. Takový člověk se stává členem odlišné kategorie a vytváří se určitý systém rolí, které zaujímá vzhledem k institucím, se kterými se během své nemoci setkává.

Herzlichová identifikovala 3 druhy diskurzu, které se týkaly vztahu nemocného a společnosti:

1. nemoc jako *destruktor*
2. nemoc jako *osvobození*
3. nemoc jako *povolání*

„Duševně nemocných“ se týkají především body 1. a 3. První charakterizuje dopad choroby jako zásadně destruktivní na společenský život osoby. Třetí se týká lidí, kteří zužitkovali určité stavy, které se v některých případech spojují s „duševní nemocí“ např. umělci – malíři, spisovatelé atd.

Z hlediska laického uvažování je destruktivnost choroby spatřována především v dimenzi socio-psychologické. Dalo by se říci, že choroba ohrožuje více sociální činnost člověka, než jeho tělo. „Konflikt mezi zdravím a nemocí představuje jistou rovinu konfliktu mezi jednotlivcem a společností“ (Herzlichová, 1973:157). Být nemocný znamená být ne-normální. Doporučuje se izolace, aby se jiný člověk nenakazil. A tento prvek se zvýrazňuje i v oblasti duševního zdraví prostřednictvím vytržení člověka z jeho přirozeného prostředí.¹⁴

Jako příklad analýzy diskurzu odborných článků, na jejichž stránkách se „svádí bitva“ odborné veřejnosti o témata a charakteristiku diskursu o duševním zdraví můžeme uvést práci Hedgeocoe (2001) a Harpera (2005). Hedgeocoe provedl diskurzivní analýzu textů (tři tzv. reviews, které shrnují několik dalších studií) zvýrazňující biologické faktory při vzniku schizofrenie. V textu analýzy využívá koncept „enlightened geneticization“¹⁵ – osvícená genetizace. Vědecké články o biologických faktorech mají podobnou stavbu textu. Při referování o biologických faktorech schizofrenie jsou zmiňovány i environmentální faktory, které mají předestřít nezaujatost autorů. Jejich význam je však ve studiích snižován. Při referování o genetických příčinách se využívá odkaz na historii (dvojčecí, adoptivní studie),

¹⁴ Během stáže ve Finsku (2010) jsem měl možnost vidět příklad odlišné praxe, která směřovala k propojení přirozeného prostředí s nemocničním. Mladí lidé přespávající na rehabilitačním oddělení psychiatrické kliniky se sice museli účastnit předem stanoveného programu, ale mohli také opouštět prostor kliniky a vodit si na pokoje svoje kamarády. Při pobytu na klinice se intenzivně pracovalo se sociálním prostředím, ze kterého pocházeli.

¹⁵ Geneticization – pojem zahrnující popis, jak rozvoj genetických poznatků ovlivňuje společnost a lékařství.

popisují se aktuální výzkumy s výhledem do budoucna. Autoři reprezentují současné, ne zcela průkazné, výsledky optimistickým tónem s odkazem na technologický pokrok v budoucnosti, který zabezpečí odhalení nějakého „viníka“. Texty tak připomínají charakterem prezentaci detektivního pátrání po neznámém pachateli. Policie seznamuje veřejnost s tím, jaké důmyslné techniky využila při pátrání a odkaz na nejmodernější metody pomáhá zvýšit důvěryhodnost ve vedení vyšetřování. Poukazem, že bylo uděláno nejlepší, se snaží vzbudit důvěru odborné veřejnosti. Názory, že genetika může snižovat stigma, opravňují k šíření myšlenek biologické medicíny. Neboť člověk v roli nemocného mohl být více přijatelný pro svoje okolí, než nebezpečný blázen. Bohužel to evokuje více farmakologické péče. Jakmile je do léčení zapojena psychoterapie či přístupy, které angažují více péče okolí, tak mohou vzbuzovat otázky související s chováním členů rodiny mezi sebou, s výchovou atp. Je méně náročnější využít koncept biologické choroby a nasadit léky, než přemýšlet o celé soustavě vztahů, sociálních souvislostí, ve kterých se člověk nachází a se všemi si povídat o tom, jak se to vlastně stalo, že se v rodině u dcery vyskytl tento stav, co to pro rodinu znamená, jaké změny ve vztazích v rodině to vyvolává, jak se mění rodinná atmosféra a co s tím budou nadále dělat? Nehledě na to, že někteří psychiatři rodiče stigmatizují tím, že se odkazují na dědičnost („někde to ten jejich syn/dcera musel zdědit“) a hledají diagnostické kategorie, do kterých by příbuzné zahrnuly (Kučerová, 2010:29).

Diskurzivní analýzu lze využít i ke kritické analýze destigmatizačních textů. S. Harper (2005) se zaměřil na destigmatizující knihy a články, které kritizují média pro jejich nekorektní zobrazování lidí s duševním onemocněním. Médii je vyčítáno zmatečné zaměňování výrazů jako je „psychopatický“ a „psychotický“, používání nekorektních výrazů, časté spojování lidí s duševní nemocí s násilím a nebezpečím. Harper (2005) se domnívá, že destigmatizující autoři záměrně interpretují výsledky výzkumu zaměřené na zkoumání agresivity lidí s duševním onemocněním, tak aby je učinili přijatelnějšími. Mediální prezentace spojení „duševní nemoci“ s „nebezpečím“ hraje podle něj roli v ochraně populace před potenciálním útokem člověka s duševním onemocněním. Byť se zdá ochrana společnosti logická a zdánlivě přijatelná, mediální prezentace „nebezpečných šilenců“ negativně ovlivňuje prožívání nemoci pacientem, přispívá k negativnímu vnímání psychiatrie a posiluje stereotypní představy o člověku s duševním onemocněním. Harper (2005) však také upozorňuje, že se zdůrazňuje souvislost násilí s „nemocí“ a nijak se nebere v potaz souvislost násilí se sociální situací lidí s duševním onemocněním. Koncept „nemoci“ organizuje představu o uskutečněném činu a jeho původci odkazem na „šilenství“ a odvádí tak pozornost od ostatních aspektů sociálních

souvislostí. Příklady ukazují, jak se diskurzivní analýza stává prostředkem k reprodukování určitého názoru, samy se stávají diskurzem v diskurzech.

2.3. Život v institucích

Psychiatrickým léčebnám se často říká „totální instituce“, kde jsou dokonce i tak obyčejná rozhodnutí jako kdy jíst, jít na záchod nebo spát vykonávána někým jiným. Přirozeným důsledkem vystavení takovému režimu je pocit odosobnění. Pocity odosobnění jsou považovány za primární symptomy duševní choroby. A aby se kruh uzavřel, připisují psychiatři pocit odosobnění svých pacientů obvykle jejich vnitřnímu stavu, nikoliv podmínkám v psychiatrických léčebnách

Chamberlin (1999, 19-20)

Psychiatrické zařízení je místo vytvořené společností, které má sloužit k uzdravení lidí s duševní nemocí. Foucaultovo (1994) zkoumání historických a společenských souvislostí vzniku prvních „azylů“ jsme si již popsali a nyní se budeme věnovat etnografickým a etnometodologickým perspektivám. Etnografické studie (van der Geest, Finkler, 2007) prezentují nemocnice jako místa, která je nutné zkoumat jako jakési archívy, rezervoáry soudobých myšlenek, postojů k nemoci a zdraví a k marginalizovaným skupinám. Nemocnice se staly byrokratickými strukturami, které integraci potenciálu zdravotnického personálu a možností kontinuálně uchovávat medicínská data nahradila dům, který kdysi býval centrem péče. Starr (1982, In van der Geest, Finkler, 2007) popisuje, jak se nemocnice díky antiseptickým prostředkům a anestézii proměnili z instituce charity a podpory, na místo s vysokými technologickými prostředky zaměřené především na chirurgii. Z poskytování péče se stala léčba, z instituce reprezentující laskavost se stala instituce zajišťující profesionalitu, které delegovala, metaforicky i technicky, moc do rukou lékařů. Etnografické výzkumy tematizují vliv prostředí a instituce na chování jedinců a zachycují způsoby, jakými se diskurz reprodukuje prostřednictvím sociální aktivity interagujících účastníků.

Už v roce 1934 přichází Weber a Mead se svými mikrosociologickými teoriemi o lidech jako pragmatických bytostech, které sladují svoje zájmy v interakci s druhými prostřednictvím komunikačních aktů symbolické povahy. Na ně navazující etnometodologická škola H.Garfinkela a symbolický interakcionismus E.Goffmana se zabývají vysvětlováním použití určitých způsobů jednání v konkrétních *interakcích*. Etnometodologie (H. Garfinkel, 1967)

zkoumá postupy, jak lidé řeší běžné činnosti každodenního života, jak si vysvětlují jednání ostatních. Etnometodou je např. jak vysvětlíme druhým, nezajímavým, lidem nějakou neznámou situaci, jaké prostředky pro toto vysvětlení využijeme. Prostřednictvím etnometod hledají lidé soulad v pochopení situace, společně sdílené vědomí dodává pocit bezpečí, pocit, že jednání druhých lidí je předvídatelné a neohrožující, že s nimi sdílíme společný a srozumitelný svět.

Etnografický přístup zachycující množství etnometod přinesl vhled do mnoha různých interakcí a postupů, které se vztahují na společné žití pacientů, vězňů a jejich personálu v různých institucích (Goffman, 1961). Zdůraznil symbolické aspekty činností, které pomáhaly k vymezování těchto skupin mezi sebou, případně rituální způsoby vztahování se lidí k sobě navzájem, které ospravedlňovaly určitý typ zacházení.

Přes určitou individuálnost a osobitost každého zařízení lze vysledovat určité společné prvky těchto institucí (Goffman, 1961, In Styx, 2003: 41-42):

- a) Rozdílné hledisko těch, kteří jsou tam jako zaměstnanci a těch, kteří jsou tam v roli klientů.
- b) Sklon k vzájemnému nepřátelskému vnímání zaměstnanců a klientů. Obě strany se opírají o přijaté negativní stereotypy.
- c) Existence něčího rozhodnutí o umístění klienta do této instituce, ke kterému on sám nemohl moc říci.
- d) Život v instituci se v zásadních věcech liší od života probíhajícího mimo její zdi.
- e) Základní funkce jsou v instituci synchronizovány (nástupy na hygienu, stravu, zábavu, spánek). Vše se odbývá v interakcích se stejně postiženými jedinci.
- f) Klient v instituci opouští nuceně všechny své dosavadní role (partnera, manžela, otce, pracovníka) a stává se částí skupiny, která funguje jako celek, s minimálním kontaktem mimo instituci.
- g) Činnost instituce je v podstatě nátlaková a slouží k realizaci oficiálního cíle, ke kterému byla zřízena.

V psychiatrických zařízeních se odráží historie chápání “duševního onemocnění” jako “problematického chování”, jehož léčba přináší izolaci, jak od společnosti, tak i od běžných sociálních rolí.

Etnografický experiment provedený D. L. Rosenhanem (1973/2001) přináší pohled zblízka, jak taková instituce funguje. D.L. Rosenhan a dalších sedm lidí navštívilo příjmové ambulance různých psychiatrických léčeben v různých státech USA a sdělilo, že slyší hlasy.

Jejich osobní anamnéza byla zcela zachována. Byli hospitalizováni s diagnózou schizofrenie. Všichni se v léčebnách ihned vrátili k normálnímu chování. Zapisovali si každý den poznámky k prostředí a ke způsobu zacházení, což personál považoval za projev jejich patologie. Ostatní pacienti je brzy rozpoznali jako „simulanty“, ovšem personál je považoval za „nemocné“. Jak je možné, že profesionálové „neslyšeli“ a „neviděli“ smysluplné činnosti druhých lidí, které naopak dobře rozlišili jejich spolupacienti? Profesionálové podléhali stereotypnímu vnímání a tzv. „autistickému“ myšlení (Allport 2004: 193), kdy ve snaze po zjednodušení a prostřednictvím racionalizace dávali přednost vlastní předpojatosti. Lidé z personálu kladli větší důraz na to, co už „věděli“, utvořili si už určitý obrázek, ke kterému pouze „přiřazovali“ percipované prvky, tak, aby jim seděli. Mohli bychom říci, že se nechali „svést“ sociální reprezentací, která překrývala obvyklé prvky chování. Experimentální osoby byli propuštěni za 7-52 dnů s diagnózou „schizofrenie v remisi“.

Schizofrenie totiž bývá považována za diagnózu celoživotní. Byť se aktuálně píše v informačních publikacích pro pacienty a jejich blízké, že je nutné brát léky 1-2 roky a pak je možné uvažovat o jejich snižování, tak častá informace na odděleních bývá, že je to „běh na dlouhou trať“. S diagnózou, již vždy budete „schizofrenik“, který, v případě, že má zaměstnání, rodinu, je pouze „zlepšený“. Což implikuje, že brzy může být opět „zhoršený“.

Studie se také zaměřila na zjištění, zda kliničtí odborníci rozeznají „pseudopacienty“ od ostatních diagnostikovaných pacientů. Personálu bylo oznámeno, že během určitého období bude přijat v rámci výzkumu „pseudopacient“ simulující příznaky, i když žádný se žádný nehlásil. Jako „pseudopacient“ bylo označeno ze 193 pacientů 41 osob alespoň jedním členem personálu, 23 osob bylo považováno za pseudopacienta nejméně jedním psychiatrem a na 19 lidech se shodoval nejméně jeden psychiatr a jeden člen personálu.

Rosenhan (1973/2001) se zaměřil také na zkoumání situací jako je oslovení lékaře pacientem. Oční kontakt a verbální kontakt chápal jako reflexi zájmu lékaře a snahu o individuální přístup, jejich absence signalizuje nezájem a depersonalizaci pacienta lékařem. Oslovení lékaři se rozhovoru i očnímu kontaktu často vyhýbali, nevnímali pokus o komunikaci pacienta jako něco smysluplného, bagatelizovali jej.

Experiment vedl Rosenhana (1973/2001: 26) k několika závěrům. Diagnóza je určující pro další anticipaci a atribuci chování pacienta. Projevy jeho chování je spojováno s určitým typem diagnózy a aktuální teorií vysvětlující etiologii diagnostikovaného onemocnění. Negace kontaktu a postoje klinických odborníků charakterizované strachem,

obavou a benevolentním zájmem vedou k depersonalizaci pacientů. Nedostatek kontaktu (průměrný denní kontakt se pohyboval od 3,59 k 25,1 minut) pramení z tří příčin:

1. Hierarchie nemocnic, kdy lékaři, kteří jsou na vrcholu žebříčku, tráví málo času s pacienty a to inspiruje zbytek personálu.¹⁶
2. Značná byrokracie, nedostatek personálu, krácení času v důsledku šetření finančními prostředky.¹⁷
3. Segregace místa, kde trávil čas personál a kde pacienti.
3. Kontakt s pacientem není prioritou v tradičních psychiatrických institucích, neboť upřednostňování farmakoterapie diskvalifikuje důležitost ostatních přístupů.

Zároveň Rosenhan také popisoval strategie, jak se někteří „pseudopacienti“ snažili vracet k činnostem, které by jim pomohly získat pozitivnější sociální roli nebo roli, kterou předtím zastávali¹⁸. Podle Gilleta (1999) schopnost jednat v situacích souvisí s představou normality a tak tyto akce mohly být pro „pseudopacienty“ symbolem normality. Byť si zdravotnický personál tyto akce spojoval s chováním typickým pro určitou diagnózu. K vytváření obrazu pacienta přispívá jeho izolovanost od okolního světa. Paleček (2010:26) popisuje tzv. „aranžovaný výjev“ pacienta na neklidovém oddělení – „pacient v pyžamu bez kapes, bez možnosti disponovat osobními věcmi, pacient pohybující se pouze mezi stěnami oddělení, v případě potřeby držený v jedné místnosti přístupné pohledu personálu, pacient „rozjetý“: agresivní, halucinující, depresivní, sebevražedný (...popřípadě posléze pacient zklidněný). (...) Považme: pacient a jeho nemoc se tu ocitají v jakémisi stavu „o sobě“. Bez lidí, s nimiž se jindy pacient stýká, bez věcí, které mu patří nebo které jindy více či méně úspěšně využívá, bez dokladu...“.

V popředí je bezpečí pacienta na úkor jeho soukromí, vytvořením však takto exponovaného výjevu „nemoci“ se potlačují další atributy a charakteristiky sociálních rolí pacienta.

¹⁶ Podobné zjištění publikovali Stanton, Schwartz, (1954), Radcliffe (2000) uvádí tendenci sester napodobovat lékaře a přebírat po nich určité způsoby procedur.

¹⁷ Sestry již během praxe zažívají tlak hierarchického systému, tradičních postupů starších sester a finančního ohodnocení na svou práci (Šupa, 2004).

¹⁸ Např. jeden hospitalizovaný student začal dělat terapii s nějakým dalším pacientem. Další si začal vztah se sestrou. Jeden trval na tom, že musí vidět nějaké závody o víkendu a chtěl být propuštěn.

E. Goffman provedl jiný experiment, při kterém se nechal zaměstnat v psychiatrické léčebně St. Elizabeths Hospital ve Washingtonu D.C. na jeden rok jako asistent sportovního ředitele. Podle Goffmana (1961) se na základě pobytu v psychiatrické léčebně u pacientů rozvíjejí pocity bezmoci, depersonalizace, self-labelling (sebe-značkování), sebenaplňující proroctví, segregace a tzv. mortifikace. V procesu této formy adaptace se člověk přizpůsobuje zvláštnímu prostředí, které z něj činí nekompetentního člověka – pacienti ztrácejí důvěru ve vlastní úsudek, stávají se nerozhodnými, přehnaně se podřizují autoritám a mají strach z vnějšího světa (Chamberlin, 1999).

Kritické ohlasy Goffmannovy etnografické studie a dalších podobných výzkumů zvýrazňujících negativní rysy psychiatrických zařízení shrnul R. M. Weinstein (1982). Zaměřuje se především na kritiku přirovnání psychiatrické léčebny k totální instituci, mortifikaci osobnosti¹⁹ a negativní postoje pacientů k léčebně. Goffmanovo pojetí podle něj vytváří iluzorní (ideální) typ organizace, který však v praxi bývá více diferencován cíli organizace, profesionální ideologií a osobnostmi personálu. Pojetí totální instituce zvýrazňuje negativní rysy psychiatrického zařízení a potlačuje rehabilitační a terapeutický potenciál nemocnice. Levinson a Gallagher (In Weinstein, 1982) nabízejí alternativní pohled na léčebny, který by vysvětloval dva možné pohledy na pobyt v psychiatrickém zařízení. Rozdíl ve vnímání je daný způsobem hospitalizace, buď více či méně dobrovolným nebo nedobrovolným. Metaforou je buď „vězení“ nebo „studentská kolej“. V případě, že pacient je přijat nedobrovolně, tak může léčebnu vnímat jako vězení, pokud se do léčebny přihlásí dobrovolně, tak si může připadat jako student a vnímat pobyt jako užitečný pro svou podporu a rozvoj. Nejen podle zkušenosti autora práce, tak někteří klienti odcházejí opravdu do léčebny velice rádi a považují ji za místo, kde si mohou odpočinout a berou dokonce pobyt jako „dovolenou“. Klienti však mají velmi náročné rodinné zázemí nebo nedostačující sociální či ekonomické zázemí.

Siegler a Osmond (In Weinstein, 1982) se domnívají, že pro pacienta je lepší zacházet s ním jako s pacientem. Podvolení²⁰ se biologické teorii onemocnění a systému pozitivně ovlivňuje terapeutický potenciál nemocničního pobytu.

Weinstein (1982) podrobuje kritice také druhý výstup Goffmannovy práce – mortifikaci self. Uvádí studie, které na základě výzkumů zaměřených na identitu pacientů²¹, neprokázaly

¹⁹ Ang.výraz „mortification“ nabízí dva možné významy – pokoření/ponížení a odumírání/odumření.

²⁰ Autoři používají obvyklý psychiatrický termín „compliance“, který se používá v kontextu vztahu lékař-pacient, kdy se pacient „podvolí“ léčbě a užívá léky, jak mu je lékař předepsal.

sníženou sebe-úctu, případně, že by se pacienti identifikovali s tím, že jsou duševně nemocní²². Uvádí také výzkum Braginského, Grosse a Ringa (1966), který napadá Goffmanovu tezi, že pacienti jsou „konvertováni“ na život v léčebně. Dlouhodobým pacientům, kterým byly dány podněty pro změnu, byli schopni změnit svoje chování, aby mohli i nadále zůstat v léčebně. Tito výzkumníci se domnívají, že většina pacientů nereflektuje aktuální změnu v jejich sebe-konceptu, nemyslí si „doopravdy“, že jsou duševně nemocní, ale spíše se zaměřují na řízení dojmu, kterým působí na druhé (tzv. impression management)²³. Braginsky, Grosse a Ring tvrdí, že rozhodnutí o pokračování hospitalizace je více spojeno s motivy pacienta a manipulativními strategiemi z jeho strany, než s procesem rozhodování ze strany personálu. Kilian a Bloomberg (1975) kritizují Goffmanna, že nahlíží pouze negativní aspekty instiucionalizace a nezvažuje pozitivní efekty a konstruktivní resocializaci pacienta. Tato studie je velmi zajímavá, protože Killian byl sociologem/pacientem a Bloomberg jeho psychiatrem. Oba věří, že „mortifikace self“ je pouze určitá změna identity. Rysy totální instituce jako restrikce, deprivace pacienta a moc personálu jsou podle nich nezbytné pro úspěšnou resocializaci pacienta. Killianovo podvolení se (compliance), jeho pozitivní očekávání a očekávání dalších důležitých osob kolem něj od nemocnice mu umožnilo spíše zvýšit než snížit vlastní sebeúctu.

S. Mentzos (2005) zmiňuje z hlediska psychodynamického pohledu instituce jako formu obrany před psychotickými tendencemi a uvažuje i o nátlaku, který instituce vykonává. „...nejde jen o náš postup při medikaci, kurtování k posteli nebo nedobrovolném pobytu na uzavřeném oddělení, nýbrž o náš celkový postoj k pacientovi, proti jehož vlastnímu vnitřnímu útlaku bychom neměli jen bojovat, nýbrž jej také musíme respektovat jako výkon jeho já. To vše snad nejlépe na pozadí stejně přiměřeného vlastního pocitu viny, který bychom měli mít jako členové a zástupci společnosti, která nátlak sama vykonává a z části je spoluodpovědná za vznik vnitřního útlaku u pacienta. Otevřený a vědomý postoj k tomuto komplexu by nám snad mohl ulehčit úlohu rozlišovat mezi zbytečným a nutným násilím a v určitých situacích skutečně použít nátlak jako nouzovou reakci, aniž bychom se ocitli v pokušení zneužít jej k vlastní stabilizaci, k utlačování druhých k vlastnímu prospěchu (2005:122).

Mentzos (2005) nabízí paralelu mezi rigidním jednostranným řešením vnitřního konfliktu člověka s diagnózou schizofrenie a řešením společnosti – násilím a útlakem. Uvažuje i o

²¹ Karmel (1969), N=50,

²² Townsend (1976), N=110

²³ Řízení dojmu spočívá ve vyvolání dojmu, který chceme, aby o nás druzí měli a potvrzuje představu o sobě samých (Leary, Kowalski, 1990)

důvodech vedoucích k tomuto řešení. Lidé prostřednictvím institucí kompenzují svoje narcistická zranění, externalizují své intrapsychické konflikty a sami sebe stabilizují prostřednictvím násilí vykonávaného na druhých. Další lidé buď podléhají násilí nebo jej reprodukují jako řešení svých konfliktů.

Paleček (2010) ukazuje sílu symbolických aktivit a jazyka na příkladech z etnografického výzkumu v psychiatrickém zařízení, kde je „nemoc“ vnímána na základě *způsobu léčby* a pacient je v instituci představován jako „aranžovaný výjev“, na kterém jsou zvýrazňovány všechny znaky a symboly. Osoba zavřená na „neklidovém oddělení“ se stává intenzívně pozorovaným objektem odděleným od okolního světa, na kterém je třeba především sledovat vznik symptomů. Personál symptomy sleduje a je připraven k akci, aby zasáhl proti symptomům a zachránil pacienta. V takové situaci je zvýrazněno spojení určitého chování s „nemocí“ a jako takové je nazíráno. Je rozdíl jestli se člověk rozčílí doma nebo na neklidovém oddělení. Doma může být jeho rozčilení interpretováno jako oprávněný vztek nebo jako důsledek pracovního vypětí, v nemocnici bude označeno jako znak nemoci. Projevy chování jsou v instituci izolovány od svých příčin a personál na ně nahlíží jako na akce vztahující se k centrálnímu tématu hospitalizovaného pacienta k diagnostikované „nemoci“, než jako reakce vztahující se k akcím personálu a aktuálně prožívaným situacím (Rosenhan, 1973/2001, Barret, 1996, Paleček, 2010, van Dijk, 1990). Etnografické studie ukazují moderní nemocnice jako prostor oddělující svět medicíny od ne-medicínského světa a institucionalizaci pacienta jako „stažení“ ze světa v širším slova smyslu (van der Geest, Finkler, 2004), která může (Weinstein, 1982) nebo nemusí být v jeho prospěch (Chamberlin, 1999).

2.4. Sociální reprezentace lidí s duševním onemocněním aneb „změna není možná“

Uvažujeme –li o zásadních myšlenkách ovlivňujících rozhovor mezi členy sociální skupiny o duševní nemoci, dostáváme se k sociálním reprezentacím tematizujícím probíhající konverzaci. Sociální reprezentace podle Moscoviciho (2001) plní dvě úlohy. Za prvé umožňují konvencionalizovat objekty, osoby a události, jejich prostřednictvím jim lze dát

určitou podobu, formu. Často blízkou tomu, co již známe. Umožňují také kategorizaci. Za druhé reprezentace jsou preskriptivní - předepisují nám, jak se chovat a co v té situaci dělat. V rámci tohoto konceptu můžeme popsat dva nejdůležitější mechanismy. Proces ukotvování, redukování neznámých myšlenek na známé a jejich zasazování do známého kontextu a objektivizaci, přetváření něčeho abstraktního na něco konkrétní, např. Bůh je jako otec.

Sociální reprezentace fungují jako stabilizátory, pomáhají vytvářet koherenci nových událostí, procesů či objektů, které se objevují ve společnosti či ve společenstvích s již obvyklými, známými.

Guimelli (1994, in Plichtová, 2002: 40) považuje sociální reprezentace za specifickou modalitu společenského vědomí, jejichž specifčnost závisí na charakteru sociálních procesů, které je produkují. Jde o celek vědomostí, víry, přesvědčení, které sdílí nějaká skupina vzhledem k jistému sociálnímu objektu na základě dvou vztahů – symbolického a interpretačního. Tyto vztahy formují mentální aktivitu, prostřednictvím které subjekt reprezentuje daný objekt uvažování.

Kritické poznámky k sociální reprezentaci vyjadřují Potter, Wetherell (1987/2005: 156). Autoři problematizují vytváření skupinového konsensu a kognitivní pojetí sociální reprezentace a staví vedle ní situační praxi ve vyjadřování postojů prostřednictvím jazykových prostředků a interpretativních repertoárů, který se jim zdá vhodnější pro zkoumání způsobů, jak se vytváří „realita“ v daném okamžiku prostřednictvím využití jazykových prostředků.²⁴

Van Dijk (1990) se domnívá, že sociální reprezentace jsou součástí diskurzu a prostřednictvím diskurzu se realizují, zpřítomňují a reprodukují. Zavádí myšlenku „modelů“, které vytváří rozhraní a propojení mezi obecnými sociálními reprezentacemi a individuálním použitím těchto sociálních reprezentací v sociální percepci, interakci a diskurzu. Interpretace sociálních situací, ale také plánování diskurzu nebo interakce je založeno na modelech. Modely hrají hlavní roli na úrovni interpersonální komunikace, ve skupinové reprodukci sociální rehabilitace skrze diskurz. *Osobní model* vysvětluje individuální variace v aplikaci obecného vědění a postojů. Lidé mohou mít osobní názory, které mohou být rozdílné s obecnými názory jejich skupiny, neboť zapojují vlastní osobní zkušenosti. Ovšem i osobní modely jsou vytvořené na základě obecného vědění a dalších sociálních reprezentací. *Model kontextu* formuje vědění a názory o (aktuálním) self, o ostatních účastnících komunikace,

²⁴ Autoři tak zdůrazňují sociální, ne-kognitivní pojetí zkoumání diskurzu a prohlašují se za „sociálnějším“ přístup.

cílech interakce a o důležitých sociálních dimenzích aktuální situace (např. instrukce ve třídě, mluvení se šéfem, konzultace u lékaře). *Model kontextu* vymezuje způsob řeči, ovlivňuje strategie řízení dojmu a překládá generalizované sociální formy a pravidla do specificky vedeného diskurzu (Van Dijk, 1990:168)

Sociální reprezentaci duševně nemocného ve společnosti důkladně popsala D. Jodelet (1991) na základě svého etnografického výzkumu jednoho projektu, který měl začlenit psychiatrické pacienty do života vesnické komunity. Jodelet polemizuje s názorem, že veřejnost si poradí se svými předsudky, pokud budou psychiatrickí pacienti integrováni do společnosti prostřednictvím „liberalizační a inkluzivní“ sociální politiky. Domnívá se, že přístup veřejnosti je řízen sociálními reprezentacemi, které jsou produktem, výrazem a také instrumentálním chováním skupiny ve vztahu k odlišnosti ostatních. O reprezentacích hovoří jako o formě společenského myšlení, které se vztahují k procesům ovlivňující sociální život a komunikaci, tak i k procesům, které definují identitu a specifčnost sociálních aktérů-jednotlivců i skupin. Sociální reprezentace o lidech s duševním onemocněním členů společnosti sloužily především k potvrzování vyššího sociálního statusu „normálních“ členů společnosti. Ti třeba trvali na tom, aby „podnájemníci“ nosili určitý druh oblečení, který by je odlišoval od ostatních. Moderní léky totiž umenšovaly rozdíly mezi chováním a vzhledem podnájemníků a obyvatel, takže vesničané potřebovali vytvořit kódy, které by jim usnadňovaly rozeznávání „podnájemníků“, snížily jejich privilegia a posílily status vesničanů. Jodelet popsala také proces habituace - zvykání si na určité formy chování, které přestávají být nezvyklé. Slouží k redukci tenze a ulehčování vykonávání činnosti prostřednictvím integrace nových a neznámých objektů a procesů do vlastního referenčního rámce a do vlastního pole hodnocení.

Habituace často souvisí se sníženou citlivostí vůči emocionálním a sociálním potřebám pacientů, i s jejich deindividualizací. Jodeletová (1991:111) popisuje příklad mladé ženy, která se přistěhovala do městečka a zpočátku dělala věci jinak. Nejednala s pacienty jako s odlišnými např. jim dávala stejné jídlo jako sobě. Po třech letech a intenzivním setkáváním s jinými zkušenějšími „pěstouny“ se změnila. Přestala jim říkat jmény jako dříve, např. „Monsieur Untel“, ale začala o něm mluvit jako o „támhle tom“, změnila způsoby stolování.

I když vesničané tvrdili, že pacienti jsou stejní lidé jako oni, podle jejich jednání to tak nevypadalo. Ritualizované praktické každodenní činnosti, jako např. stolování, či pití vody,

sloužily společnosti k demonstrování postojů strachu před imaginární „nákazou“. Obyvatelé vesnice zapojovali do vysvětlování rozmanité strategie. Dovolávali se autority zdravotních sester, které jim měly sdělit, že je to tak lepší, bránili se tím, že by se necítili jako doma. Ti, kteří s pacienty jedli, tak sensitivně vnímali a v rozhovoru zmiňovali potřeby ubytovaných pacientů a reflektovaly, že je jejich „podnájemníci“ vnímají.

Jodelet (1991) ve své práci dokládá, že každé společenství si vytváří určité praktiky, jak zacházet s jinakostí, které vycházejí z určitého vědění „o“. Místní komunita si vytvořila „zásobárnu poznání“, ze které vycházela při řízení kontaktu s „duševně nemocnými“, vlastní diagnostický systém i etiologii. Tato „zásobárna vědění“ se projevovala především ve vedených rozhovorech, ale také konkrétními akcemi. Konkretizace určitých pozorovatelných jevů, jako jsou např. tiky, poruchy paměti, vytvářela hmatatelný obraz „duševní nemoci“. Z laického obrazu „duševně nemocného“ byly vytěsněny emoce, vůle a sexualita, tedy ty skutečnosti, ze kterých měli vesničané strach.

Základem pro vytváření této sociální reprezentace duševně nemocného v dané komunitě byla tendence k udržení si svého vyššího společenského postavení pěstounů. Zrovnoprávnění např. sňatkem bylo zakázané a komunita směřovala k exkomunikaci takového páru.

Etnografické pozorování přesvědčivě dokumentovalo, že snaha vyhnout se splynutí s duševně nemocnými mobilizuje fenomény vysoké emotivní povahy, které slouží společně se (sociálními) reprezentacemi na obranu vlastní identity (Plichtová, 2002: 269).

Srovnání s psychiatrickými zařízeními se snadno nabízí. Jde zde o totéž? I když kontury procesů vytváření sociálních reprezentací budou shodné, obraz bude pravděpodobně jiný. Sociální reprezentace francouzských vesničanů vyrůstaly především z laických pozorování, kulturních představ a také na základě jiné sociální role. V českých psychiatrických zařízeních se snoubí profesní optika, jiné kulturní představy a také pevný rámec vymezených činností spojených s vykonáváním určité profesní role spolu se specifiky českých poměrů panujících v psychiatrických zařízeních.

Jak vypadá sociální reprezentace člověka s duševní nemocí budoucího zdravotnického personálu? Z analýzy dat získaných v rámci ohniskových skupin se studujícími z oborů lékařství, psychologie a budoucích zdravotních sester (Šupa, 2004²⁵) vyplynulo, že studující

²⁵ Šupa, J. (2004): Kritická analýza jednostranně zaměřeného chápání „schizofrenie“ v psychiatrickém kontextu, nepublikovaná diplomová práce FSS, MU

psychologie se více zabývali společenskými normami, které utváří obraz „duševně nemocného“ a více reflektují vnitřní prožívání člověka, což se pak odráží v představách o „duševně nemocném“ jako subjektu, nikoliv pouze objektu. Nahlíží jej jako jedince, který určitým způsobem vybočuje ze společnosti anebo je takto společností nahlížen, jako jedinec odlišný a spíše neužitečný pro svoje odlišné chápání světa. Představa „duševně nemocného“ je spojena také s nebezpečím a ohrožováním. Studující psychologie si lidi s duševními nemocemi spojovali s dalšími sociálními skupinami, které také bývají vnímány stereotypně. „Duševně nemocný“ je tedy ukotven v představě někoho odlišného, marginalizovaného společností a „duševní nemoc“ je reprezentována především jako odlišné prožívání a chování. Studující zvyrazňovali také podíl společenských norem.

U studujících medicíny ve vnímání „duševně nemocného“ hraje hlavní roli „organická příčina“ nemoci a považují jej za pacienta, který má „nemocný mozek“. Vnímají jej odlišně od somatických pacientů, diagnóza duševní nemoci je „tajemná“ pro nejasnost příčin a okolností vzniku duševní nemoci i nejasnosti v otázce účinnosti léků. „Duševně nemocný“ je tedy ukotven v představě pacienta s fyziologickým problémem. „Duševní nemoc“ znamená odlišné biologické fungování. Pacient s duševní nemocí bývá také vnímán jako jedinec, který může být ohrožující. Spojují si s ním označení z lékařského prostředí, která vede k nedobrovolné hospitalizaci „nebezpečný sobě a okolí“.

U studentek střední zdravotnické školy je v popředí představa „duševně nemocného“ jako somaticky nemocného pacienta, vyjádřené názorem „je to stejný jako když má někdo zlomenou nohu“. „Duševně nemocný“ je tedy opět pacient s fyziologickým problémem a „duševní nemoc“ je ukotveno jako odlišné biologické fungování. V praxi se budoucí zdravotní sestry snaží o rovnostářský přístup s cílem snížit stigma duševní nemoci „lidé s duševní nemocí jsou stejní jako lidé s bolestmi zad“. Tento přístup je jistě dobře míněný, bohužel může směřovat k opomíjení specifických potřeb „duševně nemocných“, případně zakrývá propojení „nemoci“ s příběhem člověka (Morant, 1995). Budoucí zdravotní sestry se taktéž cítí ohroženi potencionálním nebezpečným chováním člověka s duševním onemocněním.

Výsledky jiných výzkumů zaměřených na sociální reprezentace různých profesionálů v oblasti duševní nemoci (Morant, 1995, Howarth, Foster, Dorrer, 2004), naznačují, že pracovníci v oblasti péče o duševní zdraví jako sociální pracovníci a komunitní psychiatrické sestry vnímají především sociální aspekty duševní nemoci, které mohou člověka s duševní

nemocí přibližovat ostatním jako např. představa nezaplacených účtů, pocit izolace, nedostatek sebevědomí, smutek z nenaplněných nadějí. To jsou stavy, které jsou všeobecně blízké, a dovedeme si lépe představit, co člověk prožívá. Zaměření na psychiatrický diskurz zvýrazňující biologickou odlišnost vedou ke ztrátě možnosti empatie a sympatie. Morant (1995:8) dále tvrdí, že „jinakost“ vychází z psychiatrického modelu rozdělení duševních nemocí na „psychózy“ a „neurózy“, který u psychóz zdůrazňuje ztrátu kontaktu s realitou v počátcích onemocnění a tím zvýrazňuje odlišnost, která však pacienta provází po další zbytek života. Vedle dominujícího psychiatrického modelu „duševní nemoci“ nabízí někteří pracovníci v oblasti duševního zdraví model zaměřený na fungování pacienta a jeho vyrovnávání se s nároky okolí. Častěji se objevoval mezi komunitními psychiatrickými sestrami, sociálními pracovníky a pracovními terapeuty, což pravděpodobně souvisí s rozvojem rozšířením podpory člověka s duševní nemocí v oblastech sociálního a pracovního fungování (Howarth, Foster, Dorrer, 2004).

Sociální reprezentaci duševně nemocného má tedy každá skupina profesionálů v něčem odlišnou. Zatímco v podání medicínsky zaměřených oborů (lékařství, zdravotní sestra) je „duševní nemoc“ ukotvena v představě o „nemoci mozku“ a tak je jí přizpůsobeno etiologické chápání (genetické vlivy, morfologické změny) i terapeutické působení (farmakoterapie, elektrokonvulzivní terapie, transkraniální magnetická rezonance atp.), studující psychologie tematizovali subjektivitu jedince (prožívání a chování) a negativní sociální odpovědi v podobě marginalizace a stigmatizace (Šupa, 2004) tak sociální pracovníci, pracovní terapeuti a komunitní psychiatrické sestry se zaměřovali na fungování v komunitě (Howarth, Foster, Dorrer, 2004). S duševně nemocnými pak tedy zacházíme v rámci určitých oborových diskuzí, přičemž hrozí přehlížení těch ostatních. Barret (1996) hovoří o „fragmentovaném případě“, kdy každý z profesionálů vnímá jen určitou část problémů člověka s duševním onemocněním, který je nakonec vnímán celistvě pouze skrze svou diagnózu jako „schizofrenik“.

Situace je o to složitější, že oborová předpojatost je protkána dalšími předsudky, stereotypy a kategorizacemi, institucionálními praktikami, historickými, politickými a sociokulturními vlivy. K tomu přistupují specifické podmínky spojené s lékařskou profesí, jako je uzavřenost,

výlučnost, moc a dominance jako atributy stavovské kultury a typická tendence k akci za každou cenu (Křížová, 2006: 39)²⁶

Přestože je dominující psychiatrické vědění na ústupu v oblastech, kde se formují multidisciplinární týmy, ve kterých mají své místo i uživatelé péče, stále jsou některé *druhy vědění* brány jako méněcenné nebo znehodnocené. Jestliže je součástí sociální reprezentace psychiatrů neschopnost pacientů posoudit svůj stav a svoje problémy, tak se směřuje spíše k vytváření péče a služeb, ve kterých se klient může cítit marginalizovaný nebo s malým prostorem pro vyjednávání (Howarth, Foster, Dorrer, 2004).

Teorie sociálních reprezentací má také potenciál pro pochopení, jak se formuje vědění mezi expertní a laickou částí společnosti (Walmsley, 2004). Sociální reprezentace „schizofrenie“ u pacientů se více přibližovala veřejnosti ve smyslu nepředpověditelnosti chování a nebezpečnosti (ztratím kontrolu, napadnu někoho), čímž u nich vyvolávala nesouhlas a chuť diagnózu odmítat (Howarth, Foster, Dorrer, 2004).

Morant (1995) na základě výzkumu rozdílu sociálních reprezentací mezi britskými a francouzskými psychiatry tvrdí, že sociální reprezentace duševní nemoci u nich nemá fixovanou pozici, ale osciluje mezi psychosociální blízkostí a vzdáleností. Konceptualizování jinakosti lidí s diagnózou vede k zvětšování vzdálenosti /distanci a izolaci a konceptualizace stejnosti vede k propojení svých zkušeností a zážitků lidí s duševní nemocí a přibližuje je.

Tato ambivalence vychází z jejich specifického vztahu s lidmi s duševní nemocí. Jako experti mají profesionálové rozumět problémům lidí s duševní nemocí a být jim nablízku, zároveň však je jejich laická reprezentace duševní nemoci jako nebezpečné a hrozivé vede k vytváření odstupu.

2.5 Laické vyprávění jako způsob formování rozdílných pohledů na péči

Rozdílné vnímání psychiatrické péče a vzájemné vnímání zdravotnického personálu a pacientů reprezentují a reprodukují také uveřejňované příběhy lidí hospitalizovaných

²⁶ „Dělat něco je lepší než nedělat nic“ (Freidson, In Křížová, 2006: 39). Nadbytečná péče je ale stále morálně menším prohřeškem než zanedbání péče a je lépe tolerována.

v léčebně. Výzkum provedený v roce 2004 (Šupa, 2006) přinesl názory lidí s diagnózou duševního onemocnění na jejich hospitalizaci. Podle lidí hospitalizovaných v psychiatrických zařízeních má vliv vnímání průběhu léčby zdravotnický personál, atmosféra prostředí a vliv spolupacientů.

Tabulka č.1. Pozitivní a negativní faktory ovlivňují vnímání péče v psychiatrickém zařízení (Šupa, 2004) (ukázky v tabulce jsou vybrány pro svou ilustrativnost z diskusí s lidmi hospitalizovanými v psychiatrických zařízeních)

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

Zveřejněné osobní svědectví lze brát jako součást narativní konceptualizace života. Brunner (1996) tvrdí, že podstatným rysem narativní konstrukce je skutečnost, že „jednání má důvody“. Vyprávění v sobě zahrnuje důvody lidských činů a činí tak lidský svět srozumitelným. Podstatnou funkcí narativní konstrukce je, že zdůvodňuje jednání a zhodnocuje cíle, k nimž toto jednání vede. Prostřednictvím žánru životního příběhu se člověk rozvrhuje jako jednající bytost, tj. jako bytost, která se určitým způsobem „aktérství“ vztahuje k tomu, „oč v životě jde“, a jejíž jednání stejně tak jako jednání druhých lidských bytostí má své důvody (Chrz, 2005: 487). Procesem vyprávění se konstituuje identita narativního já, které lze rozpoznat v centru osobního významu příběhu (Čermák, 2000). Formování laického

příběhu o chronické nemoci vychází z dialektického procesu mezi kulturními kategoriemi a osobními významy na jedné straně a narušenými biologickými procesy na straně druhé, přičemž každý takový příběh se zabývá otázkami „proč já“, „proč nyní“ ve snaze dodat smysluplný význam, který redukující medicína nenabízí (Williams, 2000, In Bury, 2001). Význam nemoci se vytváří v kontextu, kde působí v těsné souvislosti tělesné, sociální, historické, kulturní, ekonomické a medicínské faktory.

Vyprávění o chronické nemoci variuje na základě specifického obrazu onemocnění ve společnosti a konotací s ním spojených, neboť má zřejmý symbolický význam, který ovlivňuje, jak jedinci vnímají sebe sama a jak si myslí, že je ostatní vnímají. Je vždy zarámováno určitými formami jazyka, klišé, motivů, odkazů a dalších elementů lingvistického a symbolického repertoáru, který vymezuje a formuje obsah a způsob vyjádření s důrazem na prezentaci propojených prvků nemoci v životě (Bury, 2001).

Koncept tzv. biografického narušení přináší vhled do způsobů, jak lidé zacházejí se symptomy v každodenním životě a jakým způsobem si poradí s „překladem“ mezi sebou, nemocí a společností (Bury, 2001, Williams, 1984).

Specificky „sociální vzorec“ chronické nemoci a postižení je určován formou chronické nemoci a jejími symptomy a vlastní trajektorií nemoci spolu s životním cílem člověka, jeho věkem, pohlavím, třídou a etnicitou (Williams, 2000:48). Přání, potřeby, touhy a zájmy mohou být u každého člověka a vstupují jako faktory do jednání v určitém diskurzu. Zaměření na narativitu související s etiologií onemocnění odkrývá individuální perspektivy světa - diskurz vykořisťování (nemoc vzniklá z pracovních podmínek), genderový diskurz (stresující události vznikající v souvislosti v pozici ženy v sociálním světě) atp. (Williams, 2000).

Význam nemoci je spojen s pocity vlastní ceny a hodnoty vycházející ze sociálních aktivit a interaktivních rituálů a motivy a závazky související s lidskou intencionalitou. Freund (1990) se domnívá že tato „ztělesněná historie“ self zažívá díky pozici v sociální struktuře pocity související se buď se zplnomocněním nebo naopak oslabení. Podle Estroff (1989) chronická nemoc způsobuje změnu prvotního, trvalého, známého a hodnotného self do méně známého, relativně přítomného, nehodnotného a dysfunkčního self. Tento proces probíhá jak v jedinci, tak v interakcích s ostatními. Nemoc mění to, jak vnímáme sami sebe i jak nás vnímají ostatní. Odmítnutí diagnózy nemusí znamenat nedostatek náhledu nebo zamítnutí nemoci, ale může být voláním po trvalém, zdravém a chtějícím přežít self a osobnosti (Estroff, 1989).

Idea individuální patologie a rozvoj technologie rozparceloval lékařskou disciplínu do uzavřených oblastí odstříhnutých od laického osobního zážitku, subjektivní vyprávění pacienta nebylo bráno v úvahu a pacient se stal pasivním objektem. Jakmile se oddělilo sledování symptomů od příběhu, nebylo třeba tolik pacienta poslouchat. Zvětšil se rozdíl mezi medicínským modelem a laickým zážitkem onemocnění. Společenské mlčení kolem laické verze příběhu marginalizovalo pacienta a zaměření na narativitu umožňuje dát prostor laickému vyprávění vedle dominujícího medicínského diskurzu.

Formulování laické perspektivy nemoci příběhů pacientů a jejich příbuzných umožnila vynést do popředí prožívání nemoci v každodenním životě, způsoby léčby i její dopady. Laická verze je také bližší verzi veřejnosti a tak může propojovat pacienta s veřejností. White (1997) kritizuje hegemonii univerzální pravdu globálního psychiatrického vědění o nemoci, obrací se k lokálnímu charakteru reprezentovaných problémů a popisuje terapeutický potenciál příběhů, které propojují člověka s druhými lidmi a umožňují jim náležet k sobě.

Vyprávěním příběhu se definuje především mluvčí příběhu, který se volbou narativních prostředků, zápletky a rozuzlení reprezentuje v určité roli a vztahu k vyloženému obsahu. Schopnost vyprávět příběhy v sobě obsahuje také mocenskou komponentu (Čermák, 2004). Robustnější dominantní příběhy mocensky ovládají pole diskurzu a činí některé struktury významově hodnotnější.

Jaké příběhy dominují oblasti duševní nemoci a jak jednotlivé žánry reprezentují odlišnou realitu prožívanou na jedné straně zdravotnickým personálem a na straně druhé pacienty?

Na straně lékařů reprezentuje příběh „nemoci“ druhého člověka struktura psychiatrické anamnézy a kazuistika, která je zaměřena především na zdůraznění patologických rysů pacientova života (Preiss, Chrzová a kol., 2005). Pozitivní aspekty a potencionální zdroje jsou v danou chvíli nepodstatné. Při příjmu jde především o to zjistit, „co mu je“. Záznam o nemoci společně s diagnózou zformovaný během prvních setkání zdravotnického personálu s nemocným nesou představu dalších profesionálů dostávajících se s nemocným do kontaktu (Paleček, 2010). V psychiatrickém zařízení na základě „patologického“ příběhu začnou znaky nemoci překrývat běžnou identitu a vytváří novou, více unifikovanou, v unifikovaném prostředí, kde jsou další stejné „diagnózy.“ Rysy nové identity jsou formovány psychiatrickým diskurzem prostřednictvím denního kontaktu zdravotního personálu.

Na straně pacientů můžeme rozeznat dva protipóly, mezi kterými se pohybují jednotlivé typy příběhů. Od prezentací referujících o zbavení svobody, omezování, bezmoci, nepochopení a odosobnění až k vzhlížení k psychiatrii jako k novodobým mágům.

Radikální hnutí vymezující se vůči psychiatrickým zařízením využívají lidské příběhy k artikulaci existenciálních, emocionálních dimenzí biologicky chápané „duševní nemoci“ a staví je do opozice vůči technologicky pojaté farmakoterapii a elektrokonvulzivní terapii (Gillet, 1999, Liebert, Gavey, 2006²⁷, Morrison, 2006²⁸). Tyto příběhy často využívají dramatických titulků např. „Vzali mou depresi a umedikovali mě k šílenství“ (Liebert, Gavey, 2006), „Najdou nás a znečistí (nakazí) naše těla“ (LeFrancois, 2006)²⁹.

Estroff, (2006) na dvou vybraných příbězích lidí s diagnózou upozorňuje na tři formy protestu proti „objektivizaci subjektů“ prostřednictvím psychiatrického jazyka založeného na biologickém vnímání schizofrenie.

1. subjekt jako osoba – odmítají zážitek sebe sama jako poškozeného mozku a konkretizování nemoci v chemických procesech a hledají spíše potvrzení jako záhadného, ale nicméně vnímajícího self,
2. subjekt jako předmět – lidé s diagnózou mají odlišné pohledy na to, co to schizofrenie je, než ti, kteří ji diagnostikují, léčí a studují lidi s diagnózou jako objekty. Obě strany jsou ve sporu o to, co je ovlivňuje v průběhu nemoci a co by se s tím mělo dělat.
3. subjekt jako téma – vyjadřují nesouhlas o artikulování lidských subjektů jako tématu, schizofrenii jako tématu. Obě strany jsou ve sporu, zda ji člověk má/nemá a kdo definuje, co to vlastně je.

Na druhé straně existují příběhy o tom, jak lidem farmakoterapie pomohla znovu se vrátit k partnerovi/partnerce a dětem. Stejně protichůdný je také pohled na psychiatrická zařízení a péči v komunitě zahrnující pozitivní i negativní perspektivy.

Na čem závisí zvolený žánr příběhu a poselství, které nese? Lewton (2003) říká, že důležité pro narativní rekonstrukci vlastního života je, jak lidé zapojují chronické onemocnění do svých každodenních aktivit a vyjednávají s okolím o příběhu svojí nemoci. Během vyprávění se aktualizuje self s určitými charakteristikami, které je zdrojem identity a dalšího jednání.

Psychiatrická anamnéza je také jistým druhem příběhu o pacientovi. Zaznamenává jeho životní historii vzhledem k diagnóze, přičemž „hledáčkem psychiatrických otázek“ se nelze podívat pouze na události jako takové, ale psychiatr je vidí v konkrétních situacích – při

²⁷ <http://www.radpsynet.org/journal/vol5/Liebert-Gavey.html> - „They took my depression and medicine me to the madness“

²⁸ <http://www.radpsynet.org/journal/vol5/Morrison.html>

²⁹ <http://www.radpsynet.org/journal/vol5/LeFrancois.html> „They find us and infect our bodies“

získávání anamnézy, při vizitě, při zhoršení stavu. Vždy má sledovat především nemoc, zda se lepší, nebo horší. Psychiatr tak vnímá člověka skrze „optiku“, jejíž je součástí a která zároveň produkuje „fakta“ relevantní pro nemoc, nikoliv pro život a osobu pacienta (Paleček, 2010).

Příběh pacienta je oproti psychiatrické anamnéze barvitější, popis jeho života a průběhu „nemoci“ je vždy hustší (White, 1997, Preiss, Kukolová, Chrzová, 2005). Paleček (2010) hovoří o „nespojivosti“ nemoci s životem člověka, kdy sice nemizí jeho doklady a jeho příbuzní, ale dochází k rekontextualizaci a reprodukci „pacienta“ jako unifikovaného typu, který je léčen prostřednictvím typizovaných výkonů.

Jako příklad si můžeme uvést dva rozdílné příběhy o duševním onemocnění.

Příběh, který napsala ze svojí vlastní zkušenosti jedna žena, která pobyla v psychiatrické léčebně v Černovicích. Popisuje svůj příběh, kdy „se jí začaly dít v životě změny“, které ona vnímala jako pozitivní, ale rodiče se rozhodli jít za známou psychiatrickou, aby ji vyšetřila. Psychiatricka doporučila další vyšetření, a protože to tato žena odmítla, tak psychiatricka oznámila rodičům, že musí být hospitalizována. Žena se napřed pokoušela utéci, ale pak, protože ji otec pronásledoval, tak se „obětovala“ a nechala se převést do Černovic, kde, doufala, někdo pozná, že je v pořádku a propustí ji. Jak píše: „Pro doktorku na příjmu jsem už automaticky byla psychicky nemocný pacient. Vše, co jsem řekla, bylo považováno za příznak nemoci – i to, že jsem nevěděla, kolikátého je. Na její otázku: „Vy hodně cestujete, kde jste všude byla?“ jsem pravdivě vyjmenovala všechny státy, které jsem navštívila -(...) Asi se jí to zdálo jako jasný výplod fantazie a naznala, že patřím na uzavřené oddělení.“

Dochází zde k rozdílnému pohledu na události, dva lidé začnou rozvíjet dva odlišné příběhy – žena považuje to, co se děje v jejím životě za pozitivní změny, lékařka v jejím příběhu vnímá pouze „patologii“. Důležitosti nabývá to, co se odlišuje, vymyká a co odpovídá popisu diagnostických kategorií. Lékařka také pravděpodobně vychází ze svých zkušeností a hledá podobnosti s příběhy pacientů, které již v péči má. Také se od ní očekává, že bude něco dělat. Protože se prakticky nenabízí nic, co by mohlo situaci někam posunout, tak se „postará“ o hospitalizaci. V jiné zemi by bylo možné zavolat tzv. mobilní krizový tým, který se ženou mluvil a mohl by společně s ní přemýšlet o tom, co se to v jejím životě vlastně děje.³⁰ Jakmile

³⁰ Aserktivní komunitní týmy fungují v rámci různých a rozdílných kulturních praxí s odlišným odborným zázemím. Ve Finsku, regionu Kainuu se např. řídí principem: nedělejme věci příliš rychle, důležité je napřed o situaci hodně mluvit a přemýšlet. Upřednostňují přemýšlení před akcí a zajímá je, co si o tom, co se děje myslí člověk a jeho blízcí, se kterými žije.

se člověk dostává do soukolí, tak je důležité, aby *péče* pokračovala. „Na oddělení 12 jsem dostala pyžamo, byly mi odebrány věci a okamžitě mi personál podával léky. Ty jsem odmítla s tím, že mi ještě nebyla odborně vyšetřena a pokud mi nebyla stanovena jasná diagnóza, nevidím důvod, proč bych měla užívat nějaké medikamenty. Záhy jsem však pochopila, že si toto v psychiatrickém ústavu absolutně nesmím dovolit, protože tam se vás nikdo neptá, tam musíte poslouchat na slovo, jinak zde existují velice účinné donucovací prostředky... Když jsem alespoň chtěla vědět, co je to za léky a jaké jsou případné vedlejší účinky, byla povolána posila v podobě svalnatého muže s injekcí“. Tendence k akci vede k využití prostředků, které jsou po ruce. Je pravděpodobné, že zdravotnický personál se spoléhal na rozhodnutí, které učinila lékařka. Jestliže je žena v léčebně, tak to bude zcela určitě pacientka, kterou je třeba léčit a protože nechce, což lze odůvodnit opět nemocí, tak se musí léčit proti své vůli. Příběh paní Štěpánové pokračuje tím, že se rozhodla neužívat léky a podařilo se jí nevzbudit podezření. Dále v léčebně kritizuje neinformovanost, informace o chodu léčebny jí poskytují pacienti. Nakonec jí pomůže z léčebny lékař, který „díky své inteligenci a schopnosti vyslechnout druhého člověka poznal, že tam opravdu nemám co dělat“ a propustil ženu na revers z léčebny. Paní Štěpánová po odchodu popisuje vliv hospitalizace na sebe a svoje okolí: „pobyt v léčebně mi narušil moji lidskou identitu, okolí mě po mém propuštění přijímalo velice kriticky, se strachem a obavami a tím pokračovalo v destrukčním procesu mé osoby.“ Ženě pomohlo pokračování ve své práci a přijetí přáteli. „Naštěstí jsem krátce po propuštění jela pracovně do Milána. V tomto zahraničním prostředí u svých přátel jsem se doslova léčila z psychického šoku, který mi způsobila brněnská psychiatrie. Pracovala jsem zde na svém výzkumu a narovnávala svoje pošramocené sebevědomí s přáteli a odborníky z mého oboru, kteří mě uznávali a přistupovali ke mně velice lidským způsobem, za který jsem jim byla velmi vděčná (...).

Box 11.4**Kazuistika katatonní schizofrenie**

V rodině pacientky se nevyskytlo žádné duševní onemocnění. Sama pacientka vážněji nestonala a mimo operace apendiciditidy nebyla v nemocnici. Absolvovala střední školu a chystala se dále studovat na vysoké škole. Bydlela s přítelem, se kterým měla bezkonfliktní vztah. V létě se začala cítit jako by měla mít chřipku. Bolela ji hlava a byla unavená. Po začátku obtíží slavila 19. narozeniny, ale chovala se divně. Říkala věci, kterým okolí nerozumělo, a byla podrážděná. Další den vykládala, že spásí svět a že má všechny ráda. Přestala jíst a nešlo se s ní o ničem pořádně domluvit, mluvila z cesty. Pila pouze vodu, ale odmítala jídlo, a snědla-li něco, zvracela. Na psychiatrii, kam byla přijata v následující den, se objevil neklid a vzrušenost, které se střídaly s úplným stažením do vnitřního světa, zaujímáním „naslouchacích“ postojů a ztuhlostí v podivných, nepřirozených pozicích. Při oslovení nebo snaze o kontakt se objevovala zlobná nezacilená agrese bez srozumitelné příčiny. Ošetřujícímu personálu hrubě nadávala a také ho občas fyzicky napadala. Pacientka později přestala komunikovat. Nenavázala ani oční kontakt. Vyhověla jen pasivně některým jednoduchým výzvám. Občas udělala stereotypní pohyb rukou – pomalý a jakoby proti plastickému odporu. Dlouho přetrvávaly ztrnulé a ne-

přirozené pozice končetin (zvednuté ruce v naznačeném, zdánlivě zkamenělém gestu), které zaujímal spontánně. Nepřirozené pozice mohly být i pasivně nastavené.

Stav přešel do úplného stuporu s negativizmem a mutizmem. Pacientka nebyla schopna přijímat potravu a tekutiny jinak než nazogastrickou sondou. Neudržela čistotu. Po zahájení elektrokonvulzivní léčby se objevovaly několikaminutové epizody jakéhosi „probuzení“ s neúplnou orientací, ale zájmem o okolí a s dobrým kontaktem s ošetřujícím personálem. Posléze byla pacientka schopna letmého očního kontaktu a krátkých povrchných slovních výměn. Ty přecházely do dlouhého mlčení a ztuhlosti.

Vyšetření laboratorní, hematologické a sérologické, stejně jako počítačová tomografie a regionální scintigrafie mozku nebo vyšetření likvoru nepřinesly žádné nálezy svědčící pro makroskopickou lézi mozku nebo jiné vysvětlení příčiny katatonní symptomatiky.

Pacientka se zlepšila po elektrokonvulzích a po terapii atypickými antipsychotiky. Po třech měsících farmakoterapie byla bradypsychická, její emoční projev byl plochý a mluva chudá a pomalá. Nicméně byla schopna komunikovat a spolupracovat. Víkendy trávila doma. Na prožitky během stuporu měla téměř úplnou amnézii.

Box 11.5**Kazuistika simplexní schizofrenie**

Pacientka pochází z manželství starších rodičů. Byla nejstarší z 3 sourozenců. Ve 4 letech začala koktat, když se nešťastnou náhodou polily při hře se sestrou kyselinou. Nikdy vážněji nestonala. Studovala stavební průmyslovou školu a zpočátku měla dost špatný prospěch. Pak na ni začal otec dohlížet a maturovala s dobrými známkami. Hrála pěkně na klavír, hodně četla. Pracovala bez nápadnosti po léta v projektové kanceláři a do práce dojížděla. Povahou byla plachá, uzavřená a poslušná. Sbírala písničky a hodně četla. Nikdy nenavázala známost s chlapcem. Kolem 27 let se začala měnit. Byla posmutnělá, nápadně poklesl její pracovní výkon. Do práce začala jezdit stopem. Začala mít konflikty s rodiči, které jim byly nepochopitelné. Vyčítala jim, že pro ni „nic nemají“. Zůstávala ve svém pokoji a přestala se s nimi stýkat. Často vůbec nevstala z lůžka. V zaměstnání dala výpověď, aniž to rodičům řekla. Když se jí ptali, zda si práci hledá, zlobila se. Žádala od otce vykáni a tvrdila, že žádné rodiče nemá. Vycházela ven jen v noci, jezdila na stop a toulala se. Byla nápadně zpomalená v myšlení i v pohybech, ztratila zájmy. Hospitalizaci na psychiatrii přijala pasivně. Neprorostovala, ale nevěděla, proč by se měla léčit. Mluvila šroubovaně, užívala archaizmů, mluva byla obsahově chudá. Pacientce zcela chyběla spontaneita.

Mimo vágní vztahovost netrpěla jasně zformovaným bludem. Neměla halucinace, ani pasivní prožitky působení cizích sil. I velmi malé volní projevy vyžadovaly velké úsilí. Pacientka o sebe nedbala, nedodržovala osobní hygienu a byla k tomu zcela lhostejná. Po propuštění z nemocnice se chovala stejně. Trávila většinu času na na lůžku, nemyla se a s nikým nemluvila. Nebyla smutná, spíše apatická nebo také melle, nenáročná a nepřiměřeně spokojená. Nic ji nebavilo a na nic se nedokázala soustředit. Mívala pocit, že má „prázdnou hlavu“ a je úplně někdo jiný než dříve. Chyběly jí myšlenky, jak sama říkala. Někdy si připadala „jako ve snu“. Ve svých 30 letech cestovala asi 14 dní stopem po různých městech a poptávala se po zaměstnání. Spala v nočních léhárnách a procestovala střední a východní Čechy. Nabízená místa nepřijímala, připadala jí podivná. Nic nápadného ve své cestě stopem za práci neviděla. Při přijetí ke druhé léčbě byla autistická, zcela ponořená do sebe.

V popředí psychopatologického obrazu byla oploštělá emotivita, myšlenková a pohybová chudost, ztráta zájmu a ambivalence přecházející do abulie. Nebyly patrné změny obsahu myšlení ani poruchy vnímání. Stav se během léčby antipsychotiky mírně upravil. Pacientka později trvale žila u rodičů.

Box 11.2

Kazuistika paranoidní schizofrenie

Pacientce bylo v době první hospitalizace necelých 30 let. Vyrůstala v rodině vysokoškolsky vzdělaných a dobře postavených rodičů. V roce vypuknutí onemocnění zemřela matka. První kontakt s psychiatrem měla pacientka v 10 letech pro nozofobii: bála se vztekliny. Tehdy pobývala s rodiči 2 roky v cizině. Později, během studia, byla léčena pro strach ze školy a úzkost spojenou s nárokem na studijní výkon. Ten byl vždy vynikající. Po studiích pracovala jako administrativní pracovnice ve zdravotnickém zařízení. Byla svobodná.

Při prvním pobytu na psychiatrii se léčila pro úzkost a nejistotu v souvislosti s onemocněním a úmrtím matky. Prodělala skupinovou psychoterapii a byla diagnostikovávána jako neurotický úzkostně-depresivní syndrom.

Za dva roky po tomto léčení přišla na policii a chovála se nepřiměřeně. Mluvila o nepřirozených úmrtích v nemocnici, kde pracuje. Domáhala se ochrany. Protože údaje byly zmatené, policisté ji odvezli k vyšetření na psychiatrii. Při příjetí byla pacientka zoufalá a agresivní. Sdělila, že se pokusila bydlit samostatně, ale byt opustila, protože ji syn bytně v noci znásilňoval svým zářením. V noci měla epizody úzkosti s bušením srdce, které si vysvětlovala působením lidí, kteří ji chtějí na

dálku zabít. Muž, do kterého byla tajně zamilovaná dostal infarkt a ona byla přesvědčena, že sama onemocněla také. Byla přesvědčena, že někteří lékaři za úplatek vraždí v nemocnici lidi a nyní chtějí zabít ji. Věděla, že v práci jsou všichni proti ní. Dříve, než hledala ochranu u policie, spojila se s ní nejprve telepaticky. Byla přesvědčena, že bývalí spolupracovníci ji chtějí otrávit. Cítila se vyčerpaná a měla pocit, že nemá smysl žít. Viděla někdy, jak se kolem ní hroubí a prohýbají pokojové stěny a na stropě místnosti se křížujíblesky a světla. Slyšela hlasy známých, kteří ji vyhrožovali, že ji zabijí.

Pro prvním pobytu se stav výrazně zlepšil. Za několik let došlo po onemocnění otce k relapsu dramatických paranoidních a halucinatorních symptomů, které po další hospitalizaci opět ustoupily. Později byla pacientka v nemocnici léčena pro úzkostné symptomy, konfliktnost a nedostatek sil na zvládnutí běžných mezilidských situací. Neměla však už psychotické příznaky. Po řadě následujících let se léčila ambulantně. Vrátila se z invalidního důchodu do práce a začala znovu pracovat na úrovni vysokoškolsky vzdělaného pracovníka. Pokračuje v ambulantní léčbě. Našla si partnera, vdala se a žije uspokojivý život.

Box 11.3

Kazuistika hebefrenní schizofrenie

Pacient byl na počátku onemocnění 30letý ženatý muž, otec dvou dětí. V rodinné anamnéze nebyla žádná psychiatricky významná choroba nebo porucha. Pacient sám byl vždy zdravý. Po základní škole nastoupil do vojenského učiliště. Sloužil v různých vojenských funkcích a během zaměstnání vystudoval vojenskou vysokou školu. Žil v harmonickém manželství. Onemocněl v roce 1990. Objevila se paranoidita a nejistota. Ve všem viděl proti sobě zaměřené spiknutí a nacházel neexistující souvislosti v náhodných jevech. Začal planě přemýšlet nad smyslem života, uzavřel se do sebe a nebyl schopen plnit své funkce v zaměstnání. Většinu času doma proležel.

Po snížení léčby neuroleptiky, která vedla k pozdním dyskinezím (škubavé pohyby ramen), došlo nejprve k prohloubení autismu. Pacient budil dojem, že je „úplně mimo“. Plakal nad banalitami, o kterých stále meditoval: nad pupínky na své kůži, nad tím, jaký měl život, nad rozhodnutím, zda vstát nebo nevstát. Naznačoval, že vše má dalekosáhlé filozofické souvislosti. Brzy potom se objevila bezcílná a nepřiměřená hravost. Pacient po příjetí na psychiatrické oddělení chodil po chodbách a pokojích, zbytečně upravoval květináče, květiny, obrazy, podtrhával text vyvěšeného domácího řádu. Nepřiměřeně dovádě chování se střídalo s dětským vzorem. Byl-li v něčem odmítnut, nemluvil a truchlivě pohazoval hlavou. Dožadoval se

vycházky s tím, že vezme ošetřující lékařku s sebou a něco dobrého jí koupí. Chodil často do koupelny, se zálibou pouštěl zbytečně vodu z kohoutku, pozoroval ji a s viditelným potěšením stříkal po ostatních. Občas si hlavu obaloval polštářem a pobíhal po chodbě, strkal si do uší malířský štětec z arterioteapeutického ateliéru a vzápětí ho s chuchotem otíral ošetřující lékařce o plášť. Chodil pozadu a rukou ukazoval směr. Na otázku, zda se něčeho bojí, řekl, že myslí na ryby, a rozplakal se. Primární oddělení věnoval s mnohoslovnými díky a dojatým pláčem krabíčku od sirek z vojenským knoflíkem. „Je to možná málo, ale podle mně je to přece jen něco“, komentoval vážně svůj „dar“. Emotivita byla nestálá a litostivost nad banalitami (nebyla přítomna oblíbená sestřička) se střídala s prudkým hněvem nad obdobnými malichernostmi (byl požádán, aby si nehrál s vodovodním kohoutkem, nemýje-li se). Emoce byly intenzivní v projevu a měly přechodný a silný vliv na chování. Postrádaly ale hloubku, snadno odezněly a střídaly se s různě dlouhými obdobími ploché emotivity, která budila dojem úplného emočního vyprázdnění. Pacient při něm byl zcela pasivní, bez výrazu a bez emoční odezvy na běžné situace, bez zájmu o okolí.

Pozdější průběh onemocnění byl výrazně ovlivněn léčbou atypickým antipsychotikem, která u pacienta vedla téměř úplnému odeznění nápadností v chování i k vymizení tardivních dyskinezí.

Možná, že jsem Mesiáš

Jmenuji se Daniel Černík a jsem klientem Denního psychiatrického sanatoria Ondřejov. Připravil jsem si příběh s názvem Ježíš jako duševní onemocnění a způsoby léčby. Budu vám v něm vyprávět o své duševní nemoci a její léčbě. Celý příběh jsem rozdělil do čtyř fází.

První fáze – атака

Bylo to v létě 2003 a mně bylo dvacet sedm let. Tenkrát jsem se dost silně zamiloval. Taký jsem se znovu dostal do konfliktu s jedním člověkem z Velvar. Měl jsem pocit, že po mně jde, usiluje o můj život, a z toho všeho jsem zešlehl. Jeden večer jsem si myslel, že jsem Ježíš a mám léčitelské schopnosti. Chodil jsem po Velvarech, hledal lidi a snažil se je léčit. Ty okamžiky jsem prožíval velmi intenzivně. Například jsem uvěřil v Boha. Druhý den jsem šel za holou, do které jsem se zamiloval, ale nebyla doma. Zjistil jsem, že se jmenuje Veronika. Celé to tehdy vyvrcholilo incidentem se servírkou v jednom baru v Praze, kde mě zadržela policie. Soud mi poté doporučil léčení. Vybral jsem si DPS Ondřejov. Během několika dnů to celé odeznělo. Za několik měsíců mi soud nařídil ochrannou léčbu. V Ondřejově jsem byl spokojený, a tak jsem se rozhodl léčit se tam.

Druhá fáze – návrat

Rok poté, v létě, jsem pracoval ve směnárně v Praze a celé jsem to začal znovu promýšlet. Znovu jsem hledal důvody, proč se to stalo a co mě k tomu vedlo. Znovu jsem začal věřit v Boha. Chodil jsem do knihovny a studoval život Ježíše. Když pomínu všechny záranky, kterými je celý Ježíšův život opředen, jako je jeho narození nebo zázračné uzdravování, tak mě nejvíce na celém příběhu zarazilo ukřižování. Nemohl jsem uvěřit, že by Ježíš mohl být ukřižován, zemřít a do tří dnů být vzkříšen. Došel jsem k závěru, že Ježíš jako Mesiáš nikdy nežil a že se jedná o pouhý metaforický příběh.

Mé samotného také dávali na kříž. Jednalo se jen o symbolické ukřižování, které probíhá tak, že sedí dvě dvojice křížem a vedou křížový dialog. Tímto způsobem dochází k psychologickému mučení. O tenhle typ ukřižování se podle mě v bibli jedná.

Připadalo mi, že na tom, co se stalo před rokem, něco je. Možná, že mám léčitelské schopnosti. Možná, že jsem ten,

o kterém se mluví v bibli. Začal jsem se proto prohlašovat za Mesiáše, vyvolenou bytost. Po práci jsem ve svém volném čase začal chodit do knihovny a pokračoval jsem ve studiu. Snažil jsem se psát. V DPS Ondřejov dál probíhala moje ochranná léčba a já se rozhodl, že budu navštěvovat skupinovou terapii. Toto období mi hodně dalo, protože jsem na skupině mohl konfrontovat sám sebe jako Mesiáše

JEDEN VEČER JSEM SI
MYSLEL, ŽE JSEM JEŽÍŠ
A MÁM LÉČITELSKÉ
SCHOPNOSTI. CHODIL
JSEM PO VELVARECH,
HLEDAL LIDI A SNAŽIL
SE JE LÉČIT.

s názory ostatních lidí. Také jsem se začal věnovat volnočasovým aktivitám. Chodil jsem do dramatického kroužku LSD, kde jsem mohl rozvíjet své herectví. Jednalo se hlavně o improvizaci, která byla pro můj život velkým přínosem. Divadlo bylo postaveno na volných scénách, které se sehrávaly na daná témata. Případly mi většinou role doktorů nebo léčitelů. Se souborem jsme vystupovali na různých akcích a získávali tak cenné zkušenosti. Byli jsme například v Bohnicích na Mezi ploty nebo na Petříně na happeningu Když to jde s tebou do kopce.

Po několika měsících jsem začal navštěvovat ještě jednu skupinu, kterou vedl terapeut Martin Skála. Snažil jsem se pomáhat ostatním a zároveň zkoušel své léčitelské schopnosti. Toto období trvalo zhruba rok a já začal zvažovat práci terapeuta. To nakonec nevyšlo a já si musel začít hledat jinou práci. Přestal jsem se prohlašovat za Mesiáše, s čímž mě opustila i víra v Boha. Přestal jsem se účastnit skupinové terapie. Už jsem nenavštěvoval ani dramatický

kroužek LSD a plně jsem se věnoval hledání nového zaměstnání.

Třetí fáze – socializace

Našel jsem si kancelářskou práci v jedné malé firmě v Praze, která vyráběla kabely a osazovala je konektory. Pracoval jsem jako nákupní referent. Objednával jsem zboží pro výrobu a zajišťoval jeho příchod na sklad. Práce mě moc nebavila, ale byla dobře placená, a já si tak mohl najít v Praze své vlastní bydlení a odstěhovat se z Velvar. Ve svém volném čase jsem dál chodil do knihovny, studoval a snažil se psát. S přibývajícím věkem bylo těžké udržet si pracovní návyky. Byl jsem často kritizován za to, že jsem pomalý, nesoustředěný, roztěkaný. Nicméně práci jsem si udržel a můj psychický stav byl označen za stabilizovaný. Soud mi tak mohl zrušit ochrannou léčbu. Do DPS Ondřejov jsem dál docházel na konzultace jednou za dva měsíce.

V práci jsem byl asi rok, když se ve firmě rozhodli, že už mi neprodlouží smlouvu, a tak jsem si musel hledat nové zaměstnání. Další práci jsem našel celkem snadno v jedné pražské firmě, která vyráběla garážová vrata. Pracoval jsem jako logistik. Objednával jsem zboží pro výrobu vrat a zajišťoval jeho příchod na sklad. Na práci mě bavila komunikace se zahraničními dodavateli. Zaměstnání to bylo náročné, hodně stresu a práce přesčas. Ve svém volném čase jsem dál navštěvoval knihovnu, studoval a psal.

Čtvrtá fáze – relaps

Po osmi měsících v práci jsem se znovu zamiloval, tentokrát do knihovnice. Bylo to podobné jako před léty. Zase jsem začal silně věřit v Boha. Znovu jsem se prohlásil za Mesiáše a Ježíše jsem považoval za vymyšlenou postavu. Přestal jsem chodit do práce. Intenzivněji jsem docházel do DPS Ondřejov. Znovu jsem navštěvoval skupinu, kterou vedl terapeut Martin Skála. Opět jsem začal chodit do dramatického kroužku LSD.

Svůj příběh jsem vyjádřil i literárně. Soustředil jsem se v něm na okamžiky ukřižování, vyvolení dvanácti, zrady a vzkříšení, a to ve svém životě. Rád bych změnil profesi, využil své zkušenosti s léčbou, doplnil je teoretickými znalostmi a začal se věnovat léčbě duševně nemocných.

Daniel

Srovnáme příběh ženy s kazuistikami uvedenými v učebnici Psychiatrie (Höschl, Libiger, Švestka, 2002) a s příběhem pana D. Černíka. Můžeme si všimnout, jak jsou příběhy rozdílně autorizovány a kontextualizovány.

V prvním příběhu je autorkou žena, které se podařilo nestát se pacientkou a svůj příběh vypráví jako *útěk před nebezpečím* ze strany psychiatrické péče. Všechny prvky psychiatrie jsou vnímány jako negativní, chtějí ji zničit. Hlavním prostředkem záchranu se stala neformální podpora sociálního okolí a lékař, který ji uznal jako zdravou.

V druhém případě je autorem psychiatr, který popisuje vztaženost pacienta k nemoci, se záměrem zvýraznit, co má být pro lékaře důležité, co je třeba u pacienta vnímat. Prostřednictvím popisu se zviditelňuje především nemoc a kontext života je v pozadí, zdůrazněny jsou prvky, které mají dokreslovat vznik a charakter nemoci. Prvky chování *lidí* jsou vykresleny jako projevy *pacientů*. Příběhy také demonstují sílu psychiatrické léčby, ne vždy úspěšné.

Třetí příběh je o prolínání léčby a života člověka s diagnózou duševní nemoci. Příběh je artikulován člověkem se zkušeností, který nemoc a životní události skládá vedle sebe nebo k sobě vztahuje. Oproti kazuistikám je zdůrazněna normálnost nemoci jako stavu patřícího k životu. Stav nemoci je prožíván jako součást života a zároveň je život dál žit i s nemocí. Události jsou bohatší, živější a srozumitelnější. Zatímco v prvním a třetím příběhu lidé autorizováním svého stavu smysluplně zařazují svoje zážitky do tzv. osobního mýtu, který má sílu dát životu význam (Čermák, 2000). V druhém případě se tak neděje.

3. Duševní nemoc a sociální kognice

3.1. Diagnóza a teorie labellingu

“Současný trend rozvoje extramurální a sociální péče vedl k odhalení nečekaných abnormit u klinicky zdravých osob a tím k otázce reálného odhadu vymezení hranic nemoci”, což by mohlo přivést psychiatrii ke zkoumání hranic “normality”.

Feinstein (in Smolík, 2002: 25)

Nálepkování jedince diagnózou (labelling) přispívá k existenci problému. Někdy může diagnóza spustit kariéru člověka jako chronického devianta, duševně nemocného, zločince a podobně.“

Cecchin (in Jonesová, Ansen, 2004: 11)

Některým činnostem je v různých kulturách, subkulturách a etnikách přisuzována odlišnost od „normálního“ způsobu. Vnímání odlišnosti-deviace-odchylky od normy existuje jako součást každé společnosti, to, co je tak vnímáno má obsahy, které jsou spojené s kulturní a historickým pojetím daného společenství (Becker, 1966, Foucault 1994, Černoušek, 1990). Odlišnost je určitým způsobem označována a zvýrazňována a podobně také člověk, který ji činnost provádí, je „označován“ (značkován) určitými slovy či určitým způsobem zacházením s ním např. deformací kódu (napodobováním způsobu mluvy) či oslovováním a výběrovými způsoby komunikace a jednáním (Nekula, 1996). Stanovení psychiatrické diagnózy je sociálním procesem, kterým lidé v organizacích a institucích rozhodují a rozpoznávají, že se u nějakého člověka objevilo nějaké „onemocnění“.

Chápání určitého duševního stavu druhého člověka jako „nemoci“ může tento stav na jednu stranu diskvalifikovat, na straně druhé jej omluvit a socializovat. Biologicko-medicínský kontext mu přisuzuje statut „nemocného“, jeho chování posuzuje prostřednictvím lékařské terminologie, čímž se ho snaží nálepkovat jaksi „vědecky“³¹ skrze diagnostický manuál. Koncept „diagnózy“ je ústředním tématem zdravotnické profese. V diagnóze se z „nediferencované chování“ stává „strukturovaná nemoc“ (Balint, 1999). Při stanovování

³¹ Připomeňme si, že věda je naše kulturní záležitost stojících na určitých paradigmatech souvisejících s historickým, sociálním a politickým kontextem. Je to pouze jeden určitý druh poznání.

diagnózy je realizováno lékařské vzdělání a dochází k potvrzení role lékaře. Podle T. von Uexküll (2003) diagnózy fungují jako komunikační média, zprostředkovávají význam definovaného stavu pacientovi a jeho okolí. Vytváří nepsaná pravidla hry, v jejímž rámci dva lidé inscenují interakční hru, každý podle vnímání své role.

„Diagnóza“ vychází z řeckého slova diagnosis – rozhodnutí. Diagnóza je rozhodnutím lékaře o tom, co druhému člověku je, je lékařovou interpretací stavu druhého člověka.

Blaxter (1978, In Brown, 1995) tvrdí, že pojem „diagnóza“ má dva významy – proces a kategorie. Proces je soubor interakcí, které vedou k definici kategorie jako nozologické jednotky v lékařské taxonomii založené na rozšiřujícím se lékařském vědění. Podle Uexküll (2003) stojí za diagnostikování v dnešní době především mechanické hledání symptomů, které mají dovést k zjištění „poškození stroje“. Diagnostika se zaměřuje na viditelné znaky chování a prožívání, které je důležité pro stanovení diagnózy a nezabývá se vysvětlováním kontextu, ve kterých se chování odehrává.

Kategorizací dochází k reifikaci definice „nemoci“, které profesionálové a ostatní přizpůsobují svoje pozorování, stává se součástí jejich „zorného a výkonného pole“ (Paleček, 2010). Díky diagnóze se ze sociálních a tělesných fenoménů stávají patologické entity.

Diagnóza je také způsob legitimizace určité sociální skupiny, jejímž členům odejímá pocit viny oběti a umožňuje zaujmout sociální pohled na vzniklý stav (Brown, 1995). Pacientovi umožňuje diagnóza osobní a emocionální kontrolu díky poznání, co je špatně, může být sedativem, které člověka uklidňuje. Odborník ví, co mi je, někdo se o mě postará. Diagnóza také „vytváří falešnou jistotu, uzavírá tak pacienta pro další vývoj a blokuje další hledání“ (Uexküll, 2003: 127).

Diagnózy také slouží jako jakýsi „socio-lékařský archív“, ve kterém zachyceno nakumulované lékařské vědění o člověku, historie zdravotnického systému, stejně jako procesy zákonodárství a státní regulace.

Brown (1995) upozorňuje, že schopnost rozeznávat určité fyziologické stavy jako „nemoc“ souvisí se sociální percepcí lékařů. Např. lékaři měli delší dobu potíže určit tzv. tardikivní dyskinézy, které jsou způsobeny vedlejšími příznaky antipsychotické medikace. Vedlejší příznaky komplikují přijetí léčby pacientem, snižují sociální efekt léku jako „zázračného“, neboť kromě toho, že pomáhají, tak také škodí.

Stanovením diagnózy je člověku předepsána role pacienta. Klerman (1977) zmiňuje Parsonsonovo pojetí role pacienta (Parsons, 1951):

- 1) tyto označené osoby jsou zproštěny zodpovědností plynoucích z normální sociální role
- 2) předpokládá se, že budou spolupracovat, aby se co nejdříve uzdravili
- 3) neměli by být obviňováni nebo pokládáni za zodpovědné za svoje onemocnění
- 4) v případě, že nespolupracují, tak jsou jim udělovány sankce, aby je podpořili a přesvědčili v kooperaci v léčebném programu předepsaném medicínskými autoritami.

Siegler a Osmond (1969) tvrdí, že nenabídnutí role „schizofrenního pacienta“ způsobuje nepříjemný stres a vede lidi v neobvyklých stavech a jejich rodiny k přání být uznáni jako nemocní. Diagnostikování „nemoci“ tak může být považováno za humánní krok, přičemž antipsychiatrie to samé může být nazváno sociální kontrolou.

Diagnostikované onemocnění člověku umožňuje těžit z výhod, které mají ostatní nemocní lidé. Ovšem role nemocného může být také využita jako výmluva pro ušedřování trestů za určité chování, ať už v instituci nebo v rodinném prostředí.

Označením někoho závažnou diagnózou může lékař i terapeut využít i jako vysvětlení pro svou neúspěšnost. Značkování může znamenat u psychoterapeutů negativní protipřenos, který používají jako obranný mechanismus u pacientů, kteří se neléčí dost rychle na to, aby satureovali jejich potřebu úspěchu, nebo kteří jim nejsou dostatečně vděční (či je dokonce kritizují), chtějí více péče, než jsou ochotni jim dopřát, kterým závidí (pokud jsou v životě úspěšnější než my). Značkování jim může dávat falešný pocit, že jsou hodnotnější než značkováný a vedou k diskriminaci druhého člověka ve společnosti. „Nálepkování“ často slouží jako obrana terapeuta či pomáhajícího pracovníka, kterou zdůvodňuje vlastní neúspěch nebo také neochotu se nemocnému intenzivněji věnovat (Praško, 2001).

Scheff (1999) uvádí příklad, který dokumentuje sociální faktory ovlivňující proces diagnostikování. Při interview se psychiatr chová mile a přívětivě do té doby, než si všimne, že si pacientka zaznamenala jeho pohled na hodinky. Cítí se přistižen a začne různě pacientku zkoušet a neustále si všímá podivných stavů v povídání pacientky a zaměřuje se na ně.

Diagnóza schizofrenie, psychóza podobně jako většina diagnóz duševních nemocí překrývá originálnost osoby souborem negativních představ, předsudků a přesvědčení. Nálepkování ovlivňuje sebe-vnímání člověka. Prostřednictvím „vtlačení“ do diagnostické kategorie a skrz chápání této diagnostické kategorie personálem se člověk učí, co to obnáší být „duševně nemocným“. Konstrukt nemocí, který si vytváří na základě získaných informací se stávají součástí jeho identity.

Foucault (1994) připomíná, že už podle názorů ze 17. století duševní nemoc prostupuje celého člověka. Na jednu stranu mluvíme o „schizofrenním“ člověku a na druhou stranu o onemocnění, které je situováno v určité části. Symptomy, které se projevují v člověku, dovolují mluvit o něm jako „schizofrenikovi“, čímž mu upírají subjektivitu (Estroff, 1989). Paleček (2010) popisuje „duševní nemoc“ konstruovanou v psychiatrickém diskurzu jako „na péči a na optice nezávislou“, které „jako prolínající, pronikající jsoucno proniká z člověka do jeho vztahů, ovlivňuje jeho okolí, nadaná jakousi vnitřní silou. Na nemoc se dá – jako na hotové jsoucno – jedinečně takto reagovat.“

Diagnóza schizofrenie konstruovaná jako objektivní, umístěná v mozku pacienta, zůstává napořád. „Nemocnost“ se stává měřítkem jeho života. Je buď „zlepšený“ nebo „zhoršený“. Člověk s duševní nemocí zůstává pacientem a „schizofrenikem“, i když zrovna není v nemocnici.

Označení druhých lidí jako „pacientů“³² usnadňuje rozlišování personálu mezi „normálním“ a „nemocným“ chováním (viz Rosenhan, 1973/2001).

Zdůrazňováním nebezpečí označování a redukování člověka na psychiatrickou diagnózu se soustavně zabývá Vybíral (2004, 2006b). Skrz prizma diagnostické nálepky jsou některé vlastnosti lidí s diagnózou schizofrenie, psychóza zvýrazněny, některé naopak utlumeny.

Jazyk produkuje, resp. provokuje určité představy a vede k tomu, aby se žádoucí představy vynořovaly v mysli uživatelů jazyka. V tomto smyslu jazyk řídí jednání lidí (Vybíral, 2006b). Kontaktem s druhými lidmi a společnými vztahy (spolu)vytváření. Používání jazyka kategorizujícího a typologizujícího znesnadňuje vnímání dalších jeho kompetencí.

³² Proti tomu se staví antipsychiatrické pojmenování „takzvaní pacienti“ (Cecchin in Jones, Ansen 2004)

Podle Chamberlin (1999:15-16), která prošla na vlastní kůži několika psychiatrickými zařízeními, „lékařské diagnózy nejsou samy o sobě důvodem k léčbě, nýbrž způsobem, jak zprostředkovat informace pacientovi a lékaři, aby se mohli rozhodnout, jak dále postupovat.“

V psychiatrické péči však stanovení diagnózy bývá mocenským aktem, který podle některých lidí zbavuje druhého člověka svobody nebo může legitimizací určitého stavu pomoci člověku profitovat ze systému zdravotní a sociální péče.

Filozofickým problémem určování diagnózy je myšlenka objektivního realismu, na kterém stojí celá psychiatrická péče (Gillet, 1999). Psychiatrie počítá s tím, že duševní nemoc existuje jako něco „samo o sobě“, nikoliv jako něco, co vzniká diskurzivní aktivitou. Velkou mírou se na tom podílí představa o mechanismus kauzálnosti. Jestliže máme před sebou „nemoc“, zajímá nás, kde se vzala, co je příčinou. A zde je problematizován koncept „duševní nemoci“ jako nemoci, neboť validita diagnózy „schizofrenie“ je opakovaně zpochybňována (Klerman, 1997, Kalvach, 2000, Libiger, 2010,).

Samozřejmě je nutné si uvědomit, že pro odborníky je nezbytné si vytvořit svůj způsob kódu, aby bylo možné se domlouvat. Ustanovení takového kódu by mělo vést k neustálému zvažování, co nám jazyk a systém kódu umožňuje pojmenovat a následně vnímat.

3.2. Stereotypizace, předsudky a stigmatizace

Stanovení psychiatrické diagnózy je spojeno se zátěží stigmatizace a rozvojem předsudků a stereotypního vnímání. Neobvyklý stav, který člověk prožil, způsob, jak s ním během tohoto stavu bylo zacházeno a jak na něj reagovali jeho blízcí, společně se stigmatem, zasahuje do identity a spoluvytváří ji. Změny se mohou stabilizovat a vést k akceptaci role, kterou mu ostatní přisuzují. Negativní postoje vůči lidem s diagnózou duševní nemoci jsou ve společnosti stále přítomné (Thornicroft et al. 2010, Littlewood et al, 2007, Corrigan et al. 2001) a podílí se na nich také negativní mediální vykreslení lidí s duševním onemocněním (Höijer, Rasmussen, 2005, Holcnerová, Miovský a kol. 2010).

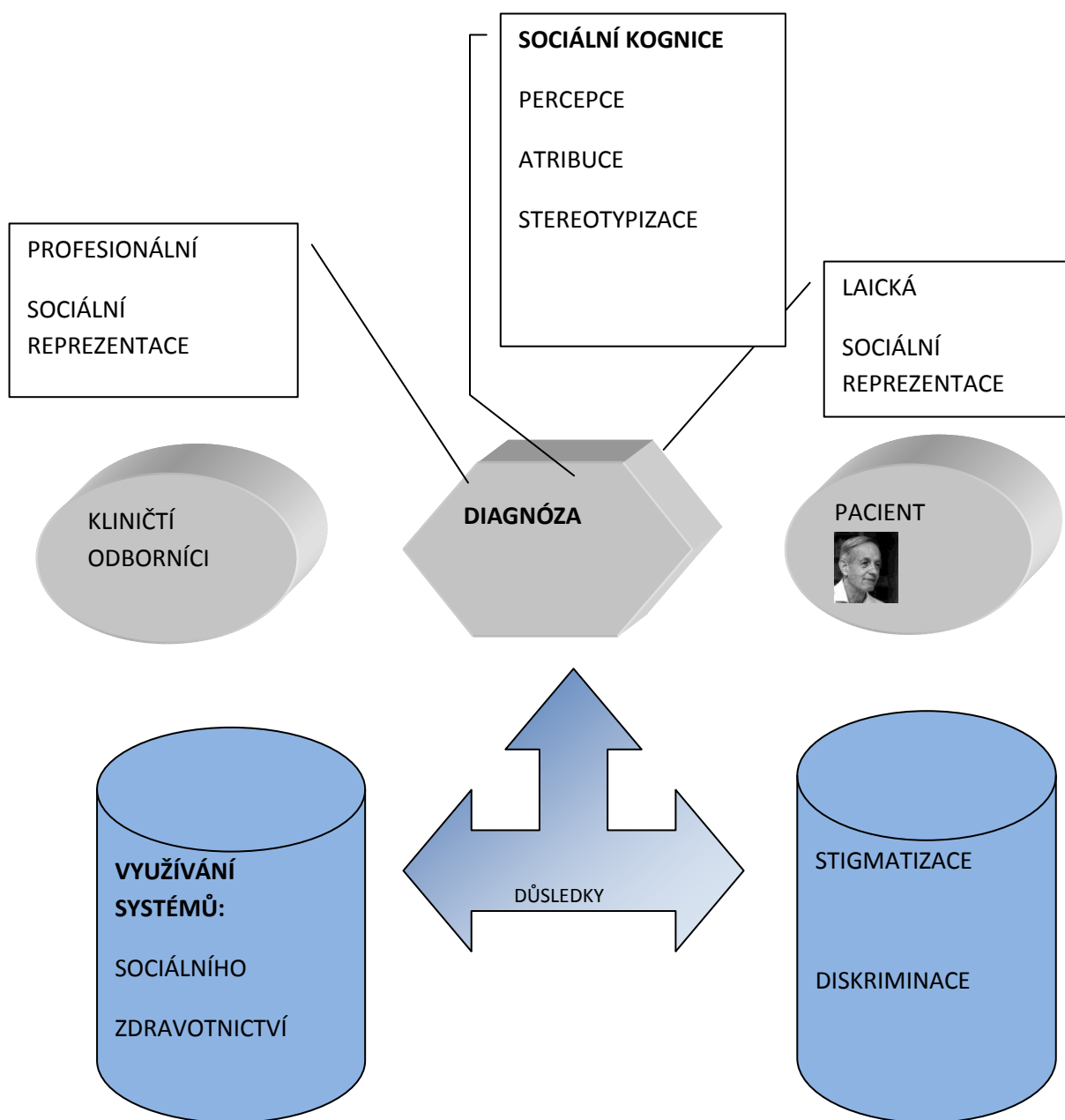
Van Dijk (1990) se domnívá, že dnešní prezentace předsudků je mnohem subtilnější, spíše nepřímá a symbolické. Sofistikovaná diskurzivní analýza, stejně jako analýza neverbálních či méně kontrolovatelných znaků řeči a interakce jako je intonace však ukazuje bazální předsudečné sociální reprezentace. Lze tedy říci, že byla „internalizována norma ne-

diskriminace, ale nikoliv soubor bezpředsudkových pocitů“ (Kelman, 1961 In Dijk, 1990: 172) nebo se nerozvinuli protirasistické sociální reprezentace, které by dovoľovali rozpoznat, reprezentovat a mluvit o situacích bezpředsudečně, nebo je vnímat z perspektivy členů minoritní skupiny.

Stereotypy jsou rigidní, pasivně přijímané způsoby posuzování určitých skupin lidí na základě tradic a předsudků (Nakonečný, 2000). Stereotypy v posuzování se týkají skupin lidí, tříd nebo určitých představitelů obyvatel (dělník, intelektuál, duševně nemocný, psychoanalytik), případně celých národů a ras (černoch, Rom apod.). Stereotyp začal jako termín ve svých pracích užívat sociolog Lippmann (1922), který jím míní schematický a jednostranný obraz nějaké věci či jevu v lidském vědomí, vznikající díky zprostředkované, tradované zkušenosti a osvojený většinou dříve, než člověk daný jev sám osobně pozná (srov. Bartmiński-Panasiuk, 2001).³³ Jako odborný pojem dnes stereotyp funguje (vždy se specifickým zacílením) kromě sociologie, sociolingvistiky a sociální psychologie také např. v etnologii a kulturologii, v literární vědě a ve filosofii. Rozlišujeme autostereotypy a heterostereotypy. Autostereotypy jsou představy a mínění, která mají příslušníci určité skupiny o sobě samých (např. psychicky nemocní o sobě přemýšlí jako o psychicky nemocných a chovají se podle daných vzorů a vzorců ve společnosti). Heterostereotypy jsou představy o členech skupin jiných (tzv. zdravých a o psychicky nemocných). Stereotypy jsou primárně kognitivní, definované jako přesvědčení sdílené členy skupiny o společných charakteristikách členů jiné skupiny (Wright, Taylor, 2003: 433). Allport (2004: 215) definuje stereotyp jako příliš silné přesvědčení spojené s nějakou kategorií. Jeho funkce spočívá v tom, že má ospravedlnit (racionálně vysvětlit) naše chování a postoje vůči této kategorii. Stereotyp nemusí být úplně falešný, problém je v generalizování určitých atributů posuzované skupiny např. duševně nemocní jsou nebezpeční, duševně nemocní jsou neschopní práce, atd. (Höijer, Rasmussen, 2005, Swansson et al, 1970).

³³ Vaňková et al., 2005

Obrázek č.1.



Stereotyp i prototyp jsou založeny na typických vlastnostech předmětu, které považujeme za reprezentativní. Stereotypy nám mohou pomoci hlavně ve formulování nejlepších, nejlépe odkrývajících definic, které nás přibližují k lidské konceptualizaci skutečnosti. Jedním z ukazatelů stereotypizace je **opakovatelnost** charakteristiky předmětu v různých výpovědích (Šlédrová, 2003: 68-69).

Nekula (1996: 87) hovoří o výběrové registraci určitých vlastností, zpravidla negativně hodnocených. Stereotypy se utvářejí v komunikaci a v komunikaci se artikulují, mohou se měnit z hlediska individua i společnosti. Nekula popisuje dvě možnosti artikulace stereotypu:

1. deformace kódu – je naznačováno, že „ti druzí“ neumí správně použít stejný jazykový kód, který je používán v daném prostředí.
2. oslovení – když hovoříme s někým, koho vnímáme v jiném postavení, než jsme „my“, tak využíváme převahy v užívání týkání nebo využíváme jiných prostředků, které ukazují naši převahu.³⁴

Prostřednictvím stereotypů bývají určité skupiny posuzovány zjednodušeně a iracionálně. Podstatou jsou historicky vleké předsudky a tradiční interpretace. Stereotypy se však také mohou měnit, nabývat nových forem. Dobrým prostředkem může být propaganda (typickým příkladem je vytváření negativního stereotypu Němců o Židech v období nacizmu) či reklama, která často stereotypizace využívá a nabízí nám určité typy lidí s určitými vlastnostmi (byznysman, modelka). Stereotypy a předsudky jsou přítomny v tzv. kulturním vědění, které je zahrnuto do kultury společnosti prostřednictvím institucionalizačních praktik, norem a šířeno společenskými kanály. Se stereotypy se pojí také fenomén „sebenaplňujícího proroctví“ (Wright, Taylor, 2003).

Madigan (in Parker et al., 1999: 151) upozorňuje na pasivní obraz pacienta v psychiatrických zařízeních jako „pacienta bez znalostí.“ K tomu lze připojit dominující obraz nemoci reprezentované symptomy. Mnoho sdělení pacienta bývá bráno jako součást abnormálního stylu chování (Rosenhan, 1973/2001). Jestliže část rozhovoru pojmenuji tzv. „slovním salátem“ nebo „pseudofilozofováním“, tak už tomu nemusím chtít rozumět. Registruji probíhající řeč, ale nezajímám se o motivy, které vedou druhého člověka k rozhovoru, o cíl sdělení a smysl konverzace. V té chvíli nevedu s druhým člověkem dialog, ale probíhá vnitřní dialog „profesionála“, který směřuje k hledání „profesionálního“ způsobu, jak se se situací vypořádat. Georgaca (2000) však diskurzivní analýzou rozhovorů s lidmi s halucinacemi ukazuje, že se tito lidé vnímají jako obvyklí sociální aktéři chtějící diskutovat svůj pohled

³⁴ Při pohybu v psychiatrických zařízeních jsem nezaznamenal týkání pacientům, ale všiml jsem jiné prostředky demonstrující převahu personálu nad pacienty. Při návštěvování pacienta jsem vždy požádal sestru, aby mi zavolala pacienta. Jedna ze dvou sester, se kterými jsem se při návštěvě setkával, volala na celou chodbu jméno pacienta, aby přišel. Představil jsem si, co by nastalo, kdyby takto volal pacient sestřičku.

podle normativních pravidel konverzace. Zahrnutí jejich vnímání sebe sama a nedidiagnostikování zážitků vede k pozitivním výsledkům (Siebert, 2000).

Stereotypy bývají často spojeny s předsudky. Předsudek je sociálně sdílené hodnocení odlišující se emoční komponentou podílející se na procesu. Silná emoční komponenta předsudku posilovaná společností a kulturou usnadňuje rychlé prosazení důsledků předsudku do chování lidí. Stereotyp může být pozitivní i negativní, předsudek je více negativní. Psychiatr- lékař, stejně jako psycholog nebo sociální pracovník, může podlehnout předsudkům. Jak píše A. Janík (1987: 132): „Psychiatři si vytvářejí obraz o duševně nemocném na základě dvojí závislosti. Jednak na základě laického obrazu o duševně nemocném, s jehož obsahem se seznámili a osvojili si jej dávno před vlastní odbornou specializací, jednak na základě odborného psychiatrického obrazu, který zase zpravidla vychází z modelu duševní poruchy jako nemoci. Jeden postoj nevylučuje druhý, může jít i o vzájemnou kontaminaci. A tak i „odborný“ obraz může být jednostranný a představovat „odborný předsudek“, stejně jako jej představuje postoj, který se laikům vytýká.“

Přehled nejčastějších předsudků o schizofrenii (Libiger, 2001):

“Schizofrenie je nevyléčitelné onemocnění”. Výsledky ukazují na možnost změnu stavu člověka, která závisí na mnoha různých okolnostech (intenzita, rozsah symptomů, diagnostické omyly, nesprávná léčba, rodinné a sociální prostředí)

“Pacienti se schizofrenií mají většinou sklon k násilí a jsou nebezpeční”. Většina pacientů s duševní poruchou nikdy nespáchá násilný trestný čin. I když je u nemocných se schizofrenií mírně zvýšený počet násilných trestných činů, je to většinou u nemocných, kteří nejsou léčeni nebo nejsou léčeni správně. Tito lidé bývají také často oběťmi trestných činů

“Lidé se schizofrenií jsou nespolehliví a nemohou soustavně pracovat”. Pracovní výkon a způsobilost nesouvisí přímo s intenzitou psychopatie. Více jak polovina nemocných se schizofrenií onemocněním je s podporou způsobilá získat a udržet pracovní místo na volném pracovním trhu (Swanson a spol., 1970).

“Schizofrenie je druh trvalé duševní zaostalosti.” Lidé diagnostikovaní jako “schizofrenici” se ukazují v IQ testech měřících výkonnost jako “slabší”, to však nedokazuje jejich “zaostalost”. Často prokazují větší fantazii, přináší neobvyklé pohledy na problémy a jejich řešení. Slavní lidé vykazující “schizofrenní” symptomatologii (např. “hlasy”) : C. G. Jung, Newton, John Nash, Gandi, sv. Jan od Kříže (Jarolímek, 2001).

Allport (2004) vnímá předsudek jako něco, co může být jednak v negativní, ale též v pozitivní rovině, určitou názorovou strnulostí. Nechápe tedy předsudek jako nutně negativní či hostilní postoj. Předsudek lze k postojům vztáhnout jako nadřazený pojem, přičemž postoj tvoří jen jednu z jeho významných složek (Allport, 2004), nebo lze chápat předsudek jako specifický

druh postoje, případně jako jeho afektivní komponentu vyznačující se hostilitou (Aronson, Wilson, Akert, 2005). Někde však bývá předsudek spojován pouze s negativní konotací (Wright, Taylor, 2003). S předsudky je spojována škála hostilních projevů (podle Allporta, 2004) tvoří pět stupňů: 1. osočování, 2. vyhýbání se, 3. diskriminace, 4. fyzické napadání, 5. vyhlazování.

Srovnajme s etnografickým výzkumem D.L. Rosenhana, jenž zaznamenal 4 stupně této škály, (samozřejmě až na vyhlazování) během sledování projevů zdravotnického personálu vůči lidem s diagnózou dlouhodobé duševní nemoci. Jeho zpráva je sice z roku 1973, stále jsou však zaznamenávány případy, kdy personál zneužije svou moc.³⁵

Stereotypizace souvisí s procesem stigmatizace. Stigma se dá volně přeložit jako označení, znamení. V nynější době se výraz “stigma” používá pro vydělení, oddělení, “jiných” lidí od “nás”. E. Goffman (2003) v knize Stigma ukazuje, že osoba se stigmatem je nejčastěji definována jako “horší než člověk”. Stigmatizace se může manifestovat jak pocitem méněcennosti nositele, tak znehodnocujícím přístupem okolí. Symbolický interakcionismus zdůrazňuje pacientovo porozumění stigmatu a podtrhuje vnímání neférové sociální reakce pacientem. Předpokladem je, že zdravá osoba je uvnitř „nemoci“ a dokáže reflektovat důsledky onemocnění i reakce ostatních a vyjednávat svoji identitu.

Přehledová studie Thornicrofta et al. (2010) vyjmenovává základní funkce stigmatu: využívání a dominance (ponižování), vyhýbání se (izolace) a vynucování norem (zavírání lidí). Stigma brání lidem účastnit každodenního života jako jiným a znehodnocuje je v morálních a sociálních dimenzích. Tyto reakce jsou manifestovány v osobních vztazích odmítáním, vyloučením nebo potrestáním (Horowitz, 1982:180). Internalizované stigma snižuje naději a sebedůvěru a má negativní vliv na proces zotavení (Lysaker et al., 2008).

Člověk, který se nachází v neobvyklém vztahu ke světu, bývá často stigmatizován, jsou mu přisuzovány jisté vlastnosti a způsoby chování. V očích ostatních lidí je degradován, je nahlížen jako nekompetentní, jako “degenerovaný”.

Duševní porucha patří mezi stigmata působící hlavně v situacích úzkého interpersonálního kontaktu, jako jsou rodina a pracoviště (Praško, 2001). Zde by se mohl jevit výhodou biomedicínský model, neboť se předpokládá, že u příbuzných přijetí biologického modelu schizofrenie snižuje stigmatizaci (Littlewood et al, 2007). Příbuzní také tomuto modelu dávají přednost, zatímco lidé s diagnózou sdružující se v organizacích se více zabývají sociálními

³⁵ Zpráva ombudsmana z r.2008 vyjmenovává některé příklady nejasně zaznamenávání využívání restriktivních opatření, dávání cigaret za odměnu atp.

reakcemi od společnosti. Jak tomu můžeme rozumět? Pro příbuzné biomedicínský model nabízí určitou jistotu vysvětlení příčin a také oporu v biologicky orientované léčbě a může snižovat pocit viny a pocit osobní zodpovědnosti za vznik onemocnění. Maminku mladého člověka s diagnózou schizofrenie, nálepka „schizofrenogenní matky“³⁶ nepotěší. Podobně R. Laingovi vyčítaly rodičovská hnutí, že je dlouhodobě obviňoval ze zapříčinění duševních nemocí u jejich dětí (Sedgwick, 1978). Propagování biologického modelu znamenalo osvobození z kategorie viníků. Během sedmdesátých let se ovšem rozvíjí koncept tzv. emotion-expressed (nadmíru vyjádřených emocí), který se zabýval sledováním souvislostí mezi nadmíru vyjadřovanými emocemi v rodinách (hyperkriticismus a hyperprotektivita) a zvýšením stresu u členů rodin s diagnózou duševní nemoci. Tyto dva protipóly, které negativně ovlivňují stavy člověka, se vyvíjejí až poté, co člověk s duševní nemocí v rodině žije delší dobu a jejich projevy lze zaznamenat i u profesionálů, kteří s lidmi s diagnózou dlouhodobě pracují. Otázkou ovšem je, jestli nelze i za tímto posunem (z příčiny se stává důsledek) spatřovat snahu příbuzné oprostit od pocitů viny za vznik duševní nemoci. Přetrvávající komunikační vzorce rodiny pak mohou být zesíleny nebo zakonzervovány po proběhnuté atace. Pocity prožívané profesionály pak mohou být vysvětleny jako protipřenos. Psychiatři ovšem příbuzné také diagnosticky „ohledávají“ a nazývají je „schizotypními“, „schizoidními“. Zatímco psychiatr může takto diagnostikované příbuzné vnímat jako důkaz o genetické dědičnosti schizofrenie, psychoterapeut bude spíše usuzovat na problematickou komunikaci v rodině.

Během pěti let, co vedu podpůrnou skupinu pro blízké osoby lidí s diagnózou duševní nemoci, jsem zaznamenal časté zmínky příbuzných o potížích hovořit o svých zážitcích se svým okolím z obavy před sociální reakcí ostatních. Biomedicínský koncept jim pomáhal při zvládání vlastního života a života jejich blízkých, protože obsahuje jasné postupy a je institucionálně zakotven do sociální reality prostřednictvím psychiatrických zařízení a lékařů. Zároveň bylo znát, jak je nedostačující pro naplnění potřeby být vyslyšen a naslouchat druhým. Každý blízký si vytvářel vlastní teorie na základě „objektivních“ faktů a propojoval různé prvky do vlastního rámce.

Při vnímání stigmatizace může hrát roli také společenské postavení. V padesátých letech v USA se cítili příbuzní lidí s diagnózou duševní nemoci ze střední třídy více stigmatizovaní, než příbuzní dělnické třídy (Littlewood et al, 2007).

Stigmatizace může způsobit různé změny jak v prožívání, tak v chování stigmatizovaného člověka. „Během smíšených kontaktů se navíc stigmatizovaný jedinec dostane do situací, kdy bude mít pocit, že je „pod lupou“, bude si muset dávat pozor na každé své slovo a být

³⁶ Termín psychoterapeutky Fromm-Reichmannové vzniklý na základě intenzivní terapie s lidmi s diagnózou duševní nemoci.

vypočítavý co do dojmu, jaký lidech zanechá a to v míře a oblastech chování, kde se to obvykle podle jeho předpokladů druhým nestává“ (Goffman, 2003).

Zacházení se stigmatizací se odlišuje také transkulturně. Littlewood et al. (2007) zmiňuje zjištění Skultans (1991), že v Indii jsou duševně nemocné ženy schovávány, kdežto mužům je dovoleno využívat větší podporu mimo rodinu. Jejich ženské příbuzné přebírají osobní zodpovědnost za projevy nemoci v chování mužů, protože se domnívají, že přispěly k jejich nemoci.

Často také dochází k tzv. **self-stigmatizaci**, kdy se člověk diagnostikovaný cítí jako méněcenný, má pocit, že se nehodí do okolního světa, snižuje se u něj pocit naděje a sebevědomí, vyhýbá se ostatním a méně využívá zdrojů pomoci (Thornicroft, Sartorius et al, 2010).

Self-stigmatizace

1. Člověk mění obraz o sobě samém a své chování pod vlivem “nálepky”, nebo aby se jí zbavil,
 2. Ve své historii hledá podporující důkazy pro své nové “stigma”, důkazy pro svou novou identitu (ukotvuje se).
 3. člověk je redukován na svůj “soubor symptomů”, okolí mu přisuzuje atributy nové role
- (Jarolimek, 2002: 4-5)

Stigmatizace se projevuje jak v situaci hospitalizovaného, tak i po hospitalizaci propuštěného člověka. Břemeno stanovené diagnózy, nejistota panující kolem prognózy „duševní nemoci“, stejně jako prožité události mění způsob prožívání lidí s diagnózou duševní nemoci, zasahují i jejich blízké a proměňují také kontext, ve kterém dochází k vnímání a posuzování dalšího chování a událostí, se kterými se střetává. Situace, které by předtím nestály za pozornost, získávají na významnosti a mění se reakce ostatních, které je nyní motivováno sociální reprezentací „schizofrenika“.

Koncept stigmatizace souvisí také s prognózou duševní nemoci, s předpokladem, že lidé s duševní nemocí zápasí nejen s následky psychotické ataky, ale také s potížemi v běžném životě týkající sociálních kontaktů (Thornicroft, Sartorius, et al, 2010). V praxi lze jen velmi těžko rozeznat, zda člověku s diagnózou brání v navázání kontaktu neschopnost plynoucí z nedostatečných sociálních a emočních dovedností, neschopnost vzniklá na základě prožívané stigmatizace nebo neschopnost na základě medikace a prožívaných vedlejších účinků.

Předsudky a stereotypy nemohou být zkoumány izolovaně, ale jsou rozvíjeny, učeny a reprodukovány ve specifickém sociohistorickém kontextu a mezi specifickými dominantními skupinami. Jinými slovy, tyto sociální kognice a procesy musí být vždy spojeny s aktuálními vztahy ve skupině a mezi skupinami (van Dijk, 1990).

4. Jazyk a dialog

„Jazyk má své kořeny v každodenním životě a jeho prvotní funkce je na každodenní život odkazovat. (...)

K jazyku přistupuji jako k vnější skutečnosti a jazyk se vůči mě projevuje jako donucovací prostředek. Jazyk mě totiž nutí přijmout jeho vzorce.“

Berger, Luckmann, (1999)

“...jazyk diagnostiky se stává mnohdy překážkou mezi lékařem a pacientem. Dochází k tomu tehdy, když se pacient s námahou snaží vypovědět srozumitelně svůj příběh a lékař “zápasí” s jeho diagnostickým zařazením podle jediného (biomedicínského) kódu chápání.”

Skorunka, (2003)

4. 1. Jazyk a jazykové konstruování světa

Realita je sociální (inter)akce. Objektivní realita je vnímána prostřednictvím našich smyslů a zkušenosti, pochopení je omezeno nejen antroponcentricky, ale také kulturně a jazykově (Nebeská, 2005: 27). Sociální konstrukcionismus postuluje jazyk jako před-podmínku myšlení. Obraz reality se vytváří v jazyce, vyprávěním příběhů, prostřednictvím kterých se udržují společenské poměry. Jazyk je systémem vztahů mezi výrazy, systém, který je vytvořený a určený společenskou konvencí (Bačová, 2000). Zkoumáním jazyka (gramatika, slovní zásoba, frazeologie, vnitřní významová provázanost jeho jednotek, způsoby jejich spojování) a jazykových prostředků však také odhalujeme kognitivní struktury, které nám pomáhají orientovat se ve světě (Vaňková, 2005:12).

Práce kritických lingvistů ukazuje, jak syntaktická struktura vět, například novinových titulků, reflektuje ideologicky založenou atribuci agendy (viz také Höijer, Rassmusen, 2005). Užívání aktivních sloves signalizují různé atribuce závislé na tom, jestli popisují úspěchy, akce, názory či emoce. Například popisy akce odkazující na vztek aktéra typicky zvýrazňují situační atribuce, přičemž popisy úspěchu mají tendenci se zaměřovat na atribuci osob.

Celé spektrum stylistických fenoménů jako je výslovnost, výběr slovníku a gramatického stylu přináší indikátory o mluvčím/aktérovi nebo spíše o skupině, ke které přináší (van Dijk, 1990:176). Pojmová struktura mluvčích každého jazyka je specifická. Výzkum zaměřený na jazykový obraz světa směřuje od konkrétních pojmenování v konkrétním jazyce k rekonstrukci fragmentů pojmové struktury mluvčího daného jazyka – k rekonstrukci obrazu světa, na kterém se jazyk do větší nebo menší míry podílí. Toto pojetí lingvistiky akceptuje mimojazykové kontexty a klade důraz na interpretaci pojmu, jak je fixován v jazyce, v jeho každodenním užívání. Kognitivní definice jsou obsáhlé, nejsou založeny na taxonomickém vymezení, ale zahrnují nejen rysy nezbytné pro identifikaci předmětu, ale všechny, které jsou uloženy ve vzájemných vztazích, zejména konotace (Nebeská, 2005: 31). Při zkoumání je nutné zaměřit se nejen na to, co je v jazyce (a jeho užívání) racionálně uchopitelné, ale také na to, co je v něm nelogické, tušené, založené na představách a představivosti mluvčích i posluchačů, zaměřit se na obrazná vyjádření, skryté a zašifrované významy, konotace (Nebeská, 1999: 79).

Sémiologie zahrnuje pravidla, které způsobují, že znaky (slova) mají pro nás význam. Jedno pravidlo je, že je to pořadí – sled znaků, které zavazují. Druhé pravidlo mluví o kombinaci znaků, které vytváří další význam. Důležitým principem je arbitrárnost znaku- je umělý, protože znak neodkazuje k ničemu určitému, objektivně danému. Sociálně -konstruktivní pojetí světa lze dát do opozice vůči pozitivizmu, který se snaží striktně odlišit, co je fakt a co interpretace faktu, aby teoretická interpretace nijak nezasahovala do samotného pozorování. Pokud je pozorovatel myslící lidský tvor a jeho vnímání spojené s myšlením, tak to není možné (Plichtová, 2002: 274). Sociální procesy konstruování probíhají v sociálních, morálních, politických a ekonomických institucích, které jsou vybudovány na dosavadním, převládajícím poznání. Tyto instituce udržují, preferují „určité“ poznání, které vytváří realitu (Berger, Luckmann, 1999). „Lékař a pacient nemluví ve vzduchoprázdnu, komunikace je ovlivněna profesionálními, institucionálními, politickými a sociokulturními kontexty.“ (Sharf, 1993).

Tři metafunkce jazyka:

1. Interpersonální - vyjadřuje hlavní vztahovou charakteristiku komunikace a její směr, což zahrnuje charakteristiky účastníků, jejich statusy a role, druhy vztahů mezi nimi a podíl jazyka na nich.
2. Ideální – vyjadřuje pole, to, co se děje, jaká sociální aktivita probíhá.
3. Textová - vyjadřuje způsob, kam patří specifická úloha samotného jazyka v situaci, co od jazyka účastníci očekávají, jaká je symbolická úloha textu, jeho status a funkce v sociální kontextu.

Tyto tři dimenze dávají dohromady registr jako soubor dimenzí situace.

Janoušek (2005)

Jazyk je jistým druhem činnosti – tím jak používám jazyk, hovořím a píší, tak koordinuji sebe s druhými. Jiná osoba chápe moje slova jako indikátor budoucích akcí (Bačová, 2000).

Lingvistická teorie zkoumá především jazykové prostředky na základě teorie řečových aktů (Austin, 2000). Podle teorie řečových aktů všechny jazykové projevy stanovují stav věcí, potvrzují stav věcí a vytvářejí stav věcí. Řečový projev má význam a sílu a efekt, které je nutné zkoumat v kontextu dané situace. Vztahují se také k sociálním normám a konvencím.

Slova mají moc vytvářet skutečnost. Slovy ji děláme. Jestliže řekneme o někom, že „je mimo“, sdělujeme, že tento člověk nesdílí jakýsi „náš společný svět“, nepatří k nám.

Pokud se zabýváme jazykem a výpovědí jazyka o tom, jak je skutečnost konceptualizovaná v myslích uživatelů jazyka, tak si musíme všimnout i slovního spojení „duševní nemoc“, které reprodukuje dualitu aktivity a funkci těla a mysli. Pojem „duševní“ odkazuje na představu, že tělo je oživeno nějakou neviditelnou aktivitou, zapadá spíše do teologického paradigmatu.

K vyjmutí pojmu z teologického rámce a učinění „duše“ více vědeckou pomáhá psychologie, která z duše „původně nehmotné substance“ udělala synonymum pro „neopakovatelné jedinečné vědomí člověka přesahující osobní zkušenost“ (Hartl, Hartlová, 2000).

V psychologii je „duševní“ reprezentován jako „psychický“ definován souborem kognitivních funkcí sloužících k odrážení „svými stavy okolní skutečnost“ (Hartl, Hartlová, 2000). Pojem „nemoc“ odkazuje na tělo, které bylo předmětem zkoumání lékařství, a předpokládající stejná kritéria jako pro nemoc tělesnou, což někteří autoři zpochybňují (Klerman, 1978, Kalvach, 2000, Horwitz, 2002, Libiger, 2010). Ovšem už psychologický výklad o naší vnitřní činnosti ve snaze vytvořit „vědecký obraz“ člověka redukuje duši na funkce. Položme si otázku, komu tyto funkce slouží? Jestliže odpovíme člověku, tak se však opět dostáváme k „tělu“ a „duši“ a zároveň se zapojuje do obrazu proces evoluce a adaptace na prostředí a dostáváme se tak k přírodním vědám a k obrazu člověka jako především „biologického“ organismu.

Hovořím-li s lidmi ze zdravotnického personálu (a chci se s nimi na něčem domluvit) tak využívám svoje poznatky o nich jako skupině a více zdůrazňuji svoji znalost symptomů, medikace a příznivěji reaguji na slova jako „diagnóza“ atp., Odkazuji se na společné odborné vědění, které sdílíme společně, na společný jazykový svět.

Plichtová (2002: 54) na základě asociačního experimentu se studenty různých oborů tvrdí, že asociace na různá slova se vytváří na základě osvojování určitého odborného slovníku.

Osvojený slovník a s ním související poznání do jisté míry určuje, jak budou studenti interpretovat význam slov, se kterými se v budoucnu setkají. Její výzkum poukazuje na určitou sociální blízkost studentů, kteří procházejí procesem výuky. Dalším předpokladem je, že pokud je skupina vnitřně homogenní, tím jsou její asociace podobnější. Znamená to, že si skupina spoluvytváří určitý sémiotický model reality, ve kterém její členové označují určité jevy a fenomény společně sdílenými pojmy, které vyvolávají určité obrazy sdílené skupinou a vytvářejí možnosti, jak tyto fenomény budou kategorizovat, jaký k nim budou zaujímat postoj a jak s nimi budou dále zacházet. Nemůžeme říci, že je *determinují*, neboť sdílených obrazů může být mnoho a také s nimi může člověk různě operovat. Řekněme, že však ohraničují, nabízí určitou konečnou sumu alternativ. Můžeme také říci, že se člověku vnucují, fungují jako jakési předobrazy, vůči kterým se člověk může vyhraňovat. Van Dijk (1990) využívá pro pochopení, jak se sociální reprezentace zpřítomňují v diskurzu osobní a kontextový model, které spoluurčují, jak je rozprava tematizována. Srovnajme to s výzkumem (Šupa, 2004), kdy studenti různých oborových přístupů (lékařství, psychologie, zdravotní sestra na psychologii) hovořili o člověku duševně nemocném a každý obor zdůrazňoval určité stránky tohoto „člověka“ které se naučily, že jsou podstatné z hlediska jejich profesního přístupu. Stačilo položit otázku „jaký je podle vás duševně nemocný“ a rázem se vynořily osobní i odborné teorie, o tom, co ten člověk dělá, nedělá, jaký je, včetně hodnocení intelektu, sociálních schopností. Představy vycházející z kulturního zázemí se tak překrývají s naučenými odbornými představami stejně jako s individuálně, na základě zkušeností, vytvořenými obrazy.

Zkoumáním jazykového obrazu světa jednotlivých odborných směrů se dostáváme k rozdílným představám o fungování člověka, jeho vztahu k druhým lidem a ke světu.

4.2. Metaforický konceptuální systém psychiatrického diskurzu

„Když jazyk tak moc ovlivňuje, to, co jako skutečnost vidím, slova jsou účinným způsobem zmocnění se svojí vlastní skutečnosti. Musíme neustále porovnávat svoje stará slova s novými zkušenostmi a hledisky a zkoumat jestli ob stojí. Musíme neustále porovnávat nová slova jiných se svými vlastními zkušenostmi a přebrat ty, které odpovídají naší vlastní skutečnosti. Slova, která se do naší skutečnosti nehodí, musíme zavrhnout. K popsání naší skutečnosti musíme vytvořit nová slova. Musíme změnit části skutečnosti, které nekorespondují s naším novým chápáním toho, co je správné a co nesprávné.“

Skutnabb-Kangas (2000, s.27-30 In Bačová, 2000).

Další část, toho, co děláme s lidmi v jazyce, jak je zpředměťujeme, jak s nimi v jazyce zacházíme, nám pomůže pochopit metaforický konceptuální systém vycházející z teorie kognitivní lingvistiky.

Především Lakoff, Johnson (2002) poukazují na všudypřítomnost metafor v lidské řeči, včetně jazyka oborového. Hovoříme o metaforičnosti konceptuálního systému (Nebeská, 2005:97). Metafory vznikají na základě činností praktické povahy, ze způsobů, jak lidé nakládali s věcmi, případně děje, které vnímali v přírodě a které využili při pojmenování sociálních a psychologických procesů (Lakoff, Johnson 2002, Lakoff, 2006).

Metafora je nejen prostředkem – jak se vyjádřit, ale také jejím zkoumáním můžeme dojít k poznatkům, jak je náš konceptuální systém reality strukturován v jazyce např. rodina (Šupová, Šupa, 2008), politika (Chrz, 1999, Lakoff, Johnson, 2002). Vědecké termíny mají také svůj základ v metafoře. Exaktní vědy hovoří o *síle, práci, odporu*. V matematice hledáme kořen rovnice, hovoříme také o „vysoké“ matematice. Také lingvistika je metafor plná – mluvíme o větné *stavbě*, bohaté slovní *zásobě*. V psychologii využívám pojmy jako *energie*, *napětí*, nebo mluvíme o *hloubce* rozhovoru, přirovnáváme svět k *textu*.

Studie Duckworth el al. (2003) se zaměřila na zkoumání užívání pojmu „schizofrenie“ jako metafor v médiích. „Schizofrenie“ byla využívána jako metafora pro chování trhu (schizofrenní jednání), charakteristiku města (schizofrenní město), změny počasí (schizofrenní počasí) ve smyslu nenadálého, odděleného reprodukcující představu schizofrenie jako rozdělené osobnosti, s velkými výkyvy chování, kdy jedna strana neví, co dělá druhá.

V rámci destigmatizace duševní nemoci se v informačních brožurách pro pacienty a jejich příbuzné přirovnává duševní nemoc k jiným onemocněním např. cukrovce. Můžeme tomu rozumět jako nabídnutí konceptuálního metaforického systému, který svým jazykem nabízí srozumitelný výklad a management nemoci. Tento systém opět reprodukuje biologické aspekty nemoci a redukuje podporu na *píchnutí* léků.

Estroff (2006) dokládá, že redukce neobvyklých zážitků na „chemické procesy“ může u některých lidí negativně přispívat k prožívání subjektivity self. Duševní nemoc se však neredukuje, ale v jazyce dochází také k její extenzi. Často se totiž o lidech s diagnózou hovoří jako to těch, kteří jsou „mimo“. Nemoci se rozumí jako *jiné realitě*, ve které se člověk ocitá a musí z ní být přiveden zpátky. Estroff (1989:193) si klade otázku, jestli je lepší prognóza schizofrenie spojená s používáním jazykového spojení, zda člověk *má* nemoc, nebo *je* svou nemocí. Je člověk *schizofrenik* nebo má schizofrenii?

Metafory se také běžně užívají v rámci vědeckých textů, včetně medicínských (Brown, 2003, Mungra, 2007), přičemž analýza odhaluje různé konceptuální struktury při referování o jednotlivých onemocněních (Mungra, 2007). Metafora umožňuje pochopit i takové poznatky, které nejsou pojmově uchopitelné. Bez metaforických výrazů se neobejdeme, musíme však vědět, jak je používáme a také si být vědomi omezení, které každé metaforické sdělení přináší. Lakoff, Johnson (1980/2002: 180) upozorňují na kategorizaci, prostřednictvím které zvýrazňujeme určité vlastnosti a jiné potlačujeme. Navíc metafory často užíváme i pro procesy, tím také sdělujeme – jak některé věci fungují. Děje se tak s ohledem na rozhovor, podle kontextu, záměru naší akce atd.

Když se zaměříme na větu „toto je náš nový pacient“/ „toto je náš nový klient“, tím zdůrazňujeme jistou roli člověka a zároveň si jej přivlastňujeme. Téma přivlastnění se opakovaně objevuje v práci jak zdravotnického personálu, tak psychologů a sociálních pracovníků. Použití věty „toto je náš nový pacient“ při představování nově hospitalizovaného skupině pacientů funguje na několika úrovních:

- 1) kategorizuje člověka jako člověka s určitou diagnózou
- 2) zakládá vlastnický vztah
- 3) realizuje stanovené role
- 4) zařazuje člověka do širší skupiny a tím mu může pomoci ukotvit se v určité realitě a snížit úzkost plynoucí z nové situace

V rozhovorech o lidech s duševní nemocí, jejichž pobyt je součástí ekonomických vztahů mezi dvěma subjekty, dochází k zpředměťování. Metaforický konceptuální systém je

strukturován představou „zboží“. Jodelet (1991) zaznamenala v rozhovorech obyvatel městečka o „podnájemnicích“, kteří ubytovávali lidi s diagnózou, formu hovoru podobnou mezi dodavateli a příjemci zboží. Dodavatelé byli zdravotní sestry, které distribuovali pacienty z psychiatrických zařízení mezi ubytovávající, kteří používali takové slova „mám ve skladu špatné zboží“. „Podnájemníci“ během transakcí mezi zdravotními sestrami a obyvateli městečka byli definováni v souborech určitých hodnot, mezi něž patřili vlastnosti spojené s dobrým chováním (kvůli potenciálnímu nebezpečí) pracovními funkcemi (kvůli potenciálnímu zisku dobrého pracovníka). Ubytovávající pak rozvíjeli vlastní „standard“ chování dobrého „podnájemníka“. Součástí hodnocení byla i reakce na zadání úkolu svléknutí v přítomnosti zdravotní sestry, kritériem bylo podřízení.

V psychiatrických zařízeních placených pojišťovnami dle svojí „obložnosti“ vzniká podobný jev.³⁷ Pacienti jsou *komoditou*, kterou je třeba zajišťovat a diagnózy jsou důležité z hlediska vzniku či zániku oddělení.

Při telefonátu s psychologkou z léčebny o klientovi mi psychologka sdělila, že pokud bude klient hospitalizován v blízké době, tak je možné mu zajistit místo na lepším oddělení, které díky přijetí mužského klienta může i nadále zůstat koedukované. Pokud však klient nebude přijat, tak se koedukované místo zruší. Během rozhovoru ve mně vznikl pocit zodpovědnosti za to, zda místo bude či nebude udrženo a být málo, tak předaná informace, začala hrát roli při zvažování, zda klienta hospitalizovat nebo ne. Jakému tlaku pak čelí lékaři při příjmu, na kterých záleží, kolik pacientů má psychiatrické zařízení k dispozici?

Při používání metaforického konceptuálního systému *pacient je zboží*, dochází k redukci člověka na jeho roli a funkci, kterou má pro psychiatrické zařízení. Musí jich mít dostatek, aby dokazovalo jejich funkčnost, potřebnost. Znamená to ovšem také to, že je třeba pacienty vytvářet, udržovat si je.

Podobně se pro zpředmětnění pacientů v nemocnicích využívají pojmy a symboly z medicínského prostředí. Při užití věty „dones to tam tý zyprexe“, „je to ta depka z dvanáctky“ se člověk zpředmětnuje buď na léky, které užívá nebo na diagnózu, kterou získává.

Zpředmětnování lidí je součástí diskurzivní praxe klinických odborníků s odkazem na společně sdílené vědění (Robertson et al., 2010), přispívá však ke zvyšování odstupů mezi

³⁷ V současnosti se, díky tlaku ministerstva práce a sociálních věcí, objevuje podobný jev v organizacích poskytujících sociální služby. Klienti se proměňují na „kontakty“ a „intervence“, které je třeba vykazovat, aby si organizace zajistila peníze na svůj provoz.

odborníkem a pacientem, přispívá ke stereotypizaci, stigmatizaci a jestliže je pacientem vyslechnuto, zanechává negativní stopy na jeho pocitu identity.

Zpředměťování lidí na jedné straně a vytváření blízkosti během kontaktu pravděpodobně souvisí s oscilací profesionálů mezi psychosociální blízkostí a vzdáleností. Pro popsání můžeme použít titulek Jodeletové (1991) „*od kontaktu k impregnaci*“.

4.3. Dialog

Nemohlo by být dialogu, kdyby účastníci nestáli proti sobě v rámci vzájemně prožívaného neznáma.

Marková (2007:142)

Podle kognitivní psychologie je myšlení produktem individuální mysli, myšlení však lze také chápat jako interaktivní fenomén. V rámci sociálních reprezentací je myšlení činností, která se odehrává v konkrétní interakci myslí, v konkrétním společenském kontextu. Prostřednictvím dialogu se utváří a reprodukuje poznání. Jazyk není pouze komunikační prostředek, ale také nositel poznání a kulturních významů, v kterém se myšlení konstituuje, uchovává a šíří. Jedinec se „učí“ lokalizovat svoji zkušenost do rámce společenských pravidel a vysvětlení. Toto učení je implicitní a odehrává se v interakcích, ve kterých aktér očekává jisté jednání svého spoluhráče (Plichtová, 2002: 152).

Stanovování diagnózy, vytváření anamnézy, předepisování léků, interview na téma „kdo je duševně nemocný“, atestace psychiatra, rozhodování o další léčbě pacienta, rozhovor zdravotních sester o agresivním pacientovi, psychoterapie „duševně nemocného“ klienta - to vše jsou dialogy vedoucí k reprodukci určitého vědění, které zároveň definují role sociálních aktérů a vedou k dalším akcím.

V komunikaci není možné být neutrální. Marková (2007: 139) dokládá, že přestože se lékaři snažili sdělovat „neutrální informace“, aby se pacienti rozhodovali sami, tak vždy docházelo k hledání významu na základě gest, tónu hlasu atp. I když lékaři tvrdili, že podávali informace „neutrálně“, tak 60% dotazovaných rodin tvrdilo, že dostalo radu. Jedním z reflektovaných témat je také moc v komunikaci mezi pacientem a lékařem. Thornborrow (2002) analýzou komunikace demonstrovala manifestaci moci i v malých sekvencích řeči,

v tak jednoduchých, jako je třeba zahájení interakce. Moc je určována asymetrií ve vztahu, a vytvářena předváděním určitého poznání prostřednictvím řeči.

Jako protipól vůči předváděné moci během komunikace můžeme uvést „byťostný rozhovor“ popisuje vedený opravdovým zájmem nejen o věc, ale i o toho druhého (Křivohlavý, 1977: 192), „ne-diagnostické“ naslouchání (Siebert, 2000) a „otevřený dialog“, který je základem specifického profesionálního přístupu k lidem během psychotické ataky (Seikkula, Olson, 2003).

Výsledky výzkumu zaměřeného na proměny představ v důsledku různých předpokladů o druhém člověku vedou k různým typům dialogů (Marková, 2007: 207-212. V příkladu je uvedena komunikace mezi člověkem s mozkovou obrnou nesoucí sebou řečovou a komunikační poruchu a člověka bez takovýchto potíží. Cílem této komunikace bylo nakreslit obrázek, který popisoval člověk s mozkovou obrnou, druhému účastníkovi komunikace. Výzkum vedl ke zjištění, že pokud člověk kreslí obrázek předpokládal, že mozková obrna sebou nese i mentální postižení, tak se méně soustředil na popisování člověka s mozkovou obrnou a obrázek obsahoval málo rysů společných s předlohou a vycházel spíše z obecných nebo idiosynkratických představ člověka kreslího obrázek. Pokud nepředpokládal mentální postižení a více zvažoval, co mu člověk s mozkovou obrnou říká, tak se obrázek více shodoval s předlohou. Marková (2007:211) dokazuje, že rekonstrukce obrázku byla regulována předpoklady o druhém člověku, na něž navazoval tomu odpovídající druh komunikace. Tyto způsoby byly ovlivněny jak sociálními reprezentacemi o člověku s postižením, tak i dočasnými motivy, cíli a situačními kontexty. Podle Markové záleželo na kvalitě *dialogičnosti*, kterou projevíli jeden vůči druhému -jestli se k sobě navzájem chovali jako dialogičtí partneři nebo jestli se monologicky drželi svých cílů a své vlastní perspektivy.

Marková (2007) na výzkumu také ukazuje, jak probíhá synchronizace významů – přes zaujímání perspektivy druhého a přes vnucování svých vlastních významů druhému.

Gillet (1999) hovoří o diskurzívních situacích, kdy se o sobě dozvídáme, co to znamená „být jako osoba“. V určitých situacích a rolích zažíváme nějaké pocity, které nám dají zakusit, co to znamená být „v nich“ člověkem s určitou hodnotou. Můžeme druhé lidi brát pouze jako nějaké objekty, jako stvoření, bez očekávání nějaké reciprocit ve vztahu, tehdy hovoříme o objektivních postojích. Na druhého člověka se díváme pouze jako na zdroj nějakého fenoménu. Nemáme potřebu měnit naše postoje k němu, zamezujeme jeho vlivu na nás, zaměřujeme se směrem ke kontrole, nikoliv k intersubjektivitě. Reaktivní postoj znamená, že

druhá osoba nám slouží nejen jako objekt, ale také jako zdroj validizace našeho vlastního postoje k sobě samému.

První postoj vede k neempatickému popisu a kontrole a druhý k empatii³⁸, k respektu, intersubjektivnímu pochopení a uznání a porozumění.

Pokud vnímáme svět druhého jako nespojitý, nepochopitelný, nekauzální, máme tendenci zaujímat objektivní postoj – čistě k intelektuálnímu pochopení, řízení a kontrole.

Na příkladu to ukazuje Paleček (2010), který srovnává konceptualizování nemoci v rozhovoru profesionálního týmu na neklidovém oddělení po objevení se agrese u pacienta a v rozhovoru sociální pracovnice s klientem, u kterého se zvýraznilo „vnímání oblud“ a slyšení hlasů. Členové týmu během rozhovoru zvažují pacientovu historii, která obsahuje prvky vedoucí k porozumění k aktuálním agresivním projevům, což by mohlo vést k porozumění pacientova chování jako víceméně „normálního“, přesto ji však definují v termínech nemoci, která je „ne-normální“ a směřuje ke zklidnění pacienta. Sociální pracovnice využívá podobnou „optiku“ jako tým (symptomy, anamnéza atp.), ale zároveň „propojuje“ nemoc se životem klienta, takže lze vnímat „normálního“ a „ne-normálního“ klienta naráz. V obou případech není zpochybněno, že by nemoc neexistovala, oba příklady však vytváří specifický obraz nemoci a člověka. V prvním případě lze vnímat spíše „nemoc pronikajícího do člověka“, zatímco v druhém případě lze vnímat člověka s nemocí v kontextu jeho vztahů a souvislostí s normalitou.

Dobře vedený dialog vede k otevření dialogického prostoru, což je metaforicky myšlený prostor mezi účastníky konverzace a uvnitř nich (Anderson, 2009: 98). Jako protiklad k tomu můžeme uvažovat monologický prostor, kde je soustava myšlenek statická a brání vstupu myšlenek nových. Převažující monolog (jednostranné vnímání a komunikace) klinických odborníků v psychiatrických zařízeních (Gillet, 1999, Anderson, 2009, Seikkula, Aaltonen et al., 1995) brání za (1) pochopení „schizofrenie“ jako smyslu-plné součásti příběhu hospitalizovaného člověka, b) pochopení hospitalizovaného člověka jako člověka schopného smysluplnosti a sebeurčení. Vytvořením expertního poznání o znacích stavu zachycené skrze

³⁸ Marková (2007: 142) zmiňuje Bachtinovo rozlišení mezi čistou empatií a aktivní empatií. Podle Bachtina čistá empatie naprostým přijetím perspektivy druhého vede k jeho „vymazání“ ze světa. Aktivní empatie se vyznačuje formou „zápasu“ s druhým, ze kterého vzniká něco nového, produktivního.

optiku diagnostických kritérií a naplánování léčby vedoucí k odstranění těchto se uzavírá prostor pro pochopení jednotlivých příběhů jednotlivých lidí.

Pomocí dialogu lze také směřovat ke změně, prostřednictvím sdíleného zkoumání docházíme ke zformování nových významů Konverzační partnerství předpokládá snahu dozvědět se, ochotu dát do popředí člověka a jeho příběh, nikoliv teoretické popisy a směřuje k rozvíjení nových významů předchozích událostí. V popředí rozhovoru je „kdo“ člověk je.

Co můžeme považovat za dialog, za konverzaci?

1. Všichni účastníci vstupují do konverzace s určitým rámcem, který zahrnuje to, co přinášejí ze svých každodenních životů, například osobní identitu.
2. Každá konverzace se odehrává uvnitř určitého kontextu, například aktuálního (bezprostředního osobního) nebo všeobecného (kulturního, sociálního, historického)
3. Každá konverzace je zasazena do celého spektra dalších konverzací, minulých i budoucích, stává se jejich součástí, je jimi ovlivněna a sama je také ovlivňuje – žádná konverzace není jednotlivou událostí.
4. Každá konverzace má záměr, očekávání a úmysly, k nimž přispívají všichni účastníci.
5. Každá vnější, hlasitá konverzace mezi účastníky zahrnuje i vnitřní, tiché konverzace uvnitř účastníků.

(Anderson, 2009: 98)

Odpoutání se od monologu nepružného psychiatrického systému k využití dialogu pro práci s lidmi s diagnózou psychózy popisují Seikkula, Aaltonen et al. (1995). Na začátku stálo uvědomění, že „problémy jsou vytvořené jazykově označením některého aspektu chování jako problému, který pak začne konstruovat chování rodiny. Konverzace o problému „rozpuští“ (dis-solve) problémem determinovaný systém“ (Seikkula, Aaltonen et al. 1995: 69). Vytváření *nového* jazyka o problému během konverzace týmu profesionálů s rodinou má tři důležité funkce:

- 1) Vytvořit prostor pro sdílení zážitku rozšířením informací o životě rodiny a událostí, které předcházely hospitalizaci tak, aby se každý člen týmu zapojil do rozhovoru s rodinou.
- 2) Vytvořit vztah mezi rodinou a týmem a vztahy v týmu.

3) Obsáhnout těžké pocity, které problém mohl vzbudit v členech týmu, diskotováním různých možností objevujících se během konverzace může tým některé nebezpečné záležitosti udělat bezpečnější pro ně samotné a především pro rodinu.

„Psychotická“ konverzace podle autorů tohoto přístupu znamená, že pacient se necítí v bezpečí. Témata, která se během této konverzace objevují, jsou pro něj příliš nebezpečná, a proto se tým snaží učinit rozhovor bezpečnější (Seikkula, Aaltonen et al., 1995). Vytvoření bezpečí nebo zaručení bezpečí zahrnuje také nedobrovolnou hospitalizaci. Rozdíl mezi „byl hospitalizován, protože je nebezpečný pro sebe a pro svoje okolí“ a „byl hospitalizován pro zaručení bezpečí jak pro pacient a jeho/její rodinu během kritických dnů krize“ vede ke změně vnímání důvodů hospitalizace. Jedno tvrzení implikuje téma „nebezpečí“ a druhé tvrzení zdůrazňuje téma „bezpečí“. Vytvoření jiného významu nedobrovolné hospitalizace může vést k snížení pocitu stigmatizace. Je zřejmé, že se tak musí dít v duchu přísné osobní etiky, aby to nebyla pouze výměna slova za slova. Marková (2007:143) poznamenává, že slova mohou být činy jen tehdy, dají-li jim spoluautoři prostřednictvím závazku a zaujetím postoje moc jednat. Naopak ztráta závazku k vlastním slovům by mohla vyústit ve ztrátu vlastní identity a sebeúcty.

Cílem dialogu vedeného s rodinou je zlepšit porozumění o problému a jeho kontextu. Všechny diskuse a všechna rozhodnutí jsou dělána s týmem a s rodinou dohromady.

„Považujeme všechny účastníky v diskuse za schopné mít svoji pravdu ohledně diskutovaného tématu v konverzaci (...), neusilujeme o jedinou pravdu nebo řešení ale o generování dialogu mezi různými hlasy.“ (Seikkula, Aaltonen et al., 1995:69).

Možnosti metody založené na vedení dialogu s člověkem a jeho blízkými během neobvyklého stavu vedly ke změně dosavadní organizace práce. Začaly být více důležité krizové týmy, než nemocnice.

Dialog vedený mezi týmem a rodinou a mezi členy týmu vytváří prostor pro vedení vnitřního dialogu každého z účastníků, což umožňuje vnímat problematickou situaci v jiném světle.³⁹ Rodina se nestává objektem péče, ale partnerem v diskusi. Členové týmu nevytvářejí žádný plán dopředu, ale pracují na základě „tlaku“ rodiny (Seikkula, Olson, 2003).

³⁹ Když mluvíme k posluchači, tak jsme ve vnějším dialogu, když posloucháme, jak někdo mluví, tak jsme ve vnitřním dialogu se sebou samými, což je prerekvizita ke změně (Anderson, 2009).

Změna přístupu od kontrolujícího a vyžadujícího systému (Siebert, 2000) k otevřenému dialogu vedla ke snížení počtu hospitalizací a počtu chronických pacientů (Seikkula, Aaltonen et al. 1995:78, Alanen et al. 1985, Seikkula, 2008).

Jaké překážky brání vytvoření „nového“ jazyka přizpůsobeného „klientovi“ a kontextu, který sebou přináší? Jednou z překážek je jistota kategorizace a potřeba domluveného kódu.

Víceméně všichni profesionálové se shodují na tom, že „nějak“ tomu musíme říkat a „na některých pojmech se musíme dohodnout“, abychom o tom mezi sebou mluvit. Protože jazyk medicíny dominuje systému péče o duševních zdraví, tak jazyk psychoterapie a sociálních služeb využívá pojmosloví, diagnózy a v souvislosti s tím se reprodukuje činnosti založené na znalostech a doporučených postupech medicíny. S tím rozdílem, který výše popisuje Paleček (2010).

Nebylo by lepší, kdyby se někdy profesionálové neshodovali? A dokázali spolu vést dialog, který by dal vzniknout novým významům obvyklých věcí?

Zkušenosti z jiných systémů péče (např. Finsko) ukazují, že přístupy v psychiatrii mohou mít různorodou podobu, která je řízená určitým profesionálním přesvědčením a na základě *myšlenek*, které následně dominují všem konverzacím a vytvářejí tak nové kontexty, ve kterých se „duševní nemoc“ objevuje.

5. Perspektivy zdravotnických profesionálů

5.1. Perspektiva lékaře

“Standardní texty obsahují popisy chování lidí v behaviorálním poli psychiatra. Chování pacienta je v určité míře funkcí chování psychiatra v tomtéž behaviorálním poli. Standardní psychiatrický pacient je funkcí standardního psychiatra a standardní psychiatrické léčebny”.

Laing. R.D. (2000)

„Informace od nemocného mají pro lékaře spíše druhotný význam, současně, ale hovořit o nemoci je to, co nemocný potřebuje“.

Křížová, E. (2006)

5.1.1. Role lékaře

Lékařská role zahrnuje tak jako každá sociální role mnoho komponent, očekávání a požadavků. A i když se do ní promítá osobnost a spontánní absolventa medicíny, přece jen je to role výrazně kulturně determinovaná (Křížová, 2006: 46).

Klasické Parsonsovo pojetí zmiňuje tyto atributy – univerzalizmus, afektivní neutralita, funkční specializace, kolektivní orientace. *Univerzalizmus* reprezentuje požadavek, že lékař musí poskytnout své odborné znalosti a dovednosti každému. *Afektivní neutralita* vyjadřuje emoční neangažovanost lékaře na příběhu svého pacienta. *Funkční specializace* odkazuje na prohlubování znalostí a zkušenosti lékaře pouze v jedné oblasti zdraví a nemoci.

Kolektivní orientace lékařské role podtrhuje pohled na lékařství jako službu společnosti, kdy lékař nemá mít žádné výhody z toho, že jsou lidé nemocní.

Křížová (2006: 31-48) přidává tyto charakteristiky: uzavřenost, výlučnost, dominance a moc jako atributy stavovské kultury, tendence k akci jako základ klinické mentality, stavovské cítění, kolegialita a autonomie.

Jiní autoři vnímají roli lékaře jako archetypickou jednotu lékař- mág- rodič- kněz, který zachvacuje pacientovo nevědomí (Katz, 1984: 106 In Lupton, 1996, Komárek, 2005, Szasz, 1996). Všechny tyto role jsou spojeny s mocí, která čerpá svoji schopnost působit z celého tzv. medicínsko-průmyslového komplexu schopného vyrobit např. umělý hormon (Komárek, 2005:116).

Lékařská role výrazně zdůrazňuje aktivitu. Navíc lékař nesmí projevit nejistotu, nesmí učinit náznak, že není pánem situace, případně ztratit zájem o svého pacienta, jinak u něj ztrácí autoritu (Hořejší, 1998: 63).

Na lékařskou roli bývají kladeny dva kontradiktorní požadavky – na jedné straně má lékař projevovat účast s příběhem nemocného, na straně druhé se nemůže nechat emocionálně příliš zatáhnout do tragiky či optimismu jednotlivého případu. (Křížová, 2006: 50)

5.1.2 Postoj lékaře

Postoj lze definovat jako psychologický jev, který lze považovat za diskurzivní tj. kognitivně-jazykovo-symbolický (Bačová, 2000), případně jako „psychologickou tendenci vyjádřenou hodnocením určité entity s určitou mírou souhlasu či nesouhlasu“ (Hewstone, Stroebe, 2006: 283), přičemž jeho objektem může být víceméně cokoliv.

Postoj lékaře a psychiatra k duševním poruchám ovlivňuje sociální skupina, jejíž je součástí, stejně jako medicínské vzdělání (Janík, 1987: 176). Oproti normalizační reakci laiků mají odborníci větší pohotovost k nálepkovací reakci. Řídí se vštěpovanou zásadou, že přehlédnutí nemoci je mimořádně vážná chyba, zatímco její mylné diagnostikování je závada menší (Chromý, 1990 in Praško 2001). Na postoji lékaře se podílí také očekávání pacienta, vliv daného institucionálního prostředí, vliv kulturního obrazu lékaře a další (Maseide, 1991 In Lupton, 1996).

Člověk s duševní nemocí také určité chování vyvolává, když se ocitá v poli lékařské péče. Jestliže lékaři svěruje svůj život, tak má určitou představu, co by měli lékaři dělat (Maseide, 1992 in Lupton, 1996, Křížová, 2006: 39). Mohou se ovšem také objevovat postoje pacientů, které jsou vůči lékařům nepřátelsky naladěné. Pacienti očekávají manipulaci, mají pocit, že se jim nedostává té správné péče, že lékař něco zatajuje (Lupton, 1996). Psychiatr to může vnímat jako zpochybňování, znevážení, může znejistět a o to hůře se může „ladit“ na aktuálně prožívajícího člověka. Ještě náročnější to bývá v případech takových pacientů, kteří mají sklon k představám o pronásledování, případně spiknutích. Snadno se nepřátelský pocit vůči nepříjemnému zacházení personálu „přeznačuje“ jako součást probíhající ataky.

Lékař se snaží nepřehlédnout nemoc a často přehlíží člověka, který k němu přichází. Svůj podíl na tom má i výuka na lékařských fakultách, kde je člověk vzděláván v biologickém pojetím člověka, kde se učí rozeznávat především „nemoci“, nikoliv člověka a jeho situaci.

Pro chirurga je jistě výhodnější, vnímat části, než celek, což lze metaforicky aplikovat na psychiatra.

Při vzdělávání na oboru lékařství se budoucí lékaři učí profesionálnímu odstupu. Skorunka (2003) to vysvětluje jako „formu adaptačního mechanismu v situacích, kdy se ocitají tváří v tvář univerzálním fenoménům lidské existence jako je utrpení, úzkost, bolest a smrt. První známky ‚adaptace‘ se objeví již v učebnách anatomie a naplno se projeví při prvních setkáních s pacienty. Rozvoj profesionálního odstupu je podpořen maximálním důrazem na studium expertního poznání a především opomíjením adekvátního sebepoznání” (Skorunka, 2003: 36). Tento profesionální odstup se vytváří také na základě vyrovnávání se s dotýkáním intimních částí těla druhé člověka (Lupton, 1996). Medicína se snaží vycházet z přesných, ověřených poznatků, z faktů o lidském těle, o kterém se dozvídá stále více díky technologickému pokroku. (Křížová, 2006, Hořejší, 1998). Při stanovování diagnózy tak hrají stále větší roli různé technologické prostředky, které mají „zlepšit“ vidění nemoci, aby odstranili případnou subjektivní předpojatost. Psychiatr tak může být stále více směřován k sledování přístrojů, které jsou extenzí jeho vnímání a méně k vnímání vlastních pocitů, myšlenek a vytváření následných reflexí o tom, co se v člověku a v dané situaci odehrává. Při sledování monitoru, přehlížení výsledků vyšetření nebo při zapisování do počítače lze těžko sledovat tón hlasu, postoj nemocného, kontext jeho vyprávění.

Psychiatr poučen o biologické podstatě nemoci, spíše vnímá ty nemoci, které “mají mít” svůj kořen ve fyziologii člověka a méně se zabývá působením “psychogenních příčin”. Jestliže je zdůrazněn biologický základ nemoci lékař snadno sklouzne do rezignace na vyléčitelnost poruchy a předepisuje hlavně farmaka. Při spoléhání na biologicky orientovanou léčbu se pak snadno podcení možnost dialogu s člověkem, protože lékař nevěří tomu, že by se něčeho dosáhlo. Přitom “dívat se na pacienta, poslouchat ho a vidět na něm “příznaky” schizofrenie, a dívat se na něj a poslouchat ho jednoduše jako lidskou bytost znamená vidět a slyšet něco tak radikálně odlišného, jako když někdo vidí ve dvojznačném obrázku nejprve vázu a potom tvář.” (Laing, 2000: 32).

Psychiatrovo zaměření na symptomy ovšem fokusuje také témata pacienta. Pacient může rozvíjet iniciativu v konverzacích povídáním takových podivných příběhů, které sestry nebo lékaře vedou k naslouchání (Seikkula, Aaltonen et al., 1995:71).

Shulman a Buchan (1982) ve své studii uvádějí, že postoje praktických lékařů předurčovali “pacientovo porozumění, spokojenost a zlepšení potíží. V protikladu faktu, že lékaři si byli jisti tím, jak jsou jejich “osobní” pocity mimo jejich profesní postavení, pacienti velmi přesně vnímali pocity lékařů a byli jimi ovlivněni”.

5.1.3. Setkání s lékařem

I psychiatři orientovaní především na biologickou léčbu zdůrazňují vztah (Češková, 2007, Tasman, 2001,), který se zakládá během pravidelného setkávání s psychiatrem. Již E. Bleuler (1911/1998), jeden ze zakladatelů moderní psychiatrie, si uvědomoval mimořádnou důležitost vztahu „lékař“ a „pacient“, hovořil o „psychoterapii kteréhokoli lékaře“ a vybízel lékaře a psychiatry k působení na „pacienty“ prostřednictvím dobrých vztahů. U biologicky orientovaných psychiatrů je však budování vztahu spojeno s pojmem *compliance* – který popisuje *shodu* pacienta s léčbou. Vztah s pacientem je budován především kvůli udržení farmakologické léčby. Compliance vychází z výsledků výzkumu, že většina pacientů přestává brát léky, pokud nedůvěřují svému psychiatrovi. V psychiatrickém diskurzu panuje názor, že pokud pacienti léky pravidelně berou, tak se jejich stav zlepšuje (aniž by do svého hodnocení zahrnovali vliv psychosociálních souvislostí). Psychiatři orientující se především na farmakologickou léčbu je tak motivován k navazování vztahu především představou úspěšnější léčby. Otázkou však zůstává, jestli se mění kvalita vztahu, pokud je zájmem psychiatra úspěšná léčba pacienta a nikoliv pacient. Skrz koncept compliance lze však oslovit i jinak nezainteresované lékaře, aby se více angažovali pro vytváření vztahu s pacientem. Někteří psychiatři však raději využívají pojem „*aliance*“, který podle nich vyjadřuje spojení psychiatra a pacienta proti nemoci. Jak se pacienta a lékař vnímají navzájem? K. Černá (1999) sledovala percipovanou empatii pacientů u lékařů a jejich vliv na léčbu schizofrenie. Výsledky přinesly informace, že „pacienti“ jsou schopni registrovat, zda je lékař vnímá či nikoliv a že tento postoj má vliv na jejich léčbu.

Křížová (2006: 90) uvádí zjištění studie Hallové et al. (2002:72), že „nakolik lékaři pozitivně hodnotili nemocného, bylo silně spjato s tím, nakolik pozitivně nemocní vnímali je a navzájem se obě tyto složky hodnocení recipročně posilovaly“. To může platit pro jakékoli pomáhající profesi.

Kromě vzájemného vnímání se výzkumy zaměřují na neverbální úroveň kontaktu při mluvení lékaře s pacientem, která ovlivňuje příjem diagnózy u pacienta, vliv emocí na vnímání profesionality lékaře a také jak neverbální chování může pacienta motivovat/demotivovat k tomu, aby hovořil o psychosociálních aspektech svého problému (Parrott, 2004). Např. psychiatr si povídá 5 minut s pacientem, se kterým má stále stejný zažitý rituál - když pacient začne hovořit o své osamělosti, o tom, že nemůže najít partnerku, tak se psychiatr otáčí

k počítači a tiskne recept⁴⁰. Paleček (2010) uvádí příklad setkání, kdy se psychiatr vyptává pacientky a při rozhovoru vymezuje pole vnímaných vět osnova rozhovoru, kterou psychiatr musí vyplnit.

Hahn, (1985 In Lupton, 1996) strávil v rámci svého výzkumu prováděného metodou zúčastněného pozorování dlouhý čas s lékařským specialistou a všímal si, jak vnímání pacientů v kategoriích sympatický/nesympatický ovlivňovalo setkávání lékaře s pacientem. Popsal rozdělování nemocných do několika kategorií. S těmi, se kterými lékař sympatizoval, spolu-prožíval obraty k lepšímu, uzdravení i zhoršení nemoci. Naopak v kontaktu s těmi, kteří mu nebyli sympatičtí, projevoval profesionální odstup.

Stein (1990, In Lupton 1996: 124) hovoří o přenášení morálních aspektů do vztahu s nemocnými. V oblasti psychiatrie je „dobrý“ pacient ten, který spolupracuje na léčbě, bere léky, podvoluje se řízení ze strany zdravotnického personálu. „Zlý“ nebo „zlobivý“ pacient je ten, jehož nemoc se zhoršuje, odmítá se jednoduše podvolit systému řízení, případně nespolečá tak, jak by si personál představoval. Nemoc se tak spojuje s vůlí pacienta, s jeho chtěním. Implikuje se možnost, že by se mohl ovládat, i když jsou určité projevy součástí nemoci. K podobnému závěru dochází i Barret (1996), podle kterého je pacient profesionály střídavě vnímán jako schopný/neschopný, jako kontrolující/kontrolovaný, schopný využívat svoje schopnosti a opět ne, tak aby manipuloval s personálem

Fairclough (in Mills, 1997) si během analýzy rozhovorů mezi lékařem a pacientem všímá rozdílného pojetí rozhovoru „o“ – lékař klade důraz na technologické pojetí symptomů, snaží se je pečlivě odlišovat a zajímá se pouze o ně. Pacient nabízí svůj životní příběh, svou každodenní „živoucí“ látku. Burr (2003: 115) popisuje situaci, kdy lékař sdělováním toho, co je špatně, zdůrazňováním určitého charakteru nemoci, chce, aby člověk se léčil. Pacient se snaží sdělováním informací o sobě a svém okolí navodit přátelský vztah. Lékař nechce vypadat jako chladný a tak se ocitá v dilematu, jak reagovat na osobní sdělení a přitom udržet zaměření na nemoc a její projevy.

Uved'me si příklad zaznamenaný během psychoterapeutického výcviku vyprávěný psychiatričkou, která se cvičila na psychoterapeutku: „Když za mnou přijde pacient a vypráví

⁴⁰ Na krátkém čase setkání se podílí také finanční faktory. Kontakt s pacienty není preferován, protože není zaplacen, nevyplatí se, proto se také zkracuje délka návštěvy u psychiatrů v naší republice (Hoschl in Reflex 19/2007: 24).

mi, paní doktorko, já teď nemůžu v noci spát, odešla ode mě žena, víte a teď prostě neusnu, tak „psychiatricka“ ve mně se chce zeptat: Jak dlouho už nespíte? Máte ještě nějaké jiné příznaky? A „psychoterapeutka“: Tak od Vás odešla žena, a jak se to stalo?“. Příklad podtrhuje rozdíl mezi soustředěním na symptom a „otevírání“ dialogu o sociální situaci doprovázející vzniklé potíže.

5.1.4. Téma moci v lékařské profesi

„Z mnoha pohledů je tedy klíčovou komponentou lékařské role možnost uplatnění moci a formální a neformální autority. Z klinické praxe od lékařů však zaznívá, že si spíše uvědomují svoji bezmoc než moc nad pacientem, nebo je více znepokojuje, pokud jejich moc je narušena nepředvídatelným průběhem nemoci či neochotou nemocného ke spolupráci na léčbě.“

Křížová, E. (2006: 37)

Role lékaře disponuje mocí skrze medicínsko-průmyslový komplex (Komárek, 2005), díky majoritnímu psychiatrickému diskurzu, který přináší respekt autority ze strany pacienta a jeho rodiny. Téma moci lékařské role se ve vztahu s pacientem objevuje ve třech úrovních: moc nad sebou samým (sebekontrola emocí a výrazu), moc nad situací (zlepšení stavu pacienta), moc nad pacientem (řízení léčby).

Již jsme zmínili afektivní neutralitu, kterou však není možná. Přesto se o ni lékaři snaží a citové projevy vůči svým pacientům potlačují. Křížová (2006: 92) upozorňuje, že „přílišné zapojení emocí není v moderní době chápáno jako vhodné a výkon lékařské profese nabývá vnějškově chladnějšího, až odosobněného výrazu“. Zároveň však může demonstrace nevzrušeného výrazu a necitlivosti souviset s image sebekontroly, která je atributem vyšších společenských vrstev, případně situaci přizpůsobený stereotyp. Hraje zde roli vliv tlaku vzdělávání, vliv kulturního obrazu lékaře (do kterého se promítá pojetí této role i sebepojetí) a tlak silných emočních situací, kterým člověk v roli lékaře musí čelit (Lupton, 1996, Skorunka, 2003), Janík, 1987).

Pacient ve chvíli, kdy přichází do nemocnice, tak předává kontrolu a moc nad sebou zdravotnickému personálu a v té chvíli očekává, že se „oni“ začnou chovat jako experti. Pro roli lékaře je přirozené, že tuto kontrolu přebírá a s ní spojenou zodpovědnost.

Lékaři se setkávají s mnoha záležitostmi, které laik běžně považuje za traumatizující. Nehodnotí je však z tohoto aspektu, ale vnímají je jako prostředek získání moci nad nimi.

Některé terapeutické zákroky mají fatální charakter, a i ty, které ho nemají, výrazně ovlivňují sebeprožívání lékaře a jeho okolního světa.

Tlak na léčbu vychází z obavy zhoršení stavu pacienta, v psychiatrickém diskurzu se každá další ataka hodnotí jako riziko pro pacienta a s nejistým výsledkem. Obvyklé vývojové a situační krize však představují skrz optiku diagnózy součást nemoci, nikoliv přirozenou součást života jedince. Z důvodu nedostatku komplexních služeb a převažujícího biologického myšlení je za hlavní prostředek stabilizace považován lék, který má zprostředkovat rychlou změnu pacientova stavu. Moc lékaře nad nemocí je tak demonstrována prostřednictvím předání léku, nikoliv prostřednictvím přístupu zaměřeného na psychický stav jedince, vztahy s ostatními a jiné sociální okolnosti (Szasz, 1996). I v případech krize pacienta se projevuje vliv placebo efektu, kdy pacient si vezme lék a referuje o zlepšení, aniž by účinné látky mohly začít působit (Libiger, 2003). Placebo efekt zviditelňuje, jak moc přisuzovaná roli lékařů a medicíně přechází i na léky, které pacient dostává, což reflektují i studující medicíny (Šupa, 2004). Moci nad nemocí lze však také zlepšit self-managementem pacienta (Stuchlík, 2003) a protikrizovým plánováním s klientem, kdy je pacient partnerem v rozhodování, jak s ním bude zacházeno v případě další krize. Brání léků jako prostředku získání kontroly nad nemocí odrážejí také média v promluvách psychiatrů po násilném incidentu (Höijer, Rasmussen, 2005).

Komárek (2005:116) uvádí názory lékařů z praxe, kteří považují vynucované postupy za nezbytné, neboť „co všechno by pacienti dělali, kdyby nad nimi nebyl bedlivý dohled“.

Podle Benneta (1987:167, 244) otázky moci, autority a kontroly pronikají do všech aspektů lékařské profese a zdravotní péče a orientace k moci se týká lékařské profese jako celku, tak i jednotlivých lékařů. Lékaři si však právě tuto složku neradi přiznávají a zacházejí s ní neuvědomovaně.

5.2 Perspektiva zdravotní sestry

“Všechno, co se odehrává na psychiatrických odděleních, nutně nese pečeť stávající instituce a jejího poslání vycházejícího z podstatě nezměnného stereotypu duševně nemocného jako nevypočitatelné a nebezpečné bytosti. A tak přesto, že původní ošetřovatelé byli již vystřídáni pracovníky vzdělanějšími, genius loci (ač v humánnější podobě v zásadě přetrval). Postupné “vyhasínání” zapálených jedinců je pro psychiatrická oddělení typickým jevem. Rigidita tu stále funguje jako nevědomý obranný mechanismus a projev “sociálně žádoucí adaptace”.

“Profesionalita tu není nic lehčího, než lidské a přirozené reakce, spočívající ve schopnosti nacházet s nemocným společný jazyk a rozumně se s ním dohodnout na jiné konstruktivnější hře.” (Styx, 1991).

5.2.1 Role zdravotní sestry

Střední zdravotnický personál je extenzí lékařské role a v praxi má vykonávat především pokyny lékaře, zajišťovat fyzickou péči, dávat medikaci a řídit deviantní chování pacientů (Lakeman, 1995). Různorodost rolí zdravotnického personálu by měla zahrnovat: „reálné role“ pro pacienty, projektivní role, učení pacienty péči o sebe, konfrontování nevhodného chování a podporování orientaci na komunitu, ve které pacient žije. Současně poskytují péči o tělo, výživu a emocionální podporu. Dále zajišťují institucionální normy, řeší fyzickou agresi, dbají na dodržování hranic a časových rozvrhů a nabízí neformální terapii pacientům ve stavech zvýšeného stresu (Fagin, Garelick, 2004:279). Jiné aspekty role se objevují u psychiatrických sester v terénu v rámci komunitních týmů, kde se klade větší důraz na sociální procesy (Lakeman, 1995)

Identita zdravotních sester a bratrů se vyvíjí a proměňuje v historických a institucionálních kontextech.

Historie ošetřovatelství

V historii profesionálního ošetřovatelství dominuje Florence Nightingalová, která razila několik zásad- **čistota (čistý vzduch, čistá voda, zdravé prostředí, funkční odpady), dobré a vlídné zacházení, dostatečná výživa a přívětivé slovo**. Tyto zásady se v práci zdravotních sester objevují i nadále. Rozvoj ošetřovatelství nastával během válek. V rámci křížáckých tažení se zdravotnictví formovalo podobně jako armádní jednotka s přísnou hierarchií (11. století, teutonští rytíři, rytíři špitálníci sv. Jana z Jeruzaléma). V polních nemocnicích lékaři potřebovali pomocníky, kteří budou dohlížet na nemocné v nemocnici i v domácí péči a budou plnit jejich pokyny. Představu jakési „bílé armády“, pak navozuje zmínka o N.I. Pirogova: „Pirogov dovezl 30

ošetřovatelek, které vycvičil a zavedl jednotnou uniformu.“ Další funkcí zdravotní sestry byla výchova a vedení k uvědomění zdraví a jeho souvislostí s životním stylem. Aplikací Foucaultových myšlenek (1993) lze tedy dovodit, že šlo zároveň o morální a mravní výchovu, mýcení hříchu. Duševní nemoci především díky křesťanství byly nadále nazírány jako přítomnost ďábla, démonických sil.

Můžeme tedy shrnout, že v přístupu zdravotního personálu byla zakořeněna podřízenost vůči lékaři, starost o tělesné potřeby a čistotu. V současnosti se stále větším počtem specializovaných rolí (nutriční terapeut, pracovní terapeut, fyzioterapeut) ve zdravotnické profesi se obsah role zdravotní sestry proměňuje (Lakeman, 1995, Barker, 2001, Fagin, Garlick, 2004)

Zdravotní sestry v podstatě mají sloužit lékařům i pacientům, často se musí vyrovnávat se sexismem a paternalismem od pacientů i lékařů (May, 1999, in Lupton, 1996). Zdravotnický personál je níže v hierarchii zdravotnického systému, přesto však nese velkou zodpovědnost za pacienta, která však není konkrétně ukotvena (Robertson et al, 2010). Kromě toho musí čelit konfliktům mezi lékaři, zabezpečovat chod celého zařízení. Rozdíl mezi rolí lékaře a rolí zdravotní sestry bývá také vyjádřen větou „lékaři jsou vzdělávání, zatímco sestry trénovány“ (Fagin, Garlick, 2004). Oproti roli lékařů, která je jasnější svými atributy autority (vyjádřená také nedostupností/vzdáleností), je role zdravotní sestry rozostřenější, protože je bližší a heterogennější.

V. Olesen, D. Bone (1998) upozorňují na problémy, které přináší tlak na efektivní využívání času, tlak na standarizaci postupů, zvyšování administrativních činností a vliv racionálních vědeckých metod, které snižují důležitost emocionálního kontaktu (rozdíl mezi „high-tech“ a „high touch“). Tyto vlivy se negativně projevují také v citovém životě zdravotnického personálu. U sester, které se staraly o pacienty v terminálním stádiu a místo emocionální podpůrné péče byly nuceny produkovat neutrální postoje či si „hrát na hrdinky“, byly zjištěny emocionální problémy - dysforie, pocity hanby, hněvu (Jaggar, 1989, Burfoot, 1994, In Olesen, Bone, 1998).

Budoucí zdravotní sestry už během praxe zažívají negativní tlak systému, tradovaných postupů starších sester a nízkého finančního ohodnocení za práci (Šupa, 2006). Zdravotní sestry jdou ze školy do svého povolání už s jakousi rezignací - „co zmůžeme“.

Některé studie (May, 1999 In Lupton, 1999) upozorňují na genderové rozlišení mezi lékaři a sestrami – velkou většinu zdravotnického personálu tvoří ženy, bez náležitého finančního ocenění, s malou autonomií v rámci systému, chybí zde také kariérní struktura. Lupton (1999)

tvrdí, že se stále často zůstávají v pozici submisivních „pomahaček“, místo aby získávali autoritativnější pozici v lékařském settingu.

Hra na doktora a sestru (the doctor-nurse game, Fagin, Garlick, 2004)

Zdravotní sestry se učí ukazovat iniciativu, zájem, péči a rady a stále se jeví jako podřízené roli lékaře. Využívají velmi jemné techniky, aby vedli doktory k určitému rozhodnutí, aniž by podřývali jejich autoritu a předcházeli interpersonálnímu konfliktu, tak aby rozhodnutí se jevílo vlastní lékaři. Tato jasná podřízenost lékařů je zakalkulována do vzdělávání lékařů i sester. Lékaři se bojí vážných důsledků svých chyb, koncentrují se technologická měření, která je mají zbavit obav, nárokují si vševědoudnost, aby zakryli svůj strach ze selhání. Sestry sytí toto popření, ale nechtějí otevřeně vyzývat lékařskou onnipotenci. Začátečníci se učí hrát tuto hru, jak postupují v kariéře, sestry ještě před ukončením studia. Úspěšné hraní této hry přináší dobrou týmovou práci a oboustranný respekt, neúspěch ústí do konfliktů a ztrátu kariérního postupu.

Fagin, Garlick (2004) zmiňují patriarchální charakter institucionální hierarchie rolí lékařů a zdravotních sester, který navozuje představu „rodiny“, ve které má rozhodující roli lékař (otec), zatímco zdravotní sestry (manželky) se starají o ostatní – pacienty a nezkušené začátečníky. Sestry musí vykonávat takovou práci, která je vnímaná jako „ženská“ práce. V takovém postavení se mnohem hůře buduje kvalitní profesionální identita a profesionální autonomie (Lakeman, 1995, Radcliffe, 2000).

5.2.2. Postoje zdravotní sestry

P. Styx (2003: 29) uvádí dva extrémní postoje zdravotnického personálu.

Autoritativní, direktivní omezující přístup, kdy je třeba se mít před „duševně nemocným“ na pozoru, existuje zde sklon ho více trestat sankcemi, omezovat jeho aktivity. Zdravotník se jeví jako tvrdý, nepružný, lhostejný, nepřívětivý

Ochranářský, benevolentní přístup, který je charakterizován uznáním, že „pacient“ za svou nemoc nemůže, má právo na své chování a mělo by se s ním jednat jako s „nemocným“.

Zdravotník se jeví jako tolerantní, poctivý, ale vzdálený a neosobní.

Pro oba typy je pak společné, že považují „duševně nemocného“ za pasivního „spotřebitele“ psychiatrické léčby a neschopného nést odpovědnost a aktivní podíl na svém léčení (Styx, 1991).

Postoje zdravotníků a pacientů jsou složité propletence. Podezřívavé chování pacienta a jeho odpor k léčbě zesilují užívání kontroly či úskoky ze strany personálu, což může opět vést k zesilování podezřívavosti a nedůvěře pacienta vůči personálu, která se může manifestovat v produkci příznaků spojovaných s obrazem paranoidní schizofrenie. Tichý “pacient” může vzbuzovat ochranné pocity a mateřské tendence u sester, což může vést k ještě větší pasivitě a spoléhání se na „mateřskou náruč” personálu.

U zdravotníků i u pacientů se objevují vzájemně potencované stereotypy o “duševně nemocný” i o “blázcích”. Zdravotníci se také cítí ohroženi potenciálně nebezpečným chováním pacientů, vyjádřeným postojem obezřetnosti - „nikdy nevíš“. Představa ohrožení interferuje s možným přívětivým chováním ze strany zdravotní sestry a následně důvěrou pacienta.

Na diskurz zdravotních sester objevující se v ústních popisech pacientů a psaných zprávách se zaměřila studie Hamiltona a Maniase (2006). V ústních popisech pacientů byl zjištěn velký výskyt neformálních a místních popisů, prvky morálního hodnocení, jazyk „zdravého rozumu“ a empatie. Psané zprávy obsahovaly objektivizující jazyk, dominanci medicínského diskurzu a vzrůstající byrokracii systému.

Přehledová studie Berry et al. (2010) poukazuje na velký výskyt tzv. zvýšeného vyjadřování negativních emocí (expressed emotions - EE) u zdravotních sester na psychiatrii, který se projevoval především silným kritikem pacientů již v krátkých úsecích řeči (metoda Five minute interview). Berry začala pracovat se zdravotními sestrami prostřednictvím tzv. psychologické formulaci případů, která směřovala k propojení aktuálního chování se zážitky z životní historie pacienta. Po jejím absolvování se zlepšil vztah k pacientům, vnímání jejich schopností a také optimismus ohledně jejich léčby. Není zřejmé s jakými faktory výskyt EE u zdravotního personálu souvisí. Uvažuje se o výskytu stresu, syndromu vyhoření, procesu atribuce, osobnostními faktory a způsobech navazování vztahové vazby (attachment styles).⁴¹

Při práci s lidmi s duševním onemocněním se v odborné literatuře pro zdravotní sestry zdůrazňuje koncept zplnomocňování, jak ve vztahu v hierarchické struktuře (Regan, Rodriguez, 2011, Hawks, 1992), tak i ve vztahu k pacientům (Isokääntä, Johansson, 2006, Hajbaghery, Salsali, 2005). Zplnomocňování vyžaduje přístup otevřenosti, pocit vzájemnosti, důvěry založené na vztahu rovnosti a reciprocity. Základem je kooperace mezi ošetřovatelem

⁴¹ Zdravotní sestry často prožívají náročné emocionální zážitky bez možnosti zpracovat je prostřednictvím supervize (Robertson et al. 2010).

a pacientem (Janosiková, Daviesová, 1999: IX). Od klienta se vyžaduje zapojení do procesu starání se o sebe během hospitalizace, aktivní spoluúčast, rozhodování a domlouvání se s poskytovatelkou starostlivosti (tj. sestrou.), informování o svých právech a legitimních potřebách. Výsledkem je posilování sebeúcty, snížení reakce na stres a destigmatizace. Potíží při tomto procesu je větší potřeba některých pacientů delegování odpovědnosti za své psychické a fyzické zdraví na instituce.

5.2.3. Setkání se zdravotní sestrou

Na pacienty má vliv množství trávení času, který s nimi zdravotnický personál tráví, včetně kvality kontaktu (Rosenhan, 1972/2003).

Předpokládá, že se zdravotnický personál dostává do větší blízkosti k pacientovi a díky tělesné a prostorové blízkosti zde existuje velký potenciál vztahu, kontext vztahu sestra-pacient je však komplikovaný. Zdravotní personál se dozvídá o pacientovi především jako o biologické entitě v kontextu se silnou skupinou lékařů, kteří definují jeho tělesný stav a „vyprojektují“ jeho kariéru (May, 1999, In Lupton, 1999:122) „Duševně nemocný“ je představen jako pacientem s biologickým problémem, na který se zaměřují všechny intervence. Chybí také pevný sociální status zdravotní sestry oproti lékařům, nejasná zodpovědnost, rozdílná distribuce síl mezi lékaři a zdravotnickým personálem a velká zátěž zdravotního personálu (Lakeman, 1995, Fagin, Garelick, 2004, Robertson et al., 2010). V péči o pacienta se může projevovat jejich nízká moc a profesionální nejistota, často s nimi prožívají nepříjemné emoce.

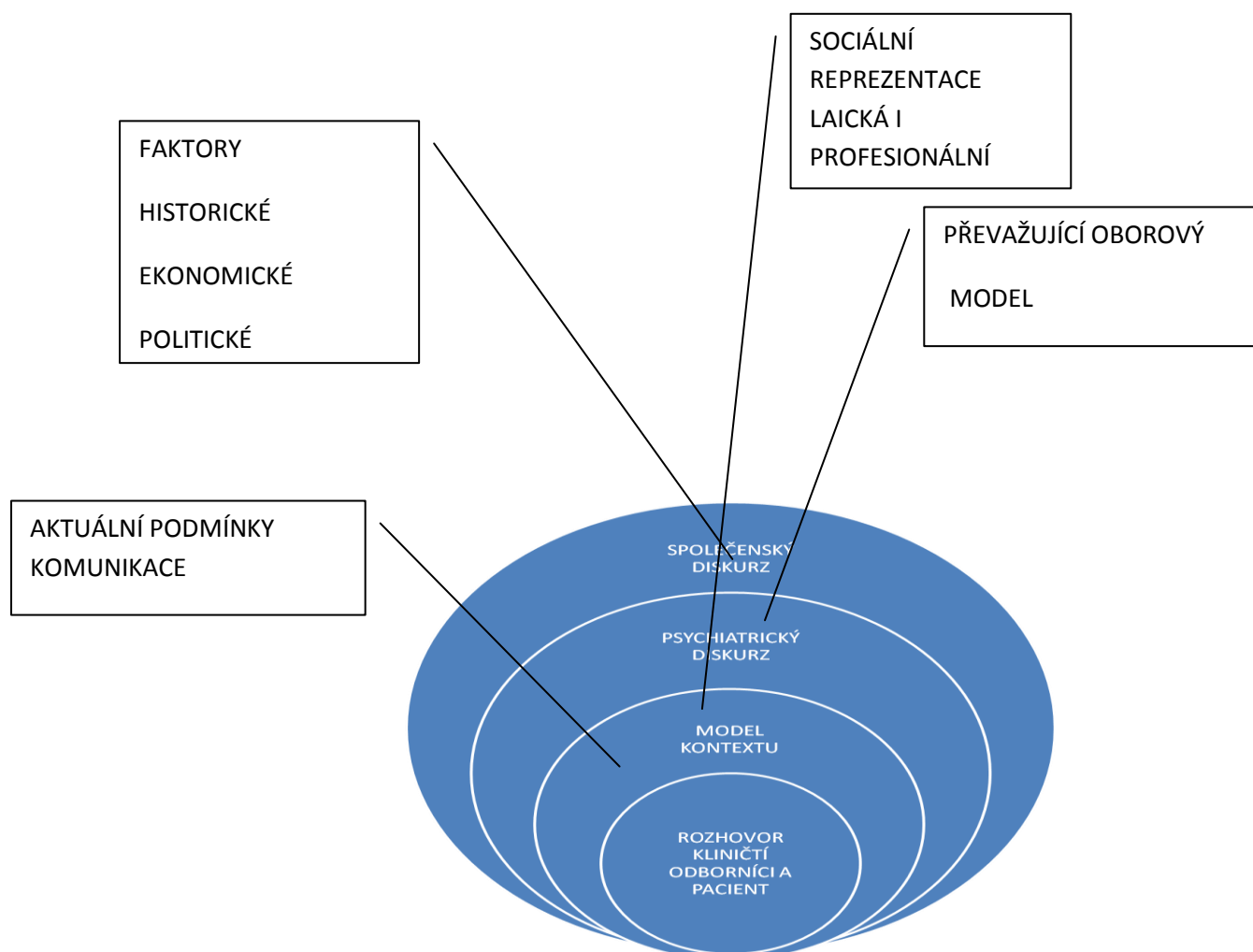
Abychom mohli pochopit vlivy formující komunikaci zdravotního personálu, tak musíme vědět, jak ony samy rozumí své funkci a svým úkolům.

Tlak zvnitřněných hodnot je žene k akci a přitom nemají dostatečný prostor pro prosazení svých představ, osobní iniciativa zdravotního personálu bývá potlačena. což vede k rezignaci. Odměňovány jsou aktivity a reakce, které nevybočují z „běžného“ provozu instituce, jsou v souladu s názory lékařů a medicínským kontextem. Zdravotnický personál se tak může uchýlovat ke stereotypním postojům, automatickým reakcím, které vyžadují méně energie.

Zde lze srovnávat s procesem habituace (Jodelet, 1989/1991), který směřuje k emoční i sociální distanci od pacienta.

Morant (1995) cituje Bellelli (1987), která tvrdí, že psychiatrické sestry se drží ve větší vzdálenosti od lidí s duševním onemocněním, než psychiatři a psychologové. Nabízí dvě možná vysvětlení – častější fyzická blízkost psychiatrických sester s lidmi s duševním onemocněním vede psychiatrické sestry ke zvýrazňování vlastní odlišnosti, tak aby vytvořily „bezpečnou“ psychosociální vzdálenost mezi nimi a lidmi s duševní nemocí. Podobně vysvětlovala Jodelet (1991) chování vesničanů. Druhým možným vysvětlením je, že sociální reprezentace zdravotních sester o lidech s duševní nemocí je bližší širší veřejnosti, pro kterou je „jinakost“ hlavní charakteristikou člověka s duševní nemocí.

Obrázek č.1. Kontexty rozhovoru zdravotní sestry s člověkem s diagnózou duševní nemoci



Shrnutí

Kritické hlasy v psychologii vytvářejí potenciál k zaměření na majoritní expertní systémy, které konstruují obraz reality na základě svého expertního vědění. Jazyk a jeho využití ve formálním i neformálním kontextu je prostředkem k re-definování této sociálně konstruované reality. Diskurzivní psychologie poskytuje nástroj, jak zachytit systém reprodukce a konstruování určité praxe, které se stávají objektivními fakty ovlivňujícími každodenní komunikaci. Szasz (1996) přirovnává psychiatrii k náboženství, které šíří svoje myšlenky prostřednictvím vykonávané moci související „vědění“, co je pro ostatní lidi lepší. Upozorňuje také na propojení systému na velmi vysoké úrovni, kdy to, že žijeme v systému, který vytváří problémy lidí, nás nutí využívat problematické způsoby řešení (Szasz, 1987/2005). Podobně jako Szasz uvažuje i Komárek (2005: 107), když popisuje medicínsko-průmyslový komplex, který pro něj představuje „expertní autoritu par excellence v její nejtypičtější podobě a jakékoliv prováděné opatření vždy odůvodní odkazem na ultimátní zdraví.“ Psychiatrický diskurz vychází z toho, jak je celý komplex institucí konstituován – psychiatrická zařízení, univerzity, systém péče o duševní zdraví, zákony, farmaceutický průmysl a organizace spojující příbuzné lidí s duševní nemocí. „Duševní nemoc“, ať už je podmíněna biologickými faktory, traumaty, sociálními vlivy, tak je ve společnosti konstruována mnohohlasným chórem jednotlivých diskurzů. Z nichž některý je mocnější, neboť je zaštitěn a prosazován expertním poznáním. V psychiatrickém diskurzu je nemoc konstruována jako objektivní, na péči nezávislé jsoucno, které vytváří roli nemocného pacienta (Paleček, 2010). O nemoci však můžeme také uvažovat jinak. Bury (2001:269) rozlišuje mezi kategoriálním pohledem, ve kterém je odděleno to, co je patologické od normálního, a spektrálním, kde je rozdíl mezi nemocí a zdravím záležitostí stupně a funkce sociálních procesů, silně závislých na sociálních okolnostech a sociálních reakcích. Z psychiatrického diskurzu často vypadá hlas pacienta, který formuluje vlastní, rozdílný pohled na způsob péče. Potenciál vedení dialogu, který vede k pozitivnímu ovlivnění průběhu nemoci, se zmenšuje za předpokladu negativně pojímané odlišnosti. Diagnóza duševního onemocnění je spojena s předsudky a stigmatizací a podílí se na vlastní self-stigmatizaci, které ovlivňuje subjektivně prožívanou kvalitu života a snižuje chuť využívat dostupných zdrojů péče (Thornicroft, Sartorius, 2010).

Sociální reprezentace duševní nemoci konstruovaná jako neznámý a nebezpečný jev vymezuje sociální pozici marginalizované skupiny lidí s diagnózou duševní nemoci ve světě a tak ji paradoxně ostatním lidem přibližuje (Morant, 1995).

I když budeme jako profesionálové usilovat integraci, tak laici budou trvat na využívání určité jemné, ale silné exkluzi lidí s diagnózou duševní nemocí, která se však bude projevovat mnohem jemnějšími způsoby (van Dijk, 1990). Přičemž oba procesy mohou být součástí našeho způsobu vztahování se k druhým lidem.

Instituce, role lékaře a role sestry a vztahy mezi nimi společně rekontextualizují život a identitu pacienta. Ať už pozitivně nebo negativně, podle toho, jak se jemu daří nemoc zakomponovat do své vlastní role a do vztahů s okolím.

Reprezentace duševní nemoci jako biologického problému a role pacienta vytváří fokus, na který mají tendenci se zdravotní sestry se zaměřovat. Stát se „schizofrenním“ však není pouze o biologických faktorech a pozorovatelných symptomech, ale o sociálních a osobnostních procesech.

Výzkumná část

1. Metodologie výzkumu

1.2. Cíl a metoda výzkumu

„Věda a vědecká činnost není jednotný homogenní soubor metod a postupů, ani soubor univerzálních pravidel pro provádění výzkumné práce. Vědeckou metodu je proto vhodnější chápat jako určitý vyvíjející se hodnotící repertoár, nežli jako univerzální postup.“

Miovský, (2006: 27)

Při formulování cíle výzkumu vycházím z předpokladu, že „duševní nemoc“ není objektivní biologický stav, ale sociální konstrukt, který je nestále re-produkovaný a rekontextualizovaný každodenní praxí, která zahrnuje spektrum vzájemně prolínajících se či rivalizujících diskurzů. Velká část je jich nesena odborníky na mnoha různých úrovních poskytované péče – psychiatry, sestrami na psychiatrii, psychology, psychoterapeuty, sociálními pracovníky, další část veřejností, politiky, akademickou obcí zahrnující sociology, sociálními psychology, kritickými psychology. Jen malá část je jich však artikulována lidmi, kteří tuto péči přijímají. Jejich zkušenost je formátována majoritními diskurzemi nebo marginalizovaná.⁴²

Na základě publikovaných prací jiných autorů (Morant, 1995, Barrett, 1996, Gillet, 1999, Siebert, 2000, Rogers, Pilgrim, 2010), textů lidí, kteří prošli psychiatrickou péčí (Chamberlin, 1999, Styx, 2003, Mancini, Rogers, 200, Štěpánová, 2010) a předchozího výzkumu (Šupa, 2004) můžeme považovat za jeden z důležitých zdrojů produkce/reprodukce psychiatrického diskurzu zdravotní profesionály, se kterými se odehrávají jejich každodenní interakce – tedy zdravotní sestry na psychiatrii.

Vyprávění sester na psychiatrii o svém způsobu práce s psychiatrickými pacienty, co s nimi zažívají, jak rozumí jejich stavům, ukazuje způsob konstruování duševní nemoci (Brown, 1995, Horwitz, 2002, Jánská, 2008) a sociální reprezentaci člověka s duševní nemocí, jak profesionální, tak i laickou (Jodelet, 1991, Morant, 1995, Howarth, Foster, Dorner, 2004, Šupa, 2004), která se stává základem pro porozumění chování psychiatrického pacienta a následnou akci.

⁴² Lidé s duševní nemocí mají možnost sdílet svoje zkušenosti především v časopise *Esprit*, vydávaný neziskovou organizací ČAPZ, vystupují jako pacientští důvěrníci organizovaní ve sdružení VIDA, nebo mají možnost stát se členy sdružení KOLOMBUS. Všechny tyto možnosti však nejsou součástí psychiatrického diskurzu, který neuveřejňuje negativní příběhy o hospitalizaci.

Cílem výzkumu tedy je zachytit, jak je člověk s duševní nemocí konstruován zdravotními sestrami v podmínkách psychiatrického zařízení.

Pro ozřejnění odlišných diskurzů využiji srovnání dvou rozdílných přístupů k poskytování péče ve dvou zemích – Česká republika a Finsko, konkrétně region Kainuu. Zatímco v ČR jsem se zaměřil na zkoumání práce zdravotních sester v tradičně institucionalizovaných hierarchických zdravotnických zařízeních, ve Finsku jsem se setkal se specifickým přístupem tzv. case-specific teamu, který je založen na filozofii tzv. otevřeného dialogu (Seikkula, Aaltonen et al., 2003, Aaltonen, 2004, Seikkula, 2008) a na potřeby zaměřeného přístupu (Alanen, 1997).

Pro výzkum jsem zvolil kvalitativní metodologii. Kvalitativní výzkum vychází z epistemologického postoje, že naše vědění není věděním o světě, jaký je. To, co o světě víme, vzniká prostřednictvím diskurzivní praxe (van Dijk, 1990, Plichtová, 2002, Bačová, 2000). Při svém výzkumu zohledňuji druhou tezi proudu kvalitativního myšlení – antifundamentalismus, který předpokládá, že každý člověk (i výzkumník) vše filtruje interpretativními schématy a vědění je vždy výsledkem procesu interpretace (Potter, Wetherell, 1987, Čermák, 1999, Bačová, 2010). Interpretativní přístup ke studiu systému péče o duševní zdraví nám dovoluje empiricky prozkoumat a teoretizovat jak sociální aspekty probíhajících intervencí pracují na úrovni intersubjektivní dynamiky (Larsen, 2007). V tomto interpretativním rámci se jeví jako nezbytná reflexivita výzkumníka, před, při a po zahájení výzkumu a předložení výsledků výzkumu (Miovský, 2006).

Jako hlavní metodu práce se získanými daty jsem zvolil analýzu diskurzu (Potter, Wetherell, 1987, van Dijk, 1993, Brown, Yule, 1988, Záborská, 2010), která využívá prvky analýzy narativní konstrukce příběhů vyprávěných během uskutečněných rozhovorů (Čermák, Chrz, 2005, Čermák, 2002, Laszlo, 1997).

Diskurz můžeme chápat jako specifický a konzistentní způsob používání jazyka a symbolů, které produkuje význam a definuje kontext, čím nám pomáhá dodávat smysl zkušenostem každodenního života (Dahlgren, In Bočák, 2010).

Diskurzivní analýza se zaměřuje na porozumění propojování „světa a slova“ s cílem konstruování sociální reality mluvčího (Potter, Wetherell, 1987). Fraser (1991, In Mancini, Rogers, 2007) říká, že teorie diskurzu nám může pomoci (1) pochopit, jak se identita sociálních aktérů proměňuje v čase, (2) pochopit, jak jsou sociální skupiny formovány

v podmínkách nerovnosti a mocenských vztahů, (3) odhalit, jakými způsoby je hegemonie dominantních skupin chráněna a jakými prostředky je o ni bojována a (4) vrhnout světlo na možnost sociální změny. Je vhodná pro uchopení různých rovin konstituování reality vzájemného kontaktu mezi dvěma sociálními aktéry a je možné ukázat i na společenské a historické podmínky, které jsou zdrojem psychiatrického diskurzu (Klerman, 1977, Szasz, 1976).

Plichtová (2002) popisuje šest základních rovin analýzy diskurzu:

1. úroveň: jak rozprávějící konstituuje objekt rozpravy
2. úroveň: jaké konotace, implikace, rozprava/text evokuje
3. úroveň: s jakým diskurzem vyprávění souvisí, jaký je jeho význam v kontextu daného společenského/ideologického diskurzu
4. úroveň: jak rozprávějící utváří vlastní pozici a pozici poslouchajícího
5. úroveň: kam vyprávění lokalizuje
6. úroveň: k jaké institucionální praxi vyprávění referuje, na jaké zdroje poznání se odvolává

V tomto případě nám analýza diskurzu může pomoci osvětlit, jak je konstruována psychiatrický pacient a identita zdravotnického profesionála skrz vzájemné interakce v institucionalizovaných podmínkách systému péče. Diskurzivní analýza byla využita při výzkumech, např. jak zdravotní sestry vytváří pocit důvěry u pacienta na akutním psychiatrickém oddělení (Hem, Heggen, Ruyter, 2008), odmítání (rejection) psychiatrického pacienta personálem (Hem, Heggen, 2004), jak sestry na psychiatrii zvládají pocity viny při sebevraždě pacienta (Robertson, et al., 2010) a jak využívají konceptu zplnomocňování ve svojí praxi (Lloyd, 2007).

Výzkum nesměřuje pouze k zachycení aktuálního stavu, ale aspiruje také na podklad pro společenskou změnu, ve smyslu Plichtové (2002), kdy zachycení procesu konstruování („dělání“) psychiatrického pacienta může vést k uvědomění faktorů spoluvytvářejících kontext, kde se obraz pacienta rodí.

Příklad, kdy teoretický výzkum vede k praktickým změnám, uvádí např. Hendl (2005:266). Výzkum (Seale, Kelly, 1997) zaměřený na analýzu konverzací o aspektech péče o pacienta v hospici a v nemocnici vedl ke zlepšení interakčních praktik mezi psychologickými konzultanty a pozůstalými a zdůraznil potřebu zohlednění laických představ o modelu zdravotnické péče.

1.3. Výzkumná otázka

V souladu s cílem výzkumu můžeme formulovat výzkumnou otázku: Jak zdravotní sestry konstruují svoji práci na psychiatrii a jakým způsobem konstruují roli pacienta a způsob interakce s ním v rámci psychiatrického diskurzu?

2. Reflexe pozice výzkumníka

2.1. Sebereflexe výzkumníka

Metodologii výzkumu začnu sebereflexí, kterou považuji za červenou niť mé výzkumné práce. Angažovanost výzkumníka ve zkoumané oblasti má svoje výhody i nevýhody. Je-li výzkumník exponovaný v poli výzkumu, má vhled do problematiky a může využívat snadno přístupné informační zdroje. Nevýhodou však může být křížení rolí (výzkumník x role v zkoumaném prostředí), ulpění výzkumníka na vlastním zformovaném pohledu, neschopnost jít za svoje názory a nahlížet pole výzkumu z „ptačí perspektivy“. Reflexe výzkumníka, jeho role, motivů a potřeb je nezbytnou podmínkou pro zajištění validity výzkumu, dle Miovského (2006).

Plichtová (2002: 138) hovoří také tzv. reprezentační validitě vytvořených kategorií během analýzy dat. Reprezentační validitu lze definovat jako míru, do které kategorizace výzkumníka vystihuje konvenční význam, připisovaný danému obsahu členy komunity. Sebereflexe výzkumníka vede vynoření vlastních předpojatostí, které mohou bránit porozumění řečenému. Sebereflexe také umožňuje vytvářet respekt k původním významům vytvářených respondentem.

V celém průběhu výzkumu jsem prováděl reflexi svoji pozici při získávání dat a při jejich analýze. Při návštěvách klientů v psychiatrických zařízeních jsem sledoval svoje pocity, všiml jsem si práce psychiatrických sester a chování pacientů na oddělení. V současné práci jsem se zaměřoval na praxi sociálních pracovníků/pracovníků, jejich jazyk a představy o lidech s diagnózou. Srovnával jsem pozici sociálního pracovníka s pozicí psychiatrické sestry na oddělení. Formoval jsem si představu o lidech s diagnózou duševní nemoci, abych vzápětí zkoumal způsob jejího vytváření. Při analýze jsem se zaměřoval na oddělování role sociálního pracovníka, kriticky uvažujícího psychologa a výzkumníka. Vytvořil jsem si časovou osu událostí, které ovlivnily můj zájem o oblasti duševní nemoci, a provedl jsem reflexi svých rolí, které souvisí s oblastí duševní nemoci.

Polní poznámky:

31.5.2006 PZ, vizita

Vizita, otázky: jaký to je, dobrý? Otázky jsou dlouhé složité, na pořad to samé. Plášť, znak. Pacienti stojí v pozoru. Co to dělá? Bavení se personálu mezi sebou, 1-3 věnují pozornost. Co by to dělalo se mnou? Řekl bych něco? Doktor se chová pěkně. Ale není čas. Hodně lidí. Velký průvod. Rituál? Reprezentace moci? Oddělování rolí, (zvýrazňování) hranice?

18.3.2007 Tvorba standardů práce, celý tým

Píšeme si hlavní společenské předsudky o uživatelích, jak jsou vnímáni jako líní, nebezpeční, smradlavý, nakažlivá nemoc. Vzpomínám na situace, kdy přišel někdo smradlavý, máme v pravidlech, že tu nikdo takový nesmí být. Máme oddělené záchody? Proč? Není to jen další segregace? Ochrana? Koluje historka ohrožení pracovnice, zatlačil ji do kouta. Bezpečí pracovník je nezbytné. Co hrálo roli?

24.6.2010 Přednáška o programu pro dobré zdraví, zdravotní sestra X

„Donutila jsem.....to zní škaredě, domluvili jsme se, že začne cvičit“

Sestra reflektuje svůj jazyk, že to zní „špatně“, zároveň prozraje, jak o lidech přemýšlí. Nejsem na to příliš citlivý? Jak to děláme v práci my (sociální pracovníci)? Nepovažujeme někdy také přinucení za domluvu? Jak jsme chráněni – viz metodika PSR, komunikační strategie – vnucování, přesvědčování. Chrání nás, že to takto pojmenováváme? Že víme, že to děláme?

24.2.2011, Kontakty, intervence, Jodelet

Vesničané nakládají s lidmi jako se zbožím. Neděláme to samé? Jde nám o klienty nebo čísla? Jazyk kontaktů a intervencí (místo lidí).

2.1.1. Využití časové osy

Pro jasnější a přehlednější uchopení vlastního zájmu o oblast duševní nemoci jsem provedl zaznamenání důležitých událostí či životních období mého života, ve kterých se objevovalo téma duševní nemoci a které se podílely na formování mých osobních postojů a názorů.

Dobrovolnictví (2003 – 2008) - v tomto období jsem byl dobrovolným koordinátorem v časopise Lávká, kde se v redakci scházejí lidé se zkušeností duševní nemoci. U lidí s duševním onemocněním se kombinují dva prvky, které mě zajímaly již v předchozím období: neobvyklé stavy vědomí, které se odlišují od běžně prožívané reality a marginalizace určité skupiny lidí. Dobrovolnictví mi umožnilo setkávat se s lidmi s diagnózou duševní nemoci ve více neformální roli, než je role pomáhajícího profesionála a více se jim přiblížit.

Setkání s kritickou psychologií (2003) – setkání s kritickým přístupem v psychologii díky předmětu Kritická psychologie v rámci magisterského studia, který mě oslovil, protože

zpochybňoval obecné tvrzení a pravdy a spojoval to, co mi bylo blízké - kritiku společnosti, podporu marginalizovaných jedinců.

První ataka mojí kamarádky 2004 – moje velmi dobrá kamarádka měla první psychotickou ataku. Setkal jsem se s ní ve chvíli, kdy její stav kulminoval, poté jsem ji navštěvoval psychiatrické klinice, kde si utvářela svoje přesvědčení o tom, co se jí stalo. Trpěla pobytem na psychiatrii především nedostatkem komunikace a porozumění ze strany personálu, nedostatkem pohybu, nedostatkem přirozených podnětů. V té době jsem získal dvě přesvědčení. Za prvé, že jsem během setkání s ní neadekvátně reagoval. Ve chvíli, kdy pronášela určité názory, která nebyla v souladu s mými obvyklými představami a vyjadřovala se značně metaforicky (počítače a budovy vysávají energii), byla velmi neklidná, rozcitlivělá, nebyla schopna se o sebe starat, jsem projevil nepochopení a nebyl jsem schopen na ni zareagovat. Druhé přesvědčení se týkalo prostředí, ve kterém se lidé v neobvyklém stavu vědomí ocitají, domnívám se, že nedostatečně saturuje jejich potřeby.

Napsání diplomové práce (2004) – napsal jsem diplomovou práci – Kritická analýza jednostranného chápání schizofrenie v psychiatrickém kontextu. (Šupa, 2004). Napsání práce mi přineslo větší vhled na vnímání hospitalizace lidmi s duševním onemocněním a zároveň ukázalo vliv kontextu psychiatrického zařízení na jejich prožívání hospitalizace.

Práce s lidmi s diagnózou duševní nemoci (2005-2011) - začal jsem pracovat jako psycholog s lidmi s duševním onemocněním, protože mi nestačila výzkumnická pozice vnějšího pozorovatele, ale potřeboval jsem se také zapojit. V roce 2008 jsem se stal odborným vedoucím v zařízení, které se věnuje lidem s duševním onemocněním

Start výzkumné práce (2006) – začal jsem pracovat na výzkumu v psychiatrických zařízeních, který by přinesl vhled do podmínek v psychiatrických zařízeních

Stáž ve Finsku (2010) – čtyřdenní stáž ve Finsku jsem využil pro srovnání rozdílných přístupů zdravotních sester pracujících v jiném systému péče, než zdravotní sestry z České republiky

2.1.2. Reflexe vlastní pozice

Mapování časových období slouží jako úvod pro reflexi vlastní pozice, motivů, které mě vedou k zabývání se oblastí duševního zdraví. Od roku 2006 se zabývám otázkami: Proč to dělám? Jak daná oblast se mnou souvisí?

- a) Role obhájce – v případě stigmatizovaných skupin se ocitám v roli obhájce s potřebou hájit jejich marginalizovaná práva
- b) Role kritika – kritický postoj k hegemonii psychiatrického diskurzu, který začal od prvního okamžiku, kdy jsem do psychiatrického zařízení vstoupil
- c) Role podporujícího – uvedené role vnímám jako součást mojí společenské identity, které propojují ve své roli podporujícího.

2.1.3. Shrnutí reflexe a stanovení rizik

Reflexe provedená prostřednictvím časové osy a reflexe vlastní pozice není samoúčelná. Slouží k transparentnosti výzkumníka a je také zdrojem informací přinášejících vhled do výzkumné otázky. Reflektování vlastních motivů výzkumníka vede ke zvyšování validity (Miovský, 2006). Subjektivně pak slouží k zachycení předpojatosti, jejího zhodnocení a odpoutání.

Zaujetí kritické pozice k současnému status quo panujícímu v psychiatrických zařízeních, hrozí riziko ovlivňování procesu sběru dat i jejich analýzy. Vzhledem k mému zaměření je nutné tyto rizika reflektovat.

Rizika

- a) Při sběru dat – ovlivňování rozhovoru se zúčastněnými osobami, tak, abych získal jen takové informace, které přispějí k diskreditaci práce personálu
- b) Při analýze a interpretaci dat – manipulace s daty, zkreslování na základě vlastní předpojatosti
- c) Při vytváření závěrů - potvrzení si vlastních stereotypních názorů o personálu a práci v psychiatrických zařízeních v souladu s kriticky laděnými autory

2.1.4. Snižování rizik

Ad a) Při sběru dat jsem reflektoval svoje pocity před diskusemi nebo rozhovorem. Během rozhovoru jsem se držel předem daných okruhů. Nechával jsem prostor sestrám pro diskusi, nebo monolog, aby se vyjádřili, jak v danou chvíli potřebovali.

Ad b) Při analýze dat jsem reflektoval proces analyzování podle postupu doporučeným Plichtovou (2002, viz kap. Metoda analýzy dat), ohraničoval jsem svoje předpojatosti vstupující do procesu podle pravidla *epoché* (Miovský, 2006:147). Vlastní očekávání, minulé zkušenosti jsem se snažil upozadovat a nezakreslovat. V některých pasážích analýzy jsem se uchyloval k deskripci, nebo jsem více nechával „promluvit“ účastníky, prostřednictvím delších ukázek. Pro pochopení některých situací (např. ohrožení) jsem využíval představivost a srovnával jsem ji s vlastní zkušeností z práce s lidmi s diagnózou duševní nemoci.

Ad c) Při vytváření závěrů jsem reflektoval, zda výzkum potvrzoval nebo odporoval dosavadním výzkumným zjištěním (viz Diskuse).

2.1.5. Závěr reflexe:

Sedm let jsem strávil v setkávání s lidmi s diagnózou duševní nemoci i s profesionály pracujícími na psychiatrii. Během této doby se moje názory a postoje vyvíjely. Pohyb v poli výzkumu mě zcitlioval na situace, ve kterých se ocitá člověk v roli profesionála s člověkem s diagnózou duševní nemoci. Je zřejmé, že získaná data interpretuji skrze tuto svoji zkušenost. Vzhledem k tomu, že psychiatrický diskurz dominuje poli péče o lidi s duševním onemocněním, tak u mě docházelo k vstřebávání jazyka, který pomáhá re-produkovat převažující sociální reprezentace o lidech s duševním onemocněním. Zároveň se mi podařilo tento typ diskurzu určitým způsobem oddělovat, prolínat a re-konstruovat v podmínkách sociální práce (Paleček, 2010).

Kritickým bodem mé práce bylo odpoutání se od pouhého samoúčelného kupení dat sloužící k znehodnocení práce personálu a zvýrazňování negativního dopadu psychiatrického systému na lidi s diagnózou duševní nemoci ***k vytváření konkrétních podnětů pro změnu.***

3. Průběh výzkumu

3.1. Průběh sběru dat

Výzkumný soubor pro výzkum byl vybrán pro zodpovězení výzkumné otázky záměrným výběrem v kombinaci s metodou sněhové koule (Miovský, 2006). Mým přáním bylo oslovit dvě psychiatrická zařízení. V jednom zařízení však výzkum nebylo možné provést, protože moje žádost o provedení výzkumu byla odmítnuta. V druhém zařízení byl sběr dat proveden metodou ohniskové skupiny, které se dobrovolně zúčastnily zdravotní sestry na základě informace vyhlášené na mojí vzdělávací přednášce v roce 2006. Zdravotní sestry doporučily *neobvykle uvažujícího* (dle slov účastnic výzkumu) zdravotního bratra, se kterým bych si *měl* promluvit. Další osoby jsem vybíral zkoumané osoby záměrně, abych pokryl potenciální úhly pohledu (Plichtová, 2002). Kvůli odlišení vlivu skupinové diskuse na tematizované prvky práce a komunikace s člověkem s diagnózou, jsem provedl interview s jednou zdravotní sestrou z psychiatrického oddělení. Rozhovor s ergoterapeutkou na mužském oddělení jsem nahrál kvůli jejímu častějšímu a bližšímu kontaktu s pacienty, než má zdravotnický personál a zároveň pro mě svými názory představovala prototyp nositelky „zdravého rozumu“, tedy laických teorií o duševním onemocnění a jeho léčbě. Zdravotní sestru - učitelku jsem kontaktoval kvůli jejím zkušenostem ze dvou psychiatrických zařízení, je součástí také jiného diskurzu, pedagogického, zajímalo mě, jestli se bude odlišovat od ostatních sester. Mým zájmem bylo také zjistit, jakou sociální reprezentaci předává svým studentkám. Pro získání alternativních diskurzů jsem natočil rozhovor s finskými sestrami z regionu Kainuu, které mají zkušenost jak z psychiatrické, tak komunitní péče a jejich přístup je založený na odlišné filosofii. Ze stejného důvodu jsem uskutečnil rozhovor se zdravotní sestrou ze Slovenska, která pro mě představovala možnost zaznamenat její koexistující zkušenost zdravotní sestry na psychiatrickém oddělení a psychiatrické sestry v komunitní péči ve slovenském prostředí. Odlišný přístup založený na podstatně jiném diskurzu o osobách s diagnózou duševní nemoci byl důležitý pro evokaci rozdílu mezi jednotlivými diskurzívními praxemi.

3.2. Výzkumný soubor

Popis osob účastnících se výzkumu v českém prostředí

Ohniskové skupiny se zúčastnily zdravotní sestry, které pracovaly na několika odděleních: mužském oddělení lidí s diagnózou psychóza, krizovém oddělení, JIP, dětském

psychiatrickém oddělení a měly různou dobu praxe (viz tabulka). Zdravotní bratr pracoval na mužském uzavřeném oddělení, jedna sestra pracovala na ženském, zdravotní sestra-učitelka měla služby na různých částech oddělení. Zdravotní sestra ze Slovenska aktuálně pracovala na psychiatrickém oddělení v nemocnici a podílela se také na vzdělávání dalších sester a na vedení oddělení.

Popis osob účastnících se výzkumu ve Finsku

Ve Finsku jsem uskutečnil rozhovor se dvěma zdravotními sestrami, přítomná byla i třetí, ale ta vůbec nemluvila. Zdravotní sestry měly dlouhodobou zkušenost z psychiatrických oddělení (10 let) i s prací v tzv. case-specific teamech (10 let), které podporují lidi v jejich přirozeném prostředí. Měly také výcvik v systemicky orientované rodinné terapii.

4. Metoda získávání dat

4.1. Ohnisková skupina

Ohnisková skupina (focus group) je v podstatě řízenou diskusí na dané téma. Tuto metodu jsem zvolil kvůli dvěma přednostem. První přednost této metody spočívá ve schopnosti získat velké množství údajů, které se budou týkat předmětu zájmu badatele. Ohniskové skupiny nejenže zprostředkovávají přístup k informacím o širokém rozsahu témat, jež nemusí být přímo pozorovatelné, ale také zajišťují, že údaje budou okamžité a přímo zacíleny na zájmy badatele. Další z předností, kvůli které jsem zvolil právě tuto metodu, je, že se při ní uvolňují racionalizační schémata a psychické zábrany a diskutující snadněji odhalují své postoje a způsob jednání, své myšlení a pocity v běžném životě (Hendl, 1997). Nevýhodou bývá vliv badatele na tvorbu témat a skupinová dynamika ovlivňující názory účastníků. V obou případech však nebylo prokázáno, že by tato metoda byla horší než jiné výzkumné metody např. individuální interview (Morgan, 1997: 27).

Kontext rozhovoru: Ohnisková skupina se zdravotními sestrami proběhla v přednáškové místnosti psychiatrického zařízení. Napřed bylo přítomno pět zdravotních sester s různými pracovními náplněmi, později jedna odešla a jiná přišla. Rozhovor byl nahráván na diktafon. Zdravotní sestry projevily dobrovolně zájem o výzkum, zaujal je totiž můj příspěvek o sociální reprezentaci lidí s duševním onemocněním u studujících na psychiatrickou sestru. Během rozhovoru jsem, kromě pokládání otázek směřujících ke komunikaci s lidmi

s duševním onemocněním, neváhal aktuálně se doptávat na témata, která mě zajímala a průběžně je oceňovat za jejich práci. Rozhovor proběhl ve víceméně dobré atmosféře, vnímal jsem změny komunikační praxi v případě, kdy jsem se opakovaně dotazoval na způsoby řešení náročných či nebezpečných situací, což se ukázalo jako jeden z důležitých bodů pro interpretaci diskurzu psychiatrických sester. Technickým problémem byla špatná akustika místnosti, takže některé části promluv během přepisu nešly rozšifrovat.

4.2. Polostrukturované interview

Při vedení interview jsem uplatňoval princip intersubjektivní a aktivního vedení dialogu, neboť vzájemné přibližování obou aktivních účastníků výzkumu – tazatele i respondenta přispívá k zvýšení schopnosti interpretovat získaná data skrze žité zkušenosti dotazovaných (Larsen, 2007). Rozhovory se odehrály v příjemné atmosféře živené mým upřímným zájmem o práci zdravotnických profesionálů. Jádrem interview bylo získávání informací týkající se komunikace mezi personálem a hospitalizovanými lidmi, podporujících prvků v komunikaci a role zdravotní sestry a opakovaně jsem se k nim vracel. Zároveň mě zajímalo, co si zdravotní sestra/bratr s komunikací mezi ní a pacientem spojuje, co je pro ni v tomto tématu důležité, jak rozumí svojí roli a výkonům s ní spojené a co podle ní komunikaci mezi ní a pacienty ovlivňuje. Pozitivně jsem reagoval na náročnost jejich práce, oceňoval jsem jejich práci, neverbálně jsem je povzbuzoval. Také jsem předkládal svoje tvrzení k ověření, případně sdílení (viz okruh otázek a témat). Sdílení společného sociálního rámce (v tomto případě práce s lidmi s diagnózou duševní nemoci) můžeme považovat za intersubjektivní počáteční bod pro pochopení situace druhého člověka, navozuje také „psychickou jednotu lidského společenství“ (Jackson, 2005 In Larsen, 2007). Nevyhýbal jsem se také trvání na otázce, která vyvolávala nepříjemné emoce (např. jaké postupy uplatňují v případě nebezpečných situací), neboť mě zajímalo, co a jak budou účastnice tematizovat. Chvillemi jsem nechával monolog druhého člověka volně plynout se zvědavostí, kam účastnice výzkumu zamíří, co bude ona sama považovat za důležité a co v rozhovoru zvýrazní. Cílem nebylo pouze získat konkrétní data, ale také témata, sytící diskurz.

Kontext rozhovoru: Rozhovor se zdravotní sestrou a bratrem jsem nahrával

v psychiatrickém zařízení, se zdravotní sestrou-učitelkou jsem se setkal na půdě školy, kde vyučuje. Rozhovor se slovenskou zdravotní sestrou jsem nahrál ve foyer hotelu Thermal. Ve Finsku proběhl rozhovor v restauraci během druhého dne stáže. V daném okamžiku jsem měl

již zkušenost s odlišností přístupu praktikovaného zdravotními sestrami vůči lidem s diagnózou schizofrenie, psychóza. Tato zkušenost nevznikla na základě prosté deklarace, ale na základě pozorování zdravotní sestry během dvou rozhovorů s pacienty a během dlouhých společných diskusí, kdy jsem měl možnost sledovat, jak mluví mezi sebou. Pozorované i nahrané rozhovory byly poznamenány skutečností, že ani jedna z konverzujících stran neměla za mateřský jazyk angličtinu, kterou jsme hovořili.

Tabulka č.2, Výzkumný soubor

Účastníci výzkumu	Využitá metoda sběru dat	Kód osoby	Délka praxe	Délka rozhovoru	N= počet osob
Skupina sester	Ohnisková skupina	D1, D2, D3, D4, D5	3 měsíce – 14 let	100 minut	5
Zdravotní bratr	Polostrukturované interview	B	13 let	65 minut	1
Zdravotní sestra	Polostrukturované interview	D	2 roky	70 min	1
Zdravotní sestra - učitelka	Polostrukturované interview	DU	4 roky	100 min	1
Ergoterapeutka	Polostrukturované interview	E	24 let	60 min	1
Zdravotní sestra - Slovensko	Polostrukturované interview	S	20 let	26:47 min	1
Zdravotní sestry - Finsko	Polostrukturované interview	F1, F2	20 let	21:51min	2
Celkem osob					12

Reflexe procesu výběru otázek

Na skupinu i rozhovory jsem měl předem připravený okruh otázek. Mým cílem však nebylo provést zcela zopakovatelné interview, ale respektoval jsem živý prostor rozhovoru a nechal

se vést směry, které komunikační partneři nabízeli. V prvních fázích výzkumu jsem pokládal otázky, které se zaměřovaly na názory zdravotních sester na komunikaci s pacientem se schizofrenií. V rozhovorech pozdějších (sestry z regionu Kainuu, Finsko, sestra ze Slovenska) mě zajímala reflexe toho, jak role sestry ovlivňuje proces komunikace s pacientem s diagnózou schizofrenie, psychóza. Zatímco v první fázi kladení otázek jsem zkoumal psychiatrický diskurs spíše „zevnitř“ a v ohnisku rozhovoru byla komunikace mezi personálem a pacientem, později jsem se více soustředil na vytvoření meta-pozice, jak sestry reflektují svou vliv role „zdravotní sestry“ na komunikaci s pacientem. Na tuto otázku jsem se více zaměřoval v rozhovorech, kde jsem předpokládal možnost odstupe od role psychiatrické sestry, tedy v rozhovorech se sestrami z regionu Kainuu, Finsko a zdravotní sestrou ze Slovenska. Tematizoval jsem také některé závěry předchozího výzkumu (Šupa, 2004) - nedostatek času personálu, role strachu při práci sestry - s cílem dosáhnout reprezentační validizaci analýzy prostřednictvím reflexe sestry s dlouhodobou praxí.

Okruh otázek pokládaných v průběhu diskuse:

Co podle vás ovlivňuje komunikaci mezi personálem a hospitalizovanými lidmi?

Jakou jste měla nejnáročnější skupinu pacientů?

Jaký je rozdíl mezi personálem s psychoterapeutickým výcvikem a bez výcviku?

Jak vás ovlivňuje strach v práci, o kterém jste mluvila?

Jaké máte pravidla pro zvládání krizových situací?

Co vám přijde důležité v komunikaci pro zlepšování pacienta?

Co je pro vás v komunikaci s pacienty těžké?

Co vás na práci těší?

Jak si myslíte, že pacienti vnímají vaši práci a vaši roli?

Okruh otázek pokládaných v průběhu rozhovorů zdravotní sestra, zdravotní bratr, ergoterapeutka:

Co Vám přijde v komunikaci mezi sestrou a lidmi s diagnózou schizofrenie, psychóza z Vašeho pohledu nejdůležitější?

Jak si s nimi povídáte?

Jak pomůže rozhovor pacientovi?

Zajímalo by mě, jak si získáváte důvěru?

Jaký je rozdíl mezi teorií a praxí?

Co dělat, když je člověk agresivní?

Jak budujete důvěru?

Co pacient nejvíce ocení na vašem přístupu?

Co je pro Vás náročné komunikaci s pacientem?

Co byste řekla studentkám, že je důležité pro komunikaci s člověkem s psychózou?

Co je profesionalita?

Co byste poradila výzkumníkovi, který mapuje oblast komunikace mezi personálem a pacientem, na co by se ještě mohl zeptat, na co by se mohl zaměřit?

Co považujete za nejdůležitější v komunikaci s pacienty?

Promítá se nějak do komunikace psychiatrie jako instituce?

Jak jste řešila agresivitu v rozhovoru?

Co vám přijde obtížné v komunikaci s pacienty?

Co byste naučila nové sestry na oddělení?

Okruh otázek pokládaných v rozhovoru se sestrami z regionu Kainuu, Finsko:

Jak si myslíte, že role sestry limituje komunikaci s pacientem?

Co je pro vás nejdůležitější v komunikaci s pacientem?

Jak vás ovlivnil váš psychoterapeutický výcvik?

Okruh otázek pokládaných v rozhovoru se sestrou ze Slovenska:

Co je podle vás nejdůležitější nebo co nejvíc ovlivňuje komunikaci mezi zdravotní sestřičkou a pacientem s duševním onemocněním?

Zmiňujete nedostatek času na rozhovor, jaké činnosti převažují nad komunikačními?

Do jaké míry ovlivňuje role sestry komunikaci s člověkem v roli pacienta?

Myslíte si, že je to role nějak spojená s mocí?

Myslíte si, že vnímání role pacienta zabraňuje vnímání člověka?

Co si myslíte o ovlivňování mladších sester staršími?

Jak si myslíte, že sester na psychiatrickém oddělení ovlivňuje strach?

Myslíte si, že strach sestry a nedůvěra vůči pacientovi ovlivňuje jejich komunikaci? A jak?

Co si myslíte, jak by měla sestra co nejlépe mluvit s pacientem?

Jak vás ovlivnila práce v komunitní péči?

5. Metoda analýzy dat

Analýzu můžeme ve shodě s Miovským (2006) označit za nejobtížnější fázi realizace výzkumu. Poměrně široká míra volnosti výkladu jednotlivých metod v kombinaci s jejich „mělkým“ teoretickým popisem vytváří na jedné straně určitý prostor, ve kterém se výzkumník může svobodně pohybovat, ale na stranu druhou může ztěžovat pohyb k cíli nedostatečným „orientačním vybavením“ (Harper, 2006).

Pro analýzu diskuse a rozhovorů byl využit program NVIVO 2007. Počítačový software umožňuje propojovat fázi zpracování a přípravy dat pro analýzu a samotnou analýzu (Miovský, 2006:213). V programu je možné propojovat nestrukturované (free nodes) a strukturované (tree nodes) kódování, srovnávat části textu, ke kterým byly připojeny stejné kódy, vytvářet jádrové kategorie, hledat vztahy mezi vytvořenými kategoriemi a zobrazovat kvantitativní údaje týkající se kódů. Program také zobrazuje „zahuštění“ textu kódy, což umožňuje všimnout si potenciálně klíčových okamžiků rozhovoru.

Během celého procesu analýzy jsem se držel postupu dle Braun, Clarke (2006, In Machovcová, 2010).

Postup analýzy:

1. **seznámení se s daty:** přepis, pročitání, zaznamenávání prvotních nápadů.
2. **vytvoření prvotních kódů:** kódování zajímavých rysů napříč daty, slučování relevantních dat.
3. **hledání témat:** slučování kódů do potenciálních témat, shromažďování všech dat relevantních k danému tématu
4. **revize témat:** kontrola, zda témata odpovídají kódovaným extraktům (úrovni a celému setu dat (úroveň 2), vytvoření tematické mapy analýzy
5. **definování a pojmenování témat:** postupující analýza, zpřesňující názvy jednotlivých témat a celkového tématu, které je pro analýzu nosné
6. **sepsání zprávy:** selekce viditelných, působivých příkladů, finální analýza vybraných částí, vztahení k výzkumné otázce a sepsání zprávy.

Vzhledem k evidentnímu předpokladu potencionálních zkreslení vlastními schematickými předpoklady, jsem se držel doporučení vycházejících od Plichtové (2002: 136), která zdůrazňuje opakovanou reflexi výzkumníka při počítačové analýze dat a tvorbě kategorií:

1. Tvorba archívu: získání a shromažďování textů

2. Segmentizace textu – členění textu na relativně samostatné části, která ulehčuje orientaci v textu prostřednictvím snadněji přístupného katalogu jednoho tématu. Výsledkem segmentizace je stanovení si jednotek analýzy. Ta může být vymezena taxativně (knihy, články), syntakticky (paragrafy, věty, slova, slovní spojení), referenčně (objekty, události, osoby, skupiny, instituce) a tematicky.

3. Oponentura navrhnutého způsobu segmentizace textu – výzkumník reflektuje relevantnost segmentizace, neboť komplikovanější text může být přístupný různým způsobům porozumění. Dalšími kritérii je jednoznačné odlišení jednoho segmentu od druhého a teoretické zdůvodnění.

4. Cyklus čtení a psaní poznámek k textu – pokud význam textu souvisí s kontextem (kdo, komu, jak, proč a v jaké situaci), ve které se rozhovor odehrál, pak je důležité, aby si výzkumník tyto souvislosti explicitně uvědomil.

5. Tvorba a oponentura systému kategorií – vytvořené poznámky reflektující úvahy nad textem se systematizují do podoby kategorií, které sledují jejich druhovou rozmanitost. Vztahy mezi jednotlivými kategoriemi téhož systému by měly být navzájem vylučující, co by měla zajistit explicitní definice významu jednotlivých kategorií a vymezení jejich hranic. Potřeba je několik cyklů čtení, kódování, a ověřování systému kódů.

Pro ověření systému vytvořených kategorií jsou užitečné dva způsoby – buď vedení dialogu v týmu, nebo kritická reflexe výstižnosti zvolených kategorií. Během výzkumu jsem využíval oba způsoby, jak vedení diskuse s kolegyní, tak reflexi vlastní pozici v kontextu výzkumu a zkoumání předpojatosti, která by mohla ovlivňovat proces analýzy a vytváření závěrů.

Od tvorby kategorií jsem postoupil k procesu hledání vztahů. Využíval jsem jak metodu zachycení vzorců („gestaltů“), který si všímá opakujících se principů, vzorců a struktur (Miovský, 2006), např. při analýze příběhů vykreslujících obavy a strach sester na psychiatrickém oddělení, tak i analytickou indukci, která analýzou propojených indikátorů odhaluje zaměření aktéra, jeho motivaci, zodpovědnost, způsob interpretace a jeho laické teorie (Plichtová, 2002), např. při analýze vysvětlování příčin agresivity u hospitalizovaných lidí s diagnózou schizofrenie, psychóza.

Takto lineárně popsany postup však nemůže přesně podchytit spirálovitě probíhající procesy během analýzy, ať už během technického procesu analýzy textu či hypotetizování v hlavě

výzkumníka. Lépe popisuje proces výzkumu Konopásek (2005:92), když mluví o „postupném rozšiřování a zahušťování sítě, jejímiž uzly jsou datové dokumenty, úryvky, kódy, analytické poznámky, a dokonce i samotná propojení těchto objektů“. Cílem analýzy bylo dosáhnout tzv. „zhuštěného popisu“ (Geertz, 2000).

Během kódování však docházelo k procesu paralelnímu s procesem diagnostikování. Jakmile jsem začal překrývat konverzace s účastnicemi kódy a kódy transformovat do témat, tak se začala ztrácet fenomenologická hodnota výpovědi. „Žitá“ hodnota byla redukována na hodnotu „informativní“, nijak srovnatelnou s hodnotou, kterou jí účastnice přikládaly. Obzvlášť to bylo znát během kódování emocí a náročných situací. V takovém okamžiku jsem si uvědomoval cennost možnosti vedení dialogu nejen s osobami během interview, ale i výzkumníka se získanými daty. Vedle sebe stojící výpovědi, aniž by jedna zaháněla druhou, společně vytvářely sdílený prostor pro vznik nových významů (Marková, 2003). Postupující analýzou textu se zprvu kódy staly statickým popisem reality, aby později daly vyniknout procesu konstruování, které přesněji zachycuje dynamiku každodenní reality práce sestry v psychiatrickém zařízení.

5.2. Limity zvoleného přístupu a validita výzkumu

Výzkum si neklade nárok na pojmenování všech jevů, které hrají roli při porozumění a přiblížení se k pacientům s diagnózou duševní nemoci. Cílem je ukázat, *jak* sestry aktuálně konstruují svou roli, práci a pacienta, v rozhovoru i v rámci skupinové diskuse. Cílem výzkumu není vytvářet homogenní kategorie zdravotních sester ani generalizovatelných způsobů diskurzů, ale zpřítomnit, *že* sestry v diskurzu oscilují mezi různými způsoby konstruování pacienta v závislosti na různých proměnných. Interpretace se děje skrz výzkumníkovo před-porozumění situaci, sic reflektované, ale přeci jen před-porozumění. Pro zajištění validity je postup, co nejpodrobněji popisován a výzkumník se v tomto případě drží technik doporučených Miovským (2006) a Plichtové (2002). Validita výzkumu může být dosáhnuta prostřednictvím důsledného ověřování a zpochybňování vlastních názorů, jak bylo naznačeno výše. Výzkumný postup a jeho výsledky jsem diskutoval s Mgr. Vlastou Jánskou (Katedra sociální práce, FSS MU), která provádí výzkum zaměřený sociální konstrukci duševního onemocnění u sociálních pracovníků. Společně jsme se zaměřili na vyjasnění si vlastních výchozích pozic a vlastních sociálních konstrukcí o sociálních sestrách, což vedlo k provedené reflexi.

Schéma analýzy

Tabulka č.3, Schéma analýzy

Konstruování rolí v psychiatrickém diskurzu		Konstruování interakce mezi sestrou a pacientem	Alternativní diskurzy
Konstruování role sestry	<p>Role sestry diskurzy o rolích zdravotní sestry</p> <p>Diskurz o profesionalitě diskurzy konceptualizující profesionalitu zdravotní sestry</p>	<p>Diskurzy o interakci diskurzy charakterizující způsoby interakce mezi sestrou a pacienty</p> <p>Podmínky interakce diskurzy o vlivech na komunikaci mezi sestrou a pacientem</p> <p>Vztah lékař – sestra diskurzy o komunikaci lékaře a sestry a jejich vlivu na pacienta</p>	<p>„Finský“ diskurz diskurz o využití jiné filozofie přístupu v práci psychiatrické sestry</p> <p>„Komunitní“ diskurz diskurz o práci psychiatrické sestry v terénu</p> <p>Laický diskurz diskurz o pacientech z laicko-profesionálního pohledu</p>
Konstruování role pacienta	<p>Role pacienta diskurzy o atributech pacientů a diagnóze</p> <p>Duševní nemoc diskurzy o sociálních reprezentacích duševní nemoci</p> <p>Léky a léčba Diskurzy o léčení Biologické aspekty nemoci a psychoterapie</p>		

6. Konstruování role zdravotní sestry

„A oni třeba chtěou pomoc, ale zároveň třeba ubližujou. Protože oni se většinou zajímají o to, jak se ten člověk chová navenek, ale nestarají se o to, co cítí ten člověk. Ono je to těžký u každého zjistit, co zrovna v tu danou chvíli ten člověk cítí, tam je těch pacientů tolik, takže...“

L., 2004

Analyzovaná data získaná z rozhovorů se zdravotními sestrami o jejich komunikaci a přístupu k pacientům na psychiatrických odděleních jsem dělil do dvou typů - **diskurzy týkající se rolí a diskurzy týkající se interakce**. V diskurzích týkajících se rolí se hovořilo o tom, jaká je role sestry, v diskurzích týkajících se interakce se tematizovalo, o čem práce sestry s pacientem je. V rámci obou diskurzů se objevovali schopnosti, dovednosti týkající se zdravotní sestry.

Tabulka č. 4, Přehled rolí zdravotní sestry, činností, schopností a vlastností

Role zdravotní sestry	Činnosti zdravotní sestry	Schopnosti a vlastnosti sestry
Explicitní advokátka pacienta, prostředník v komunikaci, terapeutka, ošetřovatelka, partnerka v komunikaci, trenérka	mluvit, vysvětlovat, odpovídat aktivizovat, udržovat klid, zvyšovat sebevědomí, být k dispozici, poskytovat ošetřovatelskou péči, naslouchat, dávat vzor, najít nitku, poskytnout pohled z různých úhlů hlásit lékaři změny pacienta, zajímat se o pacienta, podporovat, dodávat naději, medikovat, sledovat příznaky	být v kontaktu s lidmi, kteří jsou nepříjemní, páchnou protivní, zachovávat důstojnost, poskytovat korektivní zkušenost, dávat respekt pacientovi, vzbuzovat respekt skrz svoji profesionalitu, ovládat emoce, udržovat odstup, být samostatná, být obezřetná, měla by být empatická, trpělivá, mít rád lidi, neměla by být urážlivá, vztahovačná, být zkušená, mít teoretické znalosti, být vlídná, být zkušená, umět komunikovat
Implicitní kontrolorka, omezovatelka, vzor, hledač, pozorovatelka, zpravodajka	nutit ke spolupráci, dohlížet, kontrolovat, omezovat	----- ----

Propojením rolí, činností a charakteristických vlastností a schopností sester se objevuje část zneviditelnovaných atributů role, které souvisí s využíváním restriktivních opatření a omezujících prostředků. Toto zneviditelnění bylo často v jazyce sester vyjádřeno pasívním slovesem „ono se to děje“. Zdravotní sestry otevřeně hovořily o tom, jak využívají restriktivní opatření, jak pacienty kontrolují, jak využívají fyzické nebo početní převahy,

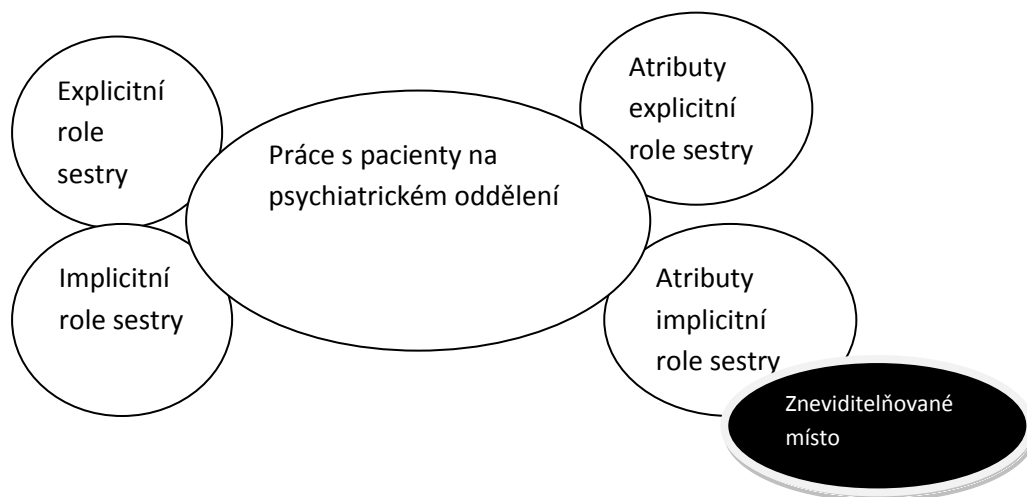
avšak role, ve kterých se v takové chvíli, ocitají a jejich attributech zůstávaly mimo ně. Někdo musel rozhodnout, někdo musel rozhodnutí provést, ale zodpovědnost za provedení aktu prostřednictvím jazyka delegovaly na instituci nebo rozpouštěly ve skupinové zodpovědnosti prostřednictvím jazyka „my“.

DU: ... potom se začal teda šokovat, protože na medikaci on nikdy ...mmm... neto ...nezabíral, ...

DU: ... jo? To se pohlídá ... tím, že se pacientovi řekne, víte co, až s váma bude řeč, až na tom budete trochu líp, tak vás odvážem, budem pokračovat dál ... jo? Je to prostě na základě domluvy, ..

Explicitní role sester i některé role implicitní jsou spojeny s atributy, se kterými se sestra může snáze ztotožnit (vlídná, komunikačně schopná). Atributy role spojené s kontrolou, dozorem, kurtováním a podáváním medikace však zůstávají v rozhovoru méně viditelné. Můžeme si představit, že by sestry byly hrdé na to, že mají fyzické dispozice pro zvládnutí pacienta, šikovně kurtují a lživě podávají medikaci v určitých situacích. Ale to jsou všechno úkony, které se nepropojují s obrazem vlídné a milé sestry, která je k dispozici svým pacientům. Prostřednictvím jazyka si sestry vytvářejí distanci od určitých aspektů svojí práce.

Obrázek č.2



Diskurz „řádová sestra“/ „dozorkyně“⁴³

Při popisování práce, přístupu a činností, se vynořily dva typy diskurzů, které ukazovaly „co“ se v dané chvíli prostřednictvím péče uskutečňuje - diskurz „řádové sestry“, diskurz „dozorkyně“. Vytvořené kategorie diskurzu nemůžeme ztotožňovat s pevně ohraničenými

⁴³ Při pojmenování jsem se inspiroval Foucaultem (1996)

rolemi, které by se měly stát redukcující nálepkou, ale spíše jako aspekty vykonávaných aktivit, jako proměňující se oblek. Diskurzy jsem pojmenoval na historickém základě povolání objevujících se v psychiatrických institucích– „řádová sestra“ z kláštera a „dozorce“. Obě kategorie polarizují způsob zacházení s lidmi s duševním onemocněním mezi pečování a dohlížení a vytvářejí kontinuum interakčního prostoru, ve kterém se kontakt sestry-pacient odehrává.

Diskurz „řádové sestry“

Diskurz „řádové sestry“ vymezuje rámec zahrnující diskurzy, vykreslující explicitněji reflektované stránky zdravotní sestry. Vykresluje zdravotní sestru jako trpělivou, vlídnou, upřímnou a autentickou, která je dobrá a má ráda lidi, je schopná odpouštět, vzbuzovat důvěru, ochotná „být tady pro ně“. Sestra je reprezentována především jako pozitivní bytost, která se na stoprocent věnuje svým pacientům.

D: ... že jsme s nima ... že jsme vlídní k nim ...

T: hmm

D: ... asi ten přístup, myslím, že tady je hodně důležitý, ...

D1:....a být trpělivý a

Diskurz je spojen se sebezapřením, které přináší práce s pacienty, kteří (někdy) „zapáchají“ a jsou „protivní“.

DU: ... musí být jako ... dobře, musí mít rád lidi, ...

V: hmm

DU: ... řekla bych.aaa... a musí být schopen komunikovat i ... eee ... s lidma, kteří jsou mu třeba krajně ... nepříjemní.

V: hmm

DU: Musí to perfektně zvládnout, i když ten pacient ... zapáchá, i když je protivnej,

Zároveň ukazuje stránky psychiatrického zařízení, které naplňuje potřeby nejchudších, o které se řádové sestry staraly. Zahrnuje sociální stránku psychiatrické péče. Psychiatrické zařízení se stává institucionálním azylem.

D: ... někteří určitě, no ... taky taková ta sorta lidí, kteří sem ... jako myslím třeba bezdomovce, který se sem vrací ...

V: hmm

D: ... na zimu uchýlit se ... což já ... proti ... no, samozřejmě, že to není asi ... asi správný, protože ... pak zabírají místo těm, který by to opravdu potřebovali, ...

V: hmm, hmm, ...

D: ... ale zase na druhou stranu ... když to vezmu z našeho pohledu, tak ... tak to jsou strašně skromní pacienti, ...

V: hmm

D: ... my si je tady umejem, nakrmíme a oni jsou strašně spokojení, že mají kde být ...

Diskurz „angažovaná sestra“

Angažování se v komunikaci je důležitým předpokladem pro vedení rozhovoru. Odvíjí se od sestry deklarované „ochoty být k dispozici“. Na čem však tato ochota závisí? Jedním z předpokladů je ochota spolupráce pacienta na léčbě. Pokud pacient nespolupracuje, tak je mu odepřena laskavost spojená s rolí „řádové sestry“, můžeme jej nazvat **diskurz o podvolení**. Představa o domluvě sestry s pacientem staví na „laskavém nucení“ k přijetí léčby.

D: ... a ... jo? Že ... na té psychiatrii to je asi složitější v tom, že ... že sem přicházejí lidi, kteří nemají náhled na to onemocnění, ...

V: hmm

D: ... jo? Že prostě my je musíme přesvědčit o tom, že bohužel ta nemoc přišla ... a že se s tím musí něco dělat...

DU: S tím, že čeká, až on chce se sebou něco udělat, protože když ten člověk nechce, tak ... i kdybysme se postavily na hlavu... tak... jo?

T: hmm

DU: Když nepřistoupí na spolupráci, tak ... tam se udělá výkon a tím to končí...

DU: ... doprovázení spíš na to vyšetření, to už dělají ošetřovatelky, jo? Dělá veškerý takový ty ošetřovatelský úkony ... a v podstatě ... mmm... řekla bych takovým tím ... laskavým způsobem nutí pacienta k ... spolupráci

V druhém diskurzu, který můžeme nazvat **diskurz o běžné sestře**, bylo zvýrazňováno osobní zaměření sestry na výkon, související s udržováním bezpečnosti na oddělení a vykonávání ošetřovatelské práce.

S: do aké miery je empatická, ako veľmi je zapojená do toho a tam ona potom už rieši aj tie vyššie stupne té Maslowovej hierarchie, ale pokiaľ je to taká bežná, ktorá chodí do práce a je zameraná na výkon, zabezpečuje základné fyziologické funkcie a potreby pacienta a potom tu bezpečnosť.

Diskurz „dozorkyně“

Diskurz dozorkyně je spojen s dohledem, kontrolou, využíváním restriktivních opatření, využívání medikace jako způsobu ovládnutí „neklidu“. Dozor a dohled se vynořoval ve dvou souvislostech, při referování o strachu (obavy, úzkost) z nebezpečí pacienta a zodpovědnost za ostatní pacienty. Kontakt je vytvářen jako forma kontroly stavu pacienta.

V: A děje se to, že je vyhledáváte ... takhle ... abyste s nima byla v kontaktu?

DU: Eee ... děje se to ... děje se to... hlavně ... hlavně si dáváme pozor na toxikomany,

DU: ...jo? A ještě kde je ten zvýšený dozor, to je prostřední část oddělení v podstatě. No a ... tam právě se setkají s jinými pacienty, kteří nemusí mít schizofrenii, můžou mít depresi, ti pacienti se tam nedávají podle diagnóz

Za formu kontaktu je považován i prostý oční kontakt, který slouží ke zhodnocení stavu pacienta a k předání zprávy lékaři.

D5: mluví, sestřičky, třeba nadávají doktoři, že prostě nemluví s těma lidma, ale jim stačí jenom kouknout

V: ihm

D5: prostě vidí... a je to

Pozorovány jsou symptomy nemoci, které slouží jako ukazatel zdravotního stavu pacienta. Co je pozorováno, však závisí na vyhodnocování pozorovatele. A zároveň se pozorované pod vlivem pozorování mění. Někdy může být jako „nemoc“ vyhodnoceny projevy chování, které mohou být za jiných okolností vyhodnoceny jako smysluplné.

D: To jim vždycky říkám, vždycky když dostanou nějaký prášek, oni vždycky chtějí ...chtějí vědět, jak se to jmenuje, ta pilulka, ...

T: hmm

D: ... teďka zkouší sestru ... třeba je fůra léků, který mají stejnou chemickou látku, ale jinak se jmenují, ...

T: hmm

D:... jo? A když jim řeknete ten jiný název ... nebo to vypadá jinak, tak oni okamžitě jsou jako ohrožení, ale já jsem vždycky bral dva bílý a teď tady mám dva ty růžový ... a co to je, jo

Kontrolování pacientů se odvíjí od odpovědnosti sestry za pacienty. Tato zodpovědnost vytváří na sestru tlak, který směřuje k využívání medikace a restriktivních opatření. Mnohdy preventivně.

DU: ... musíme se vlastně starat o ostatní pacienty, aby jim někdo něco neudělal, ... k tomu slouží vlastně ta kontrola jejich veškerých věcí, jo?

D1: Lékař by to měl poznat my ovšem musíme nějak reagovat preventivně, pořád být krok napřed...zkoušíme je kontrolovat musíme kontrolovat...

V: Každýho jako pacienta?

D4: Každýho, na uzavřeném oddělení každého pacienta, že jo?

D3: každého třeba ne, ale když takovej nějaký jako těžkej, těžko reflektovat,

Diskurz “neklid”

Sestra je také zodpovědná za zamezování *neklidu*. Neklid se stává objektem, který je očekáván i tlumen, chování pacienta mizí za znejasňující oponou metaforicky konstruované atmosféry, pacient je *rozjetý* a *rozhazuje* oddělení. A najednou se objevuje také „ostatní“ práce, než být v kontaktu s pacienty. Co je ta ostatní práce? Byrokratické papírování, mluvení s pacienty, kteří jsou klidní? Pacienti, kteří se stávají součástí „neklidu“ jsou vylučování z těch, kteří by měli dostávat podporu sestry. Na druhém příkladu lze doložit, že obraz situace lze v jazyce zpodobňovat mnohem jasněji. Dva lidi obtěžují jiné lidi a tak sestra zasahuje, staví se do pozice ochránce.

DU: když ten doktor očekává nějaký neklid napsané prostě při neklidu podat tohle a tohle a potom už je to individuálně na té sestře, kdy ona ... zjistí, že ten pacient se začíná rozjíždět v uvozovkách ... tak kdy mu to podá zavčas... je lepší mu to opravdu dát zavčas ať už něco na ztlumení nebo něco proti úzkosti, než ho nechat ...mmm... zdekompenzovat

V: hmm

DU: Nestojí to potom za to ... jo? Protože jeden, dva pacienti vám opravdu dokáží rozhodit celé oddělení ...

V: hmm, hmm

DU: ... jo? A potom nestíháte tu svoji práci vystatní...

D4: je fakt, že je to o tom, že je tu jedna osoba téměř, nebo dva lidi najednou, tudíž dáváme do klecového lůžka, když tady fakt obtěžuje i pacienty,
V: ihm,
D4: oni si stěžují, že jim nedá pokoj,

Diskurz „restriktivní opatření“

Diskurz o restriktivních opatřeních je součástí veřejného diskurzu o omezování pacientů a řeší na úrovni médií i právní sporů, což si sestry uvědomují. Vzhledem k tomu, že využívání restriktivních opatření je společensky kontroverzní téma, je nutné jejich využívání *objasňovat*. Diskurz o restriktivních opatřeních se vedl opatrně a od začátku v obranné pozici. Zařazením mezi běžné výkony sestry vytváří dojem normální součást práce, která „tak prostě je“.

V: hmm ... ty výkony myslíte jako ...

D: Běžně, co se dělá prostě s pacientama, no... to píchání injekcí, a ... tady ty restriktivní metody, který jsou ... o kterých se hodně mluví...

Restriktivní opatření jsou prezentovány jako užitečné prostředky pro dobro pacientů, případně pro zvládnutí strachu z agresivity. I když takto postavená věta zahrnuje možnost jejich využití v jiných situacích (např. když se pacient opakovaně dotazuje). Během konverzace proběhlo (na základě přereknutí sestry) uvědomění, že se využití takových prostředků pacientům nelíbí. Slovo *indikace* odkazuje k odbornému vědění sestry, které má ztvrdit správnost daných postupů před výzkumníkem. Sestra se snaží zamezit negativnímu vnímání restriktivních opatření a navodit dojem profesionálních postupů při jejich využívání.

D: Takže my je nezavíráme jenom proto, abysme se jich zbavili, aby... nebyli agresivní, nebo tak ...

V: hmm

D: ... ale, aby nám třeba tady nebloudili po oddělení, aby nám někde neupadli,

D: No, ... tak určitě pro ty lidi, který třeba omezujem v těch síťových lůžkách, tak to by oni o ...oželeli, ... i když ... prostě ta indikace tam je třeba správná v tu dobu,

Součástí diskurzu je také vnímání pocitů pacienta. Personál může být zainteresovaný v prožívání pacienta, i když se tak vždy neděje. Skupinová příslušnost k personálu zabraňuje procesu zpětné vazby, která může sloužit k pozitivní změnám při využívání restriktivních opatření.

D2: jako snažit se jako, když je třeba omezujete, tak aby to co nejvíce bolelo, když jste v té situaci jako, snažit to omezení včas, tak aby je nebolelo, a pak prostě, je to myslím, doby, když se to používalo, ale teďka jako jo, je to, tak třeba

B: Mě třeba osobně vadí jedna věc ... a to ... jako. vidím .. vidám často, nebudu to jmenovat, ale vadí mě, když třeba ... eee... se takovej pacient zvládne ... neříkám, že je to u nás, ale zažil jsem to, prostě, ... a ten člověk je vlastně... omezený v

pohybu, ...
V: hmm
B: ... má v sobě tu injekci ... a ten personál odchází a vlastně začnou se bavit o něčem třeba i jiným, ale začnou se smát, jo?
V: hmm, hmm
B: A já tohleto nemám rád, protože ... eee... myslím si, že jako personál by měl odejít teprve někam do místa, kde není slyšet
V: hmm
B: ... a tam si probírat svoje věci, ale když ten člověk je vlastně fyzicky přemoženej, ...
V: hmm
B: ... je vlastně ... pokořenej, ...
V: hmm
B: ... aaa vlastně svázanej, znehybněnej ... a oni vlastně odchází ty lidi ... a smějou se, tak ...
V: hmm
B: ... je to úplně to nejhorší, co se vám může stát, ...
V: hmm
B: ... to ... to je hrozný, to si nedovedu představit, ...
V: hmm, hmm
B: ... že bych to někdy vůbec takhle zažil ... jako ... musí to bejt strašný... a proto třeba na tyhleto momenty já jsem docela alergickéj nebo jako takhle vadí mě to, jo...
V: hmm, hmm
B: Ale zase je to vo osobnostech, jsme jenom, lidi, jo ... takže ...
V: hmm
B: ... nebudu nikoho učit, co má dělat, jo?

Zpochybňování praxe restriktivních opatření vychází ze zkušenosti ze zahraničí, kde omezování není součástí práce personálu. Sestra reflektuje důsledky pro vztah pacienta a omezující sestry, zároveň však potvrzuje aktuální praxi v psychiatrických zařízeních.

S: on niebmedzuje, lebo sa narúšia terapeutický vztah, lebo jak já možem potom presvedčiat, že mu chcem dobre, keď som ho obmedzila do popruhu

V: hm, ano

S: hej, čiže, je to také na diskusiu ještě, ale ta realita je tam taká, dá sa veľa robiť, ale je úlohou managementov, oni musia vážne k tomu pristupit, čiže, ty ktorý to majú na starosti musí hľadať alternatívy v rámci možností, ktoré sú.

Shrnutí

Diskurz „řádové sestry“ funguje jako pozitivní proud, se kterým se zdravotní sestra může ztotožňovat a odkazovat se na něj, při formulování hlavních činností sestry. Nese „étos“ profese, vyjádřený slovním spojením „měla by“ a vytváří obraz sestry jako dobré bytosti pomáhající svým pacientům. Zatímco diskurz o „řádové sestře“ se vede explicitně, neboť v něm se ozřejmuje, jak sestra pomáhá, tak diskurz „dozorkyně“ je v diskusích o každodenní práci sestry *zavinut* nebo vystupuje na povrch v souvislosti s využíváním restriktivních opatření, ve kterých hraje hlavní roli pocit ohrožení a pocit zodpovědnosti za ostatní. Zkoumání diskurzu „dozorkyně“ skýtá příležitost k pochopení, jak zdravotní sestry zacházejí s problematickými situacemi, které mohou být klíčové pro pacienta s diagnózou psychóza. Diskurz o restriktivních opatřeních variuje od omezení pro „dobro pacienta“, případně

ostatních pacientů, které objektivizuje využívání omezujících prostředků, až po zahrnování vnímání situace pacienty. Pro zamezování dojmu nevhodně volené praxe dochází k distribuci zodpovědnosti na pacienty (oni jsou tak těžcí, že si za to můžou), na část týmu (může za to lékař, protože...) nebo sestry vytváří dojem *běžnosti* praxe (děláme to tak všichni). Klíč ke změně vnímání pacienta spočívá v podvolení se léčbě a získání náhledu na nemoc. Tím dochází k sebezpotvrzení nezbytnosti využívaných postupů u pacienta a vytváří se dojem jejich správnost. Diskurz o podvolení se léčbě vytváří kategorii „nevědčích“ pacientů bez náhledu, u kterých se vytrácí motivace sestry angažovat se v kontaktu s nimi.

Diskurz o profesionalitě

„může být už zkušenost z nějakýho prvního pobytu, tam se vám třeba stalo něco špatnýho, potom v tom dalším pobytu už máte pocit, že jste špatnej a už nemluvíte a neříkáte těm...a bojíte se, toho personálu se bojíte a já mám takovouhle zkušenost, ale mám taky zkušenost, že třeba když jsem omdlela třeba po nějakým léku a najednou u mě byly dvě sestra, hned, ani nevím jak se tam vzaly a perfektně se o mě postaraly, takže takový ty nepsychiatrický věci tam byly zmáklý dobře ale ty psychiatrický věci, právě ty prožitkový, kdy člověk má uvnitř strach v sobě, to se vás nikdo nezeptá. Vy se bojíte? Čeho se bojíte, nebojte se...proč se bojíte, nebojte, tady vám nikdo neublíží...tak to tam není.“

„...aby se snažili vcítit se do toho pacienta a třeba jsem tam měla zkušenost, že se posmívali po těch elektrošocích, jako že se tam nějak motají, tak aby se neposmívali. Takový rady spíš jako, aby byli člověkem.“

L. (2004)

V rozhovorech se sestrami se objevovala profesionalita jako odkaz k určité hodnotě, která řídí jejich práci. Diskurz o profesionalitě ukazuje, jakých rozmanitých podob nabývá „vyšší úroveň sestry“ a identitu sestry v transformaci. Diskurz o profesionalitě můžeme rozdělit do dvou hlavních diskurzů. Jedna oblast se týkala aspektů profesionality při práci s pacienty- ***diskurz „profesionalita je o postupech“*** a ***diskurz „profesionalita je kvalitě kontaktu“***. Druhá oblast zahrnovala diskurzy týkající se nároků na udržování hranice mezi sestrou a pacientem - ***diskurz „profesionalita je o zvládání emocí“*** a ***diskurz „profesionalita je o vytváření odstupu“***.

Obecně můžeme profesionalitu chápat jako vyšší úroveň schopností a dovedností sestry spojenou s respektem od pacientů a sebejistotou.

V: hmm ... a ta profesionalita, to znamená co teda?

D: No, asi takový nějaký ... možná takovej nějaký ... řekla bych respekt z nás ...

D: Jako nějaký ... jo, přesně, no ... taková vaše sebejistota asi, no ...

Profesionalita je hodnotou, která odůvodňuje chování sestry a vytváří rámec pro využívání prostředků, které sestra konceptualizuje jako užitečné.

Zdravotnický personál v diskursu o profesionalitě spojuje s hodnotou svojí práce vznik nebezpečných nebo náročných situací na oddělení. Situace evaluace vedla k nepříjemné situaci, kterou sestra vyřešila srovnáním se sestrami z jiných oddělení.

D2: a hlavně jde o to, jak se ten personál chová, aby ty situace nevznikaly

D4: no, to je důležitý, no

D2: protože čím méně, jich je, tak ten personál, se chová profesionálně.

V: ihm, ihm

D2: jako když máte personál, kterej ... jako neumí, nebo nezná (byla chvíle ticha) tak si to nacvičuje, tak si vezmete ty pejdžry, že my tady potřebujeme specialisty a když ten před 15 rokama tu chodili sestry, kteří sloužili na interně a na očním a tak a přišli a neuměli s těma pacientama jednat, než se v té situaci zorientovali, tak vlastně

V: ihm,

D2: bylo o tom, že ty situace byli častější, jo, ale když máte profesionální vzdělání, tak umíte v tom chodit, tak těch situací je čím dál méně.

Za zdroj profesionality pak byla považována životní zkušenost z životních náročných situací, znalosti nebo zážitky z psychoterapeutického výcviku.

V: Jaký je rozdíl mezi personálem a profesionálním personálem

D1: No, určitě znalost toho pacienta. Když máte třeba první kontakt s pacientem (nesrozumitelně) je nejdůležitější navázat ... je nějaká profesionální prostě naučená, ... naučený způsob jak přistupujete k pacientovi, žejo?

B: ... neplst tam prostě taková ta ... takový ty ... ten, ten ... tu averzi, ...

V: hmm

B: ... nebo tu, nebo tu nesympatii. Právě v těchhle vypjatých situacích, vždycky jakoby se stáhnout, ...

V: hmm

B: ... a být naprosto jako takovej ... nechci říct chladnej, ... ale říkat tomu člověku naprosto přesný věci, ...

V: hmm

B: ... přesný, přesný informace ... říkat přesně co se s ním bude dít a tohleto a nesnažit se plst do toho emoce, ...

V: hmm

B: ... to jako funguje, ale neříkám, že to tak jde, mě to taky někdy nejde, prostě ... je to těžký, ale ... jako když, když tohleto jako ... procentuálně zvládáte hodně jako ... tak to bych řekl ...to je něco, co by se dalo pojmenovat jako profesionalita.

D4: ... Že ...to je... pokud někdo přistupuje k tomu psychoterapeutickému výcviku jakoby odpovědně, jo?

V: hmm

D4:... pokud tam někdo jenom ... ale... když to člověk zažije na sobě, tak pak si uvědomí, že ty lidi na to mají nárok a vlastně ... sice nás můžou štvát a vytáčet, ale ...

Diskurz “profesionalita je o postupech“ předvádí sestru jako schopnou samostatného vedení určitých aktivit, schopnou provádět odborné výkony. Konstrukce sestra-profesionálka ukazuje jistotu v držení kompetencí, vytváří identitu sestry, která není pouze „prodlouženou

rukou“ lékaře, ale má svoje pole zájmu. Její práce se ukotvuje v určitých v profesionálních postupech, kterými pomáhají pacientovi.

DU: ... s tím jsem se setkala teda málo, většinou ... mmm ... ty sestry vedou komunitu, kde se hovoří prostě o těch aktivitách ... kdo co komu udělal, jakby se to řeší mezi těma všema pacientama. ... Vede přijímací rozhovor ... v podstatě vede, u nás se vede ošetrovatelský proces, což je v podstatě taková ta ... psaná forma ošetrovatelské péče ... že se odebere od pacienta do osmi až dvanácti hodin taková ošetrovatelská anamnéza ... což je v podstatě přes jeho somatické potřeby až po psychické potíže, ... na základě toho se stanoví ... ošetrovatelské diagnózy ... potom se stanoví, co se s tím pacientem bude dělat a potom vlastně sestra v průběhu celé hospitalizace ... plní ten plán té ošetrovatelské péče ... jo?

S: Při komunikační zručnosti by měla ovládat nějaké techniky, což se týká asertivity a vlastně uplatňování určitých..., aktivního počínání, vedení komunikace,

Diskurz „profesionalita je o postupech“ však vede sestru do prostoru, který dříve patřil lékaři, do prostoru léčby. Pokud však má sestra ambice, tak může oscilovat mezi rolí terapeutky a rolí lékaře. Role lékaře je však sestře zapovězena, neboť pouze lékař může stanovovat diagnózu a předepisovat léky. Sestra se nemůže stát odborníkem na léčbu pacienta, ale může se stát odborníkem na komunikaci. Předpokladem však je vlastní aktivita a „menežování“ vztahu s lékařem, který je v hierarchii výš.

S: lebo má skusenost, tak se môže stať, že pride do situace, že ji lekar povie, tak toto už vieckrát nerob, ty mi tam nelez, toto je moja záležitosť. A to je to, že je v té psychiatrii nejsú tak konkrétne stanovené kompetence té sestry, hej. Tam je, tam je ten priestor, že, z jednej strany je to fajn, lebo sestra ak chce a hľadá spôsoby ako a vie dokonca menežovať aj tu spoluprácu s lekárom

Využíváním diskurzu „profesionalita je o postupech“ si mohou sestry vydobýt více prostoru pro nové postupy a aktivity v psychiatrickém zařízení, lze se však domnívat, že jde zatím o individuálně iniciované aktivity pro ambiciózní a aktivní sestry, které bojují s lékařem o vymezování (S).

S: Ale keď sa, hmmm, keď je to zase tak, že má s tým spojené problémy a že, že ten odpor ze strany tej lekárskej obce je výrazný, tak vlastne a keď ona nemá takú ambíciu, tak to necháva tak a zostáva pri pasívnej pozícii, aj keď musím povedať, že ...taký fenomén, ktorý jsem si všimla, že najprv sestry sa bily za to, že chcú mať tu svoju autonómiu a zrazu raz mám skupinu sester, ktoré si hovoria, nievím, čiže chcem autonómiu a s ňou prichádza zodpovednosť, lebo ja, keď ja s tým pacientom začnem napríklad edukáciu, ja s ním preberám zodpovednosť, že viem zvládnuť tú situáciu, ktorá môže nastať počas tej, tej edukácie, alebo to je jedno, pri hociakej intervencii.

(...)

S: Ale tak dúfam, mladšie kolegové, lekári sú prístupnejší

V: ano

S: starší sú viacej, ale to je jako

Diskurz „profesionalita je o postupech“ poukazuje na potřebu odvahy pro vytvoření nové role.

S: a pro niektoej sa tá zodpovednosť, ako keby zlakli, ale to môže byť len nedostatkom skusenosti, že vlastne predtým prekrytý tým lekárom bolo také pohodlnjšie, ale nebol ten priestor na seberealizáciu a vlastne ten priestor na seberealizáciu teraz je, ale musíme si najst' v sebe tú odvahu, a povedať, že nebojím sa toho, zvládnem to, ja som ten profesionál.

Diskurz „profesionalita je kvalitě kontaktu“ zdůrazňoval samotný fakt „kontaktu“

s pacientem. Jeho kvalita vytváří nárok na sestru jako na odbornici na vytváření vztahu a individuálního kontaktu s pacientem v běžném provozu. Zároveň je zvažován stav pacienta, jestli je schopen kontakt navázat.

DU: ... a tak dále. Takže zkouší, jestli ten pacient už na to má nebo nemá. Zkusí s ním ... vyprávět o tom, co bylo v minulosti, co ho čeká, co bude dělat ... a hlavně je to o tom ... o tom kontaktu,

V diskurzu byla opakovaně diskutována potřebná výbava sestry pro vytváření kvalitního kontaktu. Životní zkušenosti byly zdůrazňovány v souvislosti s empatií vůči emocionálnímu stavu pacienta, znalosti jsou vnímány jako potřebná průprava.

D2: teď je to o něčem jiném, protože teď ty mladý sestřičky mají čtyřletou a (nesrozumitelné) vyšší odborný vzdělávání, takže pokračují a vylezou a oni už dělají na toho specialistu a ví, že budou specialistou na psychiatrii. Takže to co my jsme je museli naučit, když jsem přišla já, ze zdravotních škol a jiných oborů, museli jsem to probírat, třeba my jsme něco věděli, tak ony ty psychiatrický sestry, tak ty už jsou prostě teoreticky připravený.

V: ihm

D2: samozřejmě, že ty zkušenosti musí taky získat, je třeba hodně praxe, no, ale už jsou jaksi vybavený, nebo, ale musí získat ještě tu zkušenost

D2: ale prostě osobníma, životníma zkušenostma strašně moc, protože já mám tatínka invalidního, teda imobilního, a zažila jsem s ním hrozný věci, neurologie, rehabilitační oddělení, (...), po odděleních, tak tím člověk načichne, takže jako načerpáte takových zkušeností, všelijakých, že když vidíte člověka v situaci, ve které jste byl vy, tak jako částečně, jako s příbuznejma hlavně, jako jo, tak jako si řeknete, všímáte si toho jednání, říkáte si, to bych jako já nikdy, jo, to pomáhá prostě tomu jako profesionálnímu přístupu.

Diskurz „profesionalita je o udržování odstupu“ zahrnoval jak ovládání emocí ve vztahu

s pacientem, tak i ovládání emocí vynořujících se z osobního života sestry a byl spojený s velkým nárokem na osobní dovednosti sestry v řízení svého emocionálního života.

D: nebo ... nebo jsme na něj třeba i takový zlobní, že nemáme svůj den, ...

V: hmm

D: ... což ... což se nemá, žejo, samozřejmě, ...

Konceputalizace profesionality jako ovládání emocí souvisí se zvýšením sociálního statusu zdravotní sestry. A má pravděpodobně psychohygienickou funkci. Vztek na pacienta nesmí být vyjádřen stejnou mincí - agresivitou vůči němu, ale je doprovázen jeho ovládnutím.

Pacient je chráněn svojí rolí, takže sestra na něj nemůže reagovat. Agresivita je tedy spojena s „ponižujícím chováním“, které k sestře nepatří. Profesionalita je navíc spojena s lidskostí, což ještě více snižuje problematické chování pacientů.

DU: ... je to těžký je brát jako pacienty, když si to způsobili sami, ...

V: hmm
 DU: ... ale v podstatě se musí počkat, až je to přejde a nesmí na agresivitu sestra reagovat agresivitou, ...
 V: hmm
 DU: ... protože jakmile reaguje agresivitou, tak v podstatě poruší ten vztah a ten pacient ... i když se mu jenom nadá nebo i kdyby ten pacient se lepl, von si to pamatuje, ...
 V: hmm
 DU: ...jo? Tak tady k tomuto jsem se nikdy neponížila i když jsem měla sto chutí ... prostě ... říct jim něco pořádně vod plíc ... musí se to říct jinde, jo?
 V: hmm... jakože jste tam v nějaké roli, která Vám nedovoluje reagovat tak, jak byste normálně reagovala?
 DU: Nooo... tak ... myslím si, že psychiatrická sestra, i vůbec sestry jako ... aby zachovaly svoji profesionalitu, tak se musí hodně ovládat. To se týká emocí ... emoce nenosit do práce, řekla bych (smích), ...
 V: hmm
 DU: ... jako vnímat, ale nenosit je do práce a v podstatě ... devadesát procent je o tom, na psychiatrii, že nemůžete reagovat pod vlivem toho, co vám kdo řekl, jak se k vám chová.
 V: hmm
 DU : To nejde. Na to má právo pacient ... ale jako... ta sestra to musí zvládnout ...mmm... řekla bych jako lidštěji, profesionálněji

Vytváření odstupů prostřednictvím sebeovládání se objevovalo také ve spojitosti s pozitivními emocemi, které zůstávají za, nebo spíše na, profesionální hranici.

D3: Nenechat se vytočit, ale přitom být k nim vlídný ... a ... a ... a přitom důkladný...
 V: hmm
 D3: A udržet takovou jako tu profesionální, v podstatě ... jako tu distanc, žejo?
 V: hmm
 D3: Aby to nebyla neochota, ale aby to byla jako...mmm ... já jsem tady za sestru, já jsem tady jakási autorita ... aaa ... prostě je potřeba se řídit takovými a takovými pravidly, ...
 (...)
 D3: Ale ta sestra by měla udržet takovou tu slušnou, vlídnou, ale přitom profesionální, jakousi hranici. To znamená, ten odstup, ...

V řízení vlastních emocí se objevoval nárok na zvládání emocí vůči nepříjemným pacientům, řízení spočívá v trpělivosti spojené s vysokým nárokem na práci sestry. Pro zvládání emocí je důležité společenství sester, které funguje jako psychohygienický faktor.

D1: To si myslím, že to bývá docela... jo? To si tak řeknem mezi sebou a ... bohužel to musíme spolknout, že?
 V: hmm
 D1: Což je nejnáročnější

Vedle tohoto diskurzu existovalo i jiné pojetí zvládání emocí, které se odkazuje k přehnané verzi „řádové sestry“ a může fungovat jako ventil. Zároveň ukazuje pacienty jako schopné realisticky vnímat a hodnotit situaci.

B: Ještě vám bych k tomu řekl takovou jednu možná věc, ono se hrozně často jako ...mmm... pořád se ... mluví o tom, že člověk má mít ... mít jak se říká ten thymolinovej úsměv a být sladkej, ...
 V: hmm
 B: ... a ale já si myslím, že i kdyby to šlo, jo ... tak je to špatný, protože ... já si myslím, že toto je nám jako lidem jednak nepřírozený, to...to...to je jeden důvod. A já si myslím, že ti pacienti by to poznali jako jo? Poznali by, že, že tady se děje něco divného,...
 V: hmm
 B: ... a já právě proto zastávám názor, že když zůstáváte tak nějak sám sebou... aaa...vlastně i občas jako projevíte za sebe takovej... takovej ten, ten ... ty emoce, který jsou, neříkám, že byste do něčeho kopal nebo takhle...
 V: hmm
 B: ... nebo nadával.

Shrnutí

Funkcí diskurzu profesionality je vytváření určité úrovně práce sestry. Diskurz „profesionalita je o postupech“ nesený představiteli oboru přináší hrdost na práci v oboru a pozitivní sebeidentifikaci. Diskurz může přinášet dysbalanci v tradiční hierarchické struktuře v instituci. Rivalizuje s dominujícím lékařským diskurzem a vytváří prostor pro jiné, než farmakologické postupy. Diskurz profesionality je součástí transformace oboru zdravotní sestry.

Profesionalita byla reprezentována dle situačních souvislostí jako znalost, životní zkušenost, osobnostní předpoklady (empatie) a praxe v psychiatrickém zařízení. Těžištěm diskurzu o profesionalitě je především volba přístupu k pacientovi. Profesionalitu můžeme chápat také jako „zásobárnu vědění“, ze které sestry při své práci vychází. Na profesionalitu se také sestry odkazovaly při zvládání negativních pocitů vůči pacientům. Zvládání negativních pocitů je atributem jejich role. Sdílení negativních zážitků funguje jako psychohygienický faktor. Vedle diskurzu však funguje také další hlas, který přehání pojetí diskurzu „řádové sestry“ a mluví o možnosti ventilovat svoje emoce před pacienty.

Diskurz „zátěž“

Předchozí diskurz „profesionality“ ukazoval, jak sestry konceptualizují profesionalitu jako schopnost zvládat svoje emoce ve vztahu s pacientem. Kontakt s pacienty přináší však další emoce, které lze charakterizovat jako *zátěž*. Mezi tematizovanými emocemi sestry se nejčastěji objevoval strach a obava z napadení pacientem, nejistota a úzkost, co ji čeká při příjmu pacienta. První příklad ukazuje, jak strach u sestry vzniká prostřednictvím exponování v situaci s konkrétní osobou. V druhém případě se ukazuje již pevně „vrostlý“ do samotné podstaty instituce psychiatrie. Stává se prostředím, ve kterém se sestry pohybují.

DU: Hmm... zažila jsem stav, kdy jsem ... to bylo jenom brigádně ... pracovala na chronickém oddělení, a v kuchyni mi pomáhala pacientka o které jsem moc nevěděla, protože jsem nebyla zorientovaná ... aaa ... v podstatě pak během týdne jsem zjistila, že ... (povzdech) ubodala toho manžela, který byl alkoholik spolu s druhým druhem, který byl taky alkoholik, ... jako v ten moment (smích) musím říct, že ve mně .. trošičku hrklo, jak ... v nějakých hodinách a... a jsem si říkala – no, co kdyby se ... začla jsem si připouštět takový ty strachy.

D1: ... tak když ... jako ... jako co si budeme vykládat, jako všichni máme strach, žejo? Jako na psychiatrii to jako není tak, že by sestry neměly strach. Nesmíme ho dávat z hlavy, jo?

Méně často se objevovala bezmocnost, smutek a lítost z náročných stavů ve spojitosti s pozorováním náročných stavů pacientů, když šlo o chronické pacienty.

DU: A na chronickém oddělení... to možná na vás padne taková... řekla bych ... taková jako bezmocnost nebo ... nebo lítost, nebo ...eee... budete si ... budete si říkat- až já budu v takovém stavu, co já tady budu dělat..

Sestry si uvědomují náročnost svého povolání a rády by využívaly nějakou institucionálně zakotvenou formu podpory, která by jim pomáhala zvládat náročnou profesi. K syndromu vyhoření sestra dochází opatrně, balancuje mezi uvědomovaným nárokem na svoji profesi a připouštěním si negativních pocitů. Svoje blízké nechtějí zatěžovat, protože sdílení nebezpečných situací vede ke vzbuzování strachu.

D: No, ... přesně tak. Probrat to, protože samozřejmě, rodině to říkat nemůžu a ani to nechápu...

V: hmm

D: ... ti se o mě akorát bojí, že jsem tady ... s třiceti dospělými chlapama ...

D: ... jo? Že i ty sestřičky to někdy třeba špatně nesou a špatně zvládají a ... aaa ... určitě zvlášť na psychiatrii a na takovejch těžkejch odděleních probíhá syndrom vyhoření, ...

V: hmm

D:... takže by tu měl být někdo takovej, kdo by to s nima probral ...

V: hmm

D: ... nikdo takovej tady není, to ... to mi tady chybí ...

V: hmm

D: ... jo, já neříkám, že po dvou letech jsem vyhořelá, ale někdy ...

V: hmm

D: ... někdy pocítuju takovej ten útlum ...

V: hmm

D: ... a ... a když mám hodně služeb, tak už ... už je toho moc a už má člověk pocit, že s těma lidma se nechce bavit ...

V: hmm

D: ... a musí ...

V: jasný ...

D: ... no, je to náročný někdy...

Zátěž spojená s náročnými situacemi je někdy také bagatelizována. Sestra situaci musí zvládnout z důvodu nedostatku jiných způsobů řešení.

D: Třeba jsme zažili příklad ... případ ... přijeli sem ... policajti a dovezli nám pána v poutech a ...

V: hmm

D: ... byla to sobota, kdy vlastně na oddělení slouží dvě sestry ... byly jsme tady dvě sestry mé postavy...

V: hmm

D: ... a oni nám ho sem dali a ... a tak na nás koukali a říkali ... a to tady budete s ním vy dvě?

V: (smích)

D: Jsme říkaly – no, tak musíte nám ho pomoci nějakým způsobem ... zpacifikovat a uložit a uspat ...

V: hmm

D: ... a ... jo? Že bysme to jinak nezvládly, ale tak jsme tady dvě, no prostě ...

Shrnutí

Diskurz „zátěže“ v sobě nese zachycení náročné práce sestry na psychiatrickém oddělení.

Z konkrétních situací se stává atmosféra, ve které se sestra pohybuje. Emoce nejsou institucionálně zpracovávány, což může vést k narůstání frustrace personálu. Sestry se ocitají v situacích, se kterými se vyrovnávají prostřednictvím bagatelizace.

7. Konstruování role pacienta

„Oni nemůžou vědět nic, já jsem třeba rozbila hrnek s káfé, pustila jsem ho mezi dveřma a vůbec jsem nevěděla proč. A oni taky mají strach taky, že jste agresivní a třeba se mě ptala sestra, a proč jste byla zlá?... a já říkám, já jsem nebyla zlá, já jsem jenom pustila hrnek s káfé. Ale jo, že oni to berou jako, že jste zlej, zlobivej, že zlobíte a takový“

L., (2004)

V diskurzech o komunikaci s pacienty se vynořilo několik typů diskurzů, jak sestry o pacientech hovořili. Pokud vytvoříme podobnou tabulku, která reprezentovala vnímání role sestry, jejich atributů a činností, tak dostaneme, bohužel, převažující negativní obraz.

Tabulka č.5 Role, aktivity a atributy pacienta na psychiatrickém oddělení

Role pacienta	Aktivity pacienta na psychiatrickém oddělení	Atributy pacienta na psychiatrickém oddělení
agresor, blázen, depresant, psychotik, simulant, první ataka, člověk,	lžou, kopou, podvádí, věří bludům a halucinacím, nespolupracují, mohou ublížit, nejsou schopni se postarat o rodinu, mají rodinu	neklidní, nebezpeční, dezorientovaní, nešťastní, nesrozumitelní, úzkostní, nespolupracující, pasivní, naléhavý, familiérní, nemotivovaní, sobečtí, upřímní, zralejší, tak mají náhled, jsou úžasní, když mají náhled

Diskurz „diagnózy“

V diskurzu se objevovalo překrývání pacienta s jeho diagnózou, které zabraňovalo vnímání osoby. Diagnóza se stávala schematizovaným obrazem typických a specifických vlastností uniformního pacienta. Jako taková se stávala kódem pro odhadnutí rizik spojených s osobou pacienta. Diagnózu lze také využívat jako prostředek pro prognózu pacienta.

V: hmm... a to ... to jako kvůli čemu ... musíte mít ty oči vzadu?

D: No, protože, když přijde nějaký psychotik nebo prostě někdo ... v depresi, jo? Je možný, že by nám tady někdo mohl ublížit,

D: ... kdy vlastně sám je bludnej, paranoidní, má z nás strach, ...

D: ... přijde nějaká akutní psychóza, která ... čtrnáct dní je tady v tom ... špatným stavu, ale potom prostě se tady tak nějak jako ... léčí a až do té rekonvalescence ...

Diskurzy o diagnózách vytváří rezervoár zachycované zkušenosti, které pomáhá formátovat jednotlivé situace a zážitky a udržují společné vědění sester o pacientech, kteří se stávají homogenní skupinou reprezentovanou jako „oni“. Fungují jako pojítka mezi teoretickou připraveností a získanou zkušeností sester.

D2: vlastně, zkušená sestra, zkušenosti, když přijдете na psychiatrii, tak nedovedete si představit, co je to psychóza, když je paranoidní, jo, co to znamená, jo

V: ihm,

D2: takže jako zkušenosti, jak to vidíte, pak si uvědomíte, tohle je ono a vlastně tou školou, že vám to teoreticky, že vám to vysvětlí, jo, co se dá očekávat od toho člověka, když má bludy, když je paranoidní, když prostě, jakoukoliv tu diagnózu si můžete představit, protože když je to psychiatrická sestra, tak ví.

Kód diagnózy tak nepomáhá pouze pro využití formálně doporučených prostředků léčby, ale je využíván pro rozpoznávání chování pacienta a vytváří typizované postupy, jak s pacientem zacházet na oddělení. „On“ se mění v „oni“, kteří se nějak standardně chovají a proto „my“ pak typicky jednáme.

D: ... nebo když je nějaký neklidnej psychotik, tak oni mají takový ty sklony v noci nespát, ...

V: hmm

D: ... protože jsou hyperaktivní a vstávají. Takže my, když jim dáme ty medikace, tak je na chvíli omezíme v tom lůžku a oni dřív usnou.

Díky diagnóze je pacient a jeho stav v psychiatrickém diskurzu zpředměťován. On a jeho stav „se přivážejí“ a přesouvají. V jazyce přestává být člověkem, ale je propojen se svým stavem a celkově nazírán jako jeden objekt.

D1: Takže tam se setkáváme v podstatě, v podstatě ... s jakýmko... s jakoukoli diagnózou, která projde psychiatrií...

D2: za prvé můžou kdykoliv kohokoliv přivést... a to máme takovou jakoby nonstop pohotovost, a to je takový- koho můžou přivést, v jakém může být stavu, než se to třeba dá na uzavřené oddělení,

D: ... takže člověk vlastně nikdy neví, co mu sem dovezou, no ...

Pacient se také stává zbožím, kusem. „Kusovost“ odkazuje na téma obložnosti, která se v rozhovorech sester jako spíše veřejným tajemstvím, než skrytou informací. Pacient tvoří kapitál psychiatrického zařízení, stávají se kusy do počtu, který je třeba naplnit a vykázat pro fungování psychiatrického zařízení.

E: ... nebo o dva dny dýl, že ?

V: jasně

E: Tak ...eee... von jako kvůli třeba zase obložnosti, ... že?

D:... jo? Že nám věří ty lidi a věří nám v tom, že tu jsme pro ně a že jim chceme pomoci. Že je tady vlastně nemáme jenom abysme tady měli nějakou obložnost,

Diskurz „homogennost a specifičnost“

Pacienti s psychózou jsou vnímáni především jako homogenní skupina. Homogennost skupiny byla zvýrazňovaná zobecňováním a obvyklým využitím „oni“. Sestry si všímaly projevů chování, které pro ně byly náročné pro zvládnutí.

D: ... nebo s psychiatrem, ... my to máme spíš takový neoficiální, že prostě buďto za nima si jdeme popovídat, že třeba ten pacient se nám nezdá, ...

DU: ...u akutních psychotiků se většinou, když opravdu s ním není řeč, žejo, tak se tam dá nějaká medikace, která utlumí jeho halucinace, bludy, ..

D3: ... teda ... aaa... vlastně ... když oni mají tendenci být familiérní, mají tendenci třeba nebo můžou být až takovi (nesrozumitelné) nebo můžou ... nebo si jdou stěžovat, nebo ... a nebo různě, jo?

Reprezentovaná homogennost skupiny „psychotických pacientů“ ovlivňuje vnímání chování jednotlivých členů skupiny. Pacienti s psychózou jsou vnímáni jako specifictí, protože dávají přednost oddělením, kde to již znají a kde se cítili v bezpečí. Byť tato preference může být konstruována jako touha po bezpečí vzniklá na základě obavy z neznámého oddělení, ve spojitosti s psychózou se s ní stává něco „specifického“.

D: No, ... to si myslím, že jim pomůže, že ... jsou třeba v té komunikaci tady i s ostatními lidma, který mají stejný problémy jako oni...

V: hmm

D: ... jo? Taková ta komunita ... vlastně stejných ... diagnóz...

V: hmm

D: ... stejných problémů ...

D: Oni chtějí jít na to své oddělení, ...
V: hmm, hmm...
D: ... a ten stav se ještě zhorší, když se řekne, víte co, A. jsou plné, musíte zůstat tady.
V: aha
D: Jo, takže opravdu psychotici to jsou ti specifictí, to jsem se divila ...
V: hmm
D: ... protože, žejo, já jako somatický nebo psychiatrický pacient bych chtěla vyzkoušet všechno a potom si vybrat, ...
V: hmm
D: ... a oni naopak si drží to svoje gró, že byli na .. u žen, ...
V: hm
D: ... tak oni chtějí na .. u žen do D., nechtějí jít na .. do ... do A..
V: A čím myslíte, že to je?
D: Mmm ... zvyk ... eee... znají svoje prostředí ... a jdou tam, kde se jim nejvíce líbí, kde se možná cítí nejvíce bezpečně ... jako kde to znají, no...

Diskurz „odlišnost“

Reprezentace odlišnosti u psychiatrického pacienta se stává omluvou pro neobvyklé nebo nebezpečné chování. Člověk s psychózou je tak konstruován jako neschopný se ovládat nebo se jeho chování ukotvuje v kategorii blázna. Ukotvení v diagnóze umožňuje projevy pacienta brát jako něco (již) známého a (snad) i předvídatelného.

D3: ... a jde o onemocnění ... jako v akutní (nesrozumitelné) nebo jakýkoli psychotický onemocnění, tak tam je možný víc tolerovat tu jeho odlišnost...
V: hmm...
D3: ... protože tam prostě jsou věci, který třeba nedokáže rozumově zvládnout, protože na to psychicky nemá, žejo, jo?
D1: ... u nás, když je někdo opravdu ... když je tam někdo takový opravdu blázen, tak si řekneme ano, je to blázen, je možný ho tolerovat

Zvýrazňování odlišnosti bylo konstruováno ve spojitosti s diskurzem „řádové sestry“ a vytvářelo skupinu nepříjemných, biologických a bestiálních pacientů.

DU: ... takže já tu práci mám ráda ale základem je ... asi ... opravdu tolerovat lidi ... eee... s kdejakýma projevy, ...
T: hmm
DU: ... protože psychiatrickí pacienti jsou hodně biologičtí.
T: hmm
DU: ... musí být jako ... dobřej, musí mít rád lidi, ...
(...)
DU: ... i když (pacient) nemá náladu, i když je schopen ... tý bestiální agrese, ...

Diskurz „náhled pacientů“

Od role pacienta se čeká, že bude léčen a že bude chtít být léčen. Bolest břicha je prostě nepříjemná a člověk se stává pacientem, aby se jí mohl zbavit. Zdravotní sestra správně předpokládá, že pacient, který je v nemocnici, by měl chtít, aby se mu ulevilo. V práci s lidmi s diagnózou schizofrenie, psychóza se však stává, že bývají hospitalizováni proti svojí vůli a pak je nutné pacienta o jeho léčbě přesvědčit. Nepřesvědčený pacient se stává

problematickým hostem na psychiatrickém oddělení, kde je nucen dodržovat pravidla. Je třeba jej léčit proti jeho vůli a je reprezentován jako pacient, který „není v realitě“.

Prostřednictvím tohoto diskurzu je vyčleňován dvakrát. Jednou, protože má bludy, a podruhé, protože se nechce léčit. Uzavření do psychiatrického zařízení produkuje v chování typický znak - útěk, který se stává reprezentovanou součástí typické diagnózy.

DU: ... říct – já jsem tady od toho a od toho, vy jste tady vod toho, aby se vám teda ulevilo, ...

V: hmm

DU: ... domluvíme se ... na určitých věcech, ...

D: ... v těch různých ... problémech ... mluvím o bludech, pocity pronásledování a tak, takže pro ty lidi opravdu je strašnej problém jak si tu důvěru v nás získat ...

V: hmm

D: ... jo? Že prostě oni mají nějaký blud, kterému ... bezmezně věří ...

V: hmm

D: ... a nedokážou překousnout to, že my to nechápem,

D2: Ty první ataky bývají obtížný, no... si myslím.

V: hm

D2: Oni tady nechtějí být, utíkají ... mmm... jsou takoví nezvladatelní, takoví, ... že nesouhlasí s tím, co se tady s nimi děje, vůbec s tím nechcú nějak ... se smířit

Naopak pacient, který je náhled získává, je reprezentován jako úžasný, jako ten, který zvítězil nad svými hlasy. Sestra uvádí příběh, který zdůrazňuje nutnost sebeovládání, neboť by mohl být ohrožující pro ostatní.

DU: Jsou i takoví psychotici ... teď máme zrovna jednoho pána, který je úžasný tím, že on má náhled ... on má hlasy, on má vidiny ... a v podstatě ten hlas mu řekl ať si ublíží ... a vezme s sebou někoho z rodiny.

V: hmm

DU: On nechtěl s sebou vzít mámu ... tak v podstatě přišel na kliniku, že se zhoršil ... a že potřebuje prostě zaléčit, že léky mu nezabírají, protože on sice vidí mimozemšťany, ... on sice mluví se svoji mrtvou babičkou v křesle, ...

V: hmm

DU: ... mluví s Ježíšem, ale vyděsilo ho to, že se měl zabít, že si měl ublížit, ...

V: hmm

DU: ... ale ani ne na svoji osobu, ale spíš na tu matku... jo? ...na tu matku ... jo?

V: hmm, hmm

DU: Ten má ... ten má ... to byl ten náhled na to, co má, ...

Diskurz „pasivní pacient“

Pacienti nemusí být pouze nespolupracující s personálem, jsou zároveň reprezentováni jako pasivní, kteří nechávají veškerou péči o sebe personálu.

D: Oni jsou hodně, řekla bych, takoví pohodlní, že ... jsou v nemocnici dělejte si se mnou, co chcete ... a ... aaa já se nějak nebudu snažit ...

Reprezentace pasivního pacienta je však spoluvytvářena podmínkami prostředí. Za prvé chování pacientů hraje velkou roli medikace, která pacienty tlumí, a za druhé pacienti nemají dostatečné množství aktivit, které by mohli využít pro svoji aktivizaci.

S: lebo celkovo ten pacient, celý systém zdravotnícký u nás pacienta dáva do polohy odkázaného

V: ano, ano

S: někoho, kdo má přijímat a nemá sa čo vyjadrovat.

E: No, právě, že bohužel ... jako během teda toho dopoledne, ... jo taky, ... jo? Dívejte se, kolik je hodin, ...

V: hmm

E: ... a ještě vizita nezačne, ... jo? Tak voni co? ... Voni se nasnídají, ...

V: hmm

E: ... a voni si jdou lehnout zase do postele, ... jo?

Diskurz “agresivní pacienti”

Agresivita pacientů je nejčastěji spojována s halucinacemi a bludy, tedy s hlavními příznaky schizofrenie. Agresivita je spojena s těžkostí onemocnění, agresivní pacient je konstruován jako těžký pacient, bez ohledu na další projevy onemocnění. Agresivita je předpokladem těžkého průběhu onemocnění, míra nemoci se tak transformuje na míru agresivity.

DU: V takových těch ... je pravda, že čím těžší pacient, tak tím ... mmm... většinou je problematičtější někde jinde, ale ne na ... řekla bych ne na ošetřovně. On si nepříjde s těma potížema, jo?

V: hmm

DU: On ty potíže dělá třeba na pokoji ... nebo na záchodě a nebo v jídelně ... někoho napadne třeba, dá mu facku, ...

V: hmm

D: Hmm ... tam ... on dělal na oddělení, kde byli vesměs agresivní pacienti ... těžký psychotici

B: ... jsou na to zásady, žejo ... co máte říkat a takhle, ale ono to někdy v dané situaci nefunguje ... jako ... nefunguje to takhle u každého. Závísí, jak říkám ... proč ten agre ... proč ten člověk agresivní je, jestliže je to pod vlivem nějakých imperativních halucinací, ...

V: hmm

B: ... zas to je úplně o něčem jiném, jo?

V: hmm

B: Protože to už jsou věci, kdy... kdy tam jde opravdu, to je nebezpečný ...

Agresivita je konstruována jako nepředvídatelná. Propojuje se s prostředím psychiatrického zařízení jako určitý stav, který tak prostě je.

D: ... ale ... člověk musí počítat, že prostě i když on řekne, jo já nic neudělám, takže ... může potom letět nějaká rána nebo něco ... jo? Prostě bejt obezřetnej, ale na klinice to tak funguje

Během rozhovorů vyvstávalo, že situace se nedějí tak často, jak by z líčení situací mohlo zdát.

Byť zpočátku to vypadá na časté situace spojené s nebezpečím pacienta, tak se ukazuje, že jako nebezpečí může být vnímáno i prostě potencialita, když sestra ví, že je pacient po sebevražedném pokusu nebo atakuje předměty.

D3: Tak... za ty roky těch zkušeností tady asi bylo mnoho, žejo? A ... já si myslím, že když potom dojde k nějakému třeba i ... pacient sám sebe poškodí tak to vyvolá, prostě ... to nemusí být útok třeba zrovna na to, na ten personál, ale stačí, že se o

něco pokusí, tak ten personál je...

D1: To je zodpovědnost...

D3:... to je ... jako... zúzkostní, žejo, to je jasný. A ani nemusí bejt útočnej vůči personálu nebo vůči věcem, žejo? Ale stačí když třeba sám sobě...

V: hmm, hmm

D4: Tak určitě je tam podstatný ...

E: ... a to tady jako není možný. To i trnu, když jim tady dávám ty nůžky ... vždycky jim říkám, musíte to schovat ... nebo nože na rozeškrábání těch žádanek... jo?

V: jojojo

E: ... takže to taky ... vždycky říkám – než vdejdete, musíte mě to ... mmm... nenechávat volně na stole... nemůžete vědět, někomu rupne v hlavě, že

Síla příběhu překrývala frekvenci podobných situací. Je zřejmé, že i jediná taková situace poznamená další zkušenost sestry, ke které se vrací. Prožitek této situaci nebo i vyslechnutí příběhu od jiné sestry se propojuje se mediální reprezentací nebezpečného šílence a stává se předpokladem, který musí zdravotní sestra neustále promýšlet.

D1: ... a nebo někdo se jim tam udusil v těžké psychóze, že to prostě tak nějak ... jo? Nebo různé sebevražedný pokusy přímo tam a...

D3: Ten strach vlastně vychází z toho, že ty se vlastně bojíš, toho, co třeba co by se mohlo stát tomu pacientovi, ale třeba že ten pacient eventuálně může ohrozit vás, ale že by pacient mohl ohrozit i ostatní, třeba si přečtete v novinách, jo, třeba já nevím, že člověk tam vyvraždil, to už jako je slovní (nesrozumitelné), ale třeba ohrožoval celou rodinu, nebo zbil matku, zbil a oni ho klidně policajti, přivezou a (nesrozumitelné) a vy jste tam, když má službu, je tam sama, a nebo ho přivezou na oddělení uzavřený, nebo na ženským nebo na mužským oddělení a tam jsou dvě.

V diskurzu o nebezpečných situacích se objevovalo reprezentování stavu (nemoci) místo pacienta, sestra se v takové chvíli nesetkává s člověkem, ale zpředmětněným nebezpečím, kterému je nutné čelit nebo zvládnout.

D: ... takže člověk vlastně nikdy neví, co mu sem dovezou, no ...z

DU: A je to jako těžký, je to nepříjemné ... dvakrát se mi stalo, že jsem v podstatě potom byla... rozklepaná až po té akci ... jo? Člověk zrovna neví, když teda ... když je tam nějaká akutní agrese, ...

V: hmm

DU: ... která v podstatě jde proti vám, v ten moment nemáte nějaká pravidla, základní pravidlo je mít za sebou dveře, ...

B: ... tak hrozně závisí na tom, v jakéj okamžik se nachází celý to oddělení, v jakým stavu jsou ti ostatní pacienti, protože nebývá to vždycky stejný. Někdy tady je velice rušno, pacienti jsou neklidní... bývají tady agresivity... jo? Někdy zase třeba je čas relativního klidu a hrozně závisí na tom, v které té situaci ten pacient přijde do toho oddělení. ... takže... vlastně to vám potom trošku

Agresivita má také své příčiny. Příčiny byly hledány ve třech oblastech. Příčina agresivity je v diskurzu spojována s aktuální emocionální situací pacienta - úzkost, obavy z nové situace, neštěstí.

B: ... takže tak, no ... je to, je to ... je to těžký, no, ty agresivity jsou různý ... někdy... někdy musíte tu agresivitu ... neházet ji taky do jednoho pytle. Agresivní jsou lidi z různých důvodů ...

V: hmm

B: ... mmm... někdo je prostě třeba jenom nešťastnější, jako jo...

Podíl personálu na vzniku agresivního chování pacientů nebylo snadné lokalizovat.

V jednom případě byla nejprve sama řečena DU jako „někde jsem četla, že v 90% si zdravotní sestra za to může sama“, aby vzápětí, při mém přímém dotazu, jak si myslí, že to je, tak byla tato vina potlačena „to se musí posuzovat individuálně“ a ilustrována příběhem o nevypočitatelnosti pacienta.

DU: Víte to se ... nedá říct ... jako... někde jsem četla takovou chytrou věc, že v devadesáti procentech si sestra ... nebo bratr může za to, že ... eee ... chytne nějakou tu, nějaký ten pohlevek nebo ránu od pacienta psychiatrického...

V: A co si myslíte?

DU: No, myslím si, že ... o tom ... o tom jako kdy ti pacienti se brání?

V: Eee... No jestli dochází k něčemu takovému, jako třeba nějakému napadení té sestry nebo bratra... nebo ... jako jestli si myslíte, že za to teda může ta sestra nebo bratr, že nenaváže ten kontakt ... nebo čemu se to ...

DU: Víte, to se musí to ... to se musí opravdu ... jako řekla bych posuzovat individuálně ... dochází ...jo? ... dochází, ... dochází k tomu, že pacient napadne druhého pacienta ... když to řeknu lidově dá mu před hubu, ...

V: hmm

DU: ... jo? ...Stalo se, že ... pacient, to nebylo na mé službě, že pacient druhému vyrazil zuby, ...

V: hmm

DU: ... taky, ... jo? V afektu, on se tam přichomýtl, jenom stál, vyrazil mu zuby.

V: hmm

DU: Nechtěl, neomluvil se, ale prostě stalo se to.

Ve skupině se reprezentování viny personálu objevilo v závěru vykreslování tří nebezpečných situací, které zahrnovaly pacienta vidícího v sestrách d'ábla, nebezpečného stodevadesáticentimetrového chlapa a vymláčenou jídelnu pacientem. Vina byla konstruována v souvislosti s nárokem na profesionalitu personálu. Zdravotní sestry se mě snažily vtáhnout do společného prožívání situace a silou navozených emocí mě přesvědčit, že teorie v praxi neplatí a sestra se více drží postupů vytvořených ze zdola. V okamžiku, kdy jsem se ptal na vnímání pacientů jejich práce, vznikla situace, kdy jedna sestra vytvořila obraz „nechutné schizofreničky“, aby vzápětí ocenila přístup personálu (zachování důstojnosti). Situace ukazovala na potřebu snižovat pocit viny prostřednictvím zhoršování situace. Obraz nebezpečného, nevypočitatelného šílence překrývá další charakteristiky kontextu, ve kterých chování situace proběhlo.

D2: jako nějaká žena ve schizofrenní atace vám chodí nahá po oddělení, močí a kálí, jo, a vykřikuje, je neurvalá, nadává personálu, jo. jo, já nevím, teďka mě nic nenapadá prostě, a ty holky tam prostě jdou a snažíjou se s tím člověkem, jako jednat důstojně, jo, tak to je prostě, to je prostě jako výkon, jako jo....., já prostě

Diskurz „vyžadující pacienti“

Diskurz ukazuje pacienty jako opakovaně vyhledávající sestry, kvůli potřebě dotazování.

Dožadování kontaktu je znakem nemoci, pacient, který nechává sestru na pokoji je normálnější pacient.

D: ... což většinou není možný, no ... takže tak nějak s nima o tom pořád mluvit a být trpělivý a vysvětlovat jim to pořád dokola ...aaa ... odpovídat na dotazy ... pořád.

D4: jako ten člověk trpělivost hraje nějakou roli, opravdu někteří chodí pořád jako celej den, nebo nám stojí za zády, chodí za náma, tak je třeba opravdu trpělivost, s ním zacházet,

DU: Jsou pacienti s kterýma jste celou dvanáctihodinovou službu, protože jsou tak neodklonitelní, že prostě jste s nima pořád, vidíte je pořád,

S: To jsem myslela, to je tak, to je to samé, že ak je pomer 30 pacientov, ktorý sú relativne ešte v nie kompenzovaném stave, nie úplne agresívny, ale akože ještě taký, že dobehajú a žádají a opakovane

Diskurz „opakovaní pacienti“

Pacienti se vracejí do léčebny a stávají se pro personál známějšími, mají již vytvořenou roli, ke které se sestry snáze vztahují. Pocit známosti může vytvářet prostor pro familiárnost, ať ze strany pacientů nebo sester.

DU... jo? A to samé je třeba ... na dvaadvacítce a na dvanáctce v léčebně, tam chodíme na praxi ...mmm...a tam je taky velmi dobrý, tak jsou opakovaní pacienti

D1: Už třeba ...i když se to nemá, jak se chováme třeba familiérněji ...

V: hmm

D1:... k sobě a to je špatn... že to je jako špatný, když se na psychiatrii chováme familiérněji k těm pacientům... (nesrozumitelné) že já nevím co, že vám budeme tykat, jo?

V: hmm

D1: Ale když oni prostě vidí, že jednak jdou někam kde to znají, ...

V: hmm

D1: ... a někam kde ... ho znají, jo?

V: hmm

D1: A je předpoklad třeba, ... nebo předpokládá že, když mu pomohli tolikrát, tak mu pomůžou aji teď, jo, Tak to už je to prostě vo něčem jiným, jo?

Diskurz „manipulující pacienti“

Pacienti jsou vnímání jako manipulující se svými stavy, aby dosáhli svých cílů. Ať už se to týká interakce se sestrou nebo získání nějaké výhody.

DU: ... aaa nechce tam zůstat, tak většinou jde do afektu, je schopen všechno rozdělit proti personál jenom kvůli tomu, že nechce zůstat v D., chtějí do A.. A naopak. ... to tam je.

V: jako ...

DU: u psychotiků, že to je typický, že oni ... oni mají rádi, když se vracejí do prostředí, které znají ...

V: Já tomu teď nerozumím,...

DU: No...

V: ... to znamená, že oni jsou schopni jakoby ... vy říkáte nějak jako sehrát ...nebo zahrát nebo, ...

DU: Ne, oni nejčastěji se zdekompensují, že si vynechají medikaci.

DU: Takže kolikrát oni tu sestru prostě ponižují, chtějí po ní věci, které ... ona dobře ví, že oni by to zvládli, ale oni, když nechtějí, tak v podstatě ... sestra nemá na vybranou... jo?

E: Já nevím... mmm ... že těžký, ... no, se mnou ... jako ... já abych vám pravdu řekla, já nevím proč, ale já ...mmm... bych řekla, že polovině lidí ... polovině pacientů já moc nevěřím, že třeba mají ty problémy, ...

V: aha

E: ... jo? Protože jsou tady vopravdu pacienti, kteří se sem rádi vrací a voni si fakt prostě, jako si myslím, že vymejší, ...

Diskurz “pacienti jako lidi”

Ne vždy byli pacienti konceptualizováni nebezpeční nebo manipulující šílenci. V některých případech bylo třeba je nazírat jako lidi. Zdůraznění jiných atributů je spojeno s benevolencí na straně personálu, která znemožňuje vnímat pacienta jako hodnotného aktéra sociální situace.

D1: ale to, že někdo má desetkrát ten binec a zase kouří tam, kde nemá a zase chodí nahý, já ji napíšu léky za dvatisíce a ona bude zase sedět na tom betoně ráno o šesti, jak dneska, to je furt dokola (smích)

V: ihm

D1: tak to chápu, že je to holka, která sama se sebou neví, co dřív, tak to mě teda jako nevytočí

V: ihm

Druhý typ diskurzu zahrnoval přiblížení pacientovi skrze vlastní zážitek, což bylo spojeno i s respektem vůči pacientovi jako člověku, který má nároky se chovat určitým způsobem.

Tento typ diskurzu zahrnoval se snahou porozumět světu pacienta, jeho agresivnímu chování a hledat společný jazyk.

D2: no a to byl nějaký pacient, on říkal, to je pěkný hajzl, ten,

V: ihm

D2: a já mu říkám, to byl nemocný člověk, taky, jo

V: ihm

D2: ten o tom nebude vědět, jo, on si to nebude pamatovat, on je to taky pacient, on je to nemocný člověk, jo,

D2: anebo vědět, co všechno ty rodiče můžou jako prožívat, jo. Třeba maminka, když sem přijde na návštěvu, říkat, si, když má člověk schizofrenii, to vypadá jako hodně strašně, že je jako malé zvířátko,

D4: ihm

D2: člověk, kterej třeba, studoval nějaký, několik let, jo, duševní, úzkosti, mohou třeba být i jako se, agresivní v té úzkosti, jo, nervózní, prostě se vším všudy, plačtivý,

B: ... jako zejména i pro okolí a takhle ... protože ten člověk má... vlastně ... je v šílený úzkosti, bojí se o život, zároveň tam vlastně je...mmm... takovej napjatý, chce se toho okamžitě zbavit a má pocit, že ta agresivita je ten jedinej moment ... nebo jediná, jedinej způsob, ...

B: jo, kdybyste jim něco takovýho řekl. A proto prostě zase jak se říká s každým člověkem musíme mluvit jeho jazykem, jo

Třetí typ diskurzu uvádí pacientovo chování v souvislostech, které jsou důležité pro porozumění jeho aktuálního chování. Rozlišuje důležité a nedůležité situace pro pacienta a uvědomoval si vliv personálu na vnímání situace pacientem a následně na jeho chování. Nevylučuje vliv zkreslování reality prostřednictvím bludů a vnímá pacienta jako hodnotného sociálního aktéra.

B: ...ne neobdývat je někde ve dveřích prostě, snažit se jim to opakovat, oni se hodně často ptají dokola pořád, jo?
V: hmm
B: ... čili ... pořád se ptají na to stejný, právě tím, jak se ptají na to stejný, tak už člověk potom se mu to nechce furt opakovat takže někdy... někdy prostě už mávne rukou. Ale pokud je to člověk, pro kterého vopravdu je důležitý... to co se s ním bude následující dny dít, tak na to dbát a ... a prostě ... neházet to za hlavu.
V: hmm
B: A hlavně důsledná informatika ... těch ostatních ... spolupracovníků.
V: hmm
B: Panu tomu a tomu jsem řekl tohle, jo? Takže myslet na to, jo, musíte vědět, že tady ta paní volala, že tady to a tohle, jo?
V: hmm
B: No prostě, aby všichni vždycky věděli o co jde. Protože když se potom ty informace nepředají, tak právě pak vznikají ty situace, který potom ty lidi ... vlastně mají pocit, že ... vlastně ...buďto, že je nikdo neposlouchá, nebo že je to všem jedno,
V: hmm
B: ... nebo, že se potom děje nějaká hrozná konspirace, jo? Takže ... takže takhle, no...

Narativní konstrukce vyprávěných příběhů

V příbězích pacientů převažovaly negativní emoce ze strany pacientů i sester. Příběhy sloužily především jako důkazy pro nebezpečí pacientů a ukázání schopností sester. Zvýrazněna byla nepředvídatelnost, předjímání osobností pacientů. Asistence policie a nedostatek personálu možné nebezpečí podtrhovaly. Konstrukce příběhů však může vypadat i jinak. Sestra, vyprávějící dva příběhy, tvrdí, že vyloženě ji nikdo nenapadl, a když tak, tak to bylo shodou okolností nebo v souvislosti s nějakou situací. Jeden příběh o dvou pacientech je vyloženě pozitivní, o tom, jak je potkal šťastný osud. Pacienti jsou vnímáni jako aktivní, jdou si za svým cílem.

Expozice	Aktéři	Emoce	Zápletka	Pointa
sestra je sama a policie přiveze potencionalního vraha	ohrožená, ohrožující, policie	strach	možnost napadení sestry	zvýraznění strachu
pacient se pomočí, pokálí, plive kolem sebe a nadává sestrám	nadávající, pečující	odpor	sebeovládání sestry	zvýraznění sebeovládání sestry
pacientka chodí nahá, pomočí se, nadává	nadávající, sestra zvládající důstojně situaci	odpor	nadávání, schopnosti sestry	zvýraznění schopnosti sestry
nikdo mě vyložene nenapadl, ale...	pacient, sestra	překvapení	nepředvídatelná situace, sestra se vrací z procházky, pacient chce utéci a přitom říznul sestru	můžu si za to sama, příště ho nechám běžet
VY byste stál jako sestra proti s pacientovi, který vidí v sestřičkách ďábla	pacient s bludy, personál	strach	neprohlédnuté kapsy, pacient má bludy	nemůžeme se držet žádných postupů, jak jednat s pacientem.
když tady sloužila H., tak tady pacient vymlátil jídelnu	chlap, personál	strach	demolice jídelny a není, kdo by pacienta zastavil	potřeba ostrahy
že by mě někdo vyloženě napadl to ne, ale chtěl po mě sex	hygienik, sestra	naštvaní	pacient žádá po sestře sex, ona odmítne a on jí chce dát facku, ona se brání	mě nenapadli
rodina se o mě bojí a tak vám povím příběh	pán v poutech, policie, sestra	hrdost	policie přivezla pána v poutech a setra za pomoci policie situaci zvládla	zládla jsem to, ale stejně člověk nikdy neví
mojí kolegyni se stalo, klid na oddělení, pacient se choval při příjmu podrobivě a najednou...	pacient ohrožující lahví, sestra	obava – pocit hrdosti	pacient ohrožoval sestru lahví, chtěl otevřít okno	sestra musí být samostatná, protože doktor je daleko
člověk nikdy neví, co se mu stane	chlap, personál, policie	ohrožení	police přivezla muže, který lezl po střeše a mohl to být klidně psychopat, který vyhrožuje rodině	musíme se připravit a bránit
poslední dobou tu máme hodně lidí, co se zabili, ale jsou tu i hezký věci – pacient se oženil a má miminko	pacient, sestra	smutek, radost, beznaděj	pacient má rodinu, ale je to zázrak,	pacienti jsou neschopní, většina z nich budou invalidní důchodci
pacienti se chtěli vymalovat z nemoci	dva depresivní mládenci a paní vedoucí výtvarnou dílnu	radost	dva pacienti malovali a oba potkal šťastný osud	pacienti se mohou realizovat a být šťastní

Shrnutí

Prostřednictvím prolínajících se diskurzů sester o pacientech se konstruuje sociální reprezentace pacienta. Kód diagnózy vytváří základ pro vytvoření představy o pacientovi, která je dále upravována na základě přijímání léčby pacientem a jeho dalšího prosperování v psychiatrickém zařízení. Jazyk diagnózy překrývá osobu a stává se základem pro atribuci jeho chování. Osvobození z jazyka diagnózy je možné skrze poroznění pacientova chování v sociálních souvislostech a skrz vlastní zážitek sestry, který si propojí s pacientem. Pozitivní reprezentace náročné práce zdravotní sestry jde ruku v ruce s negativním konstruováním pacienta. Nebezpečí je fokusováno v diagnóze pacienta, která je pojítkem mezi činem někoho jiného a aktualizujepotencialitu nebezpečí. Odlišně však byly nebezpečné situace konstruovány, pokud líčení situace zahrnovalo emoce pacienta, jeho vnímání a porozumění situaci. V jednom typu diskurzu byla příčina agresivity spojována jak se symptomy duševní nemoci, tak s emocionálními stavy, pacient však byl vnímán jako hodnotný sociální aktér.

Diskurz o příčinách agresivity ukazoval, jak personál zachází s vlastní vinou za vznik agresivního jednání. Diskurz o vině personál byl veden v obranném duchu a odkazoval spíše na příčiny ve stavu pacienta, jeho nemoci. Zároveň byl pacient nazírán jako vědomě manipulující se svými stavy, aby dosáhl svých cílů. Atribuce na základě diagnózy izoluje akci individuálního pacienta od sociálního kontextu. Příčiny chování sestry tak vnímají zpětně v nemoci pacienta, v jeho diagnóze.

Narativní konstrukce příběhů o tom, co sestry s pacientem prožívají a jací jsou pacienti, pomáhají udržovat koherentní obraz reality. Ve vyprávění zdravotnického personálu převažovaly (12:1) příběhy líčící pacienty jako nebezpečné a nepředvídatelné. Jen v jednom případě byl vyprávěn pozitivní příběh dvou pacientů, kteří aktivně šli za svým cílem. Jeden příběh zahrnoval částečně pozitivní obraz pacienta s rodinou, příběh však končil poselstvím „vyléčí se málokdo“.

8. Konstruování duševní nemoci

Diskurz „jiná realita“

Pacient na psychiatrickém oddělení je konstruován jako člověk jednající pod vlivem duševní nemoci, díky které přestává být sám sebou, proměňuje jeho osobnost a jeho život zásadním a

nevratným způsobem. Duševní nemoc se vytváří jako objektivizující jsoucno *jiné reality*, které odděluje pacienta od světa zdravých lidí a se kterým se svádí bitva v hlavě pacienta.

DU: ... že ten pacient sám musí říct, kdy se cítí dobře a kdy ne ... jo? Protože psychotici to mají ... mají to strašně těžké, jo? Třeba když si jenom představíte, kdybyste měl ... halucinace a bludy...

V: hmm

DU: ...tak který byste si je zvolil?

V: (smích)

DU: Který jako jo? Protože tam jim musí splývat v podstatě ta realita s tou jinou realitou, ...

V: hmm

DU: ... a v podstatě oni, když mají dvě reality, ... tak si můžou vybrat, v čem zůstávají ...

V: hmm

DU: ... jo ... a tam jde o to právě jako přesvědčit je, že tahle realita je ta skutečná ...

V: hmm

DU: ... a dostat je do toho ...mmm ... co teda to ...co tady je zrovna teďka. No a oni kolikrát ten svět nechtějí opustit, ...

D:... tak můžem mu dát tak nějak najevo, že jsme tady pro něj, ale většinou to v tom stavu nechápe,

Diskurz „děsivost šílenství“

Jiná realita nemoci je konstruována jako děsivé šílenství, kterého je třeba mít strach. Hlavní roli v „děsivosti“ hrají bludy a halucinace, ze kterých mají zdravotní sestry největší obavy.

Může však vytvořit možnost pochopení pro aktuální stav.

D: ... napsal to právě ... nebo natočil to nějaký schizofrenik, kterej ty hlasy prožíval sám a ... tak jsem si říkala, že bych to chtěla někdy si pustit, ale mám z toho trošku strach, ...

V:hmm

D: ... děsí mě, to co oni prožívají, protože si myslím, že to musí být někdy strašný, když ... když vykládaj, co vlastně v té hlavě mají ... co jim tam probíhá a ... a ... jak to prostě zvládaj a nebo nebo nezvládaj..

DU: ... jo? ... A myslím si, že to mají strašně těžké jako...

V: hmm

DU: Zažila jsem lidi, kteří ...mmm... kteří mají imperativní halucinace, který jim něco přikazovali...

V: hmm

DU: ...a ... ohrožovali je a vopravdu to musí být takový, řekla bych, děsivý svět, řekla bych stokrát horší než nějaký horor...

V: hmm

DU: ... protože podle toho výrazu, jak oni se chovali, jak oni to prožívali, tak to pro ně muselo být peklo ...aaa... pochopím, že teda jsou schopni na někoho skočit, někomu ublížit, protože si myslí, že to je ta realita, ...

Diskurz „nemoc jako morální kategorie“

Tento diskurz se v promluvách objevoval skrytě, byl propojen se slovním hodnocením typu „to nesmíme dělat“, neboť byl zdánlivě již překonán reprezentací stavu duševní nemoci. Je však znát, že pro sestry může být těžké nepropojovat s kategorií nemoci kategorii morálního hodnocení dobrý-špatný.

D: ... neříkat, že ... že jsou špatní tím, že ten blud mají ...

V: hmm, hmm

D: ... jo? Prostě brát to tak, že jsou to nemocní lidé a ... že je potřeba akorát s nima mluvit a pomoci jim

D2: s něčím nemůžete nic dělat, to tak jako tak patří, že lžou, kopou, podvádějí, s úsměvem vám něco slíbí, ale během chvilky dělají něco jiného, ale to si člověk zase, to se stane, jo,
V: ihm
D2: jo, pak si řeknete, že k tomu patří, jo

D: Mmm ... akutní psychotik v podstatě ... mmm... myslí si, že ... přistoupí na určité pravidla nebo na určité věci, které mu vyhovují, ale absolutně ho nezajímají ostatní spolupacienti, to , co je potřeba teďka udělat.

D1: ... to je taková komplikovaná jako nemoc ... i když tato diagnóza je... a ti lidi nikdy nemyslí na nás, vždycky vidí, že my jsme ti špatní a ... že nechceme prostě ... udělat to, co oni chtějí a takhle

Diskurz „příčiny nemoci“

Diskurzy o jiných příčinách, než biologických, se během diskusí nevedly. Diskurz o biologické vazbě se vynořil spontánně na základě dotazu, co pacientovi nejvíce pomáhá, diskurz o jiných příčinách nemoci, než somatických, se neobjevil. Jestliže je duševní onemocnění chápáno jako biologické onemocnění, tak role sester ustupuje do pozadí a zvýrazňuje se pozice lékaře. Sestra se zaměřuje na ošetřování somatického stavu, tedy na výkony. Sestry odlišují mezi pacienty s psychózou a pacienty s neurózou, kde vnímají možnosti intervence. Reprezentace „biologické vazby“ psychotického onemocnění se stává překážkou pro možnost intervence. Role působení na „psychiku“ je zvažována jako podpůrný faktor.

V: a co vám jako přijde důležité pro to zlepšování toho člověka, kterýho máte jako v péči.

D2: jako co

V: jako v tom vztahu

D2: jako co mu v podstatě jakoby pomáhá nějak, jo?

V: ihm

D1: jako to je taky tak trochu specifický, zase podle těch diagnóz, že jo, protože

D2: já bych to shrnula asi takhle, že záleží na tý kvalitě a pak na těch doktorech

(šum) (kdo bude dominovat, pak chce hodně přesvědčit)

D1: no, ale tam kde jsou biologický, tam kde je biologická vazba, tak tam je to bez diskuse, že jo, protože tam je to jasný, jo, protože když je to psychóza, tak má nějaký začátek a nějakým způsobem to ten lékař rozhoduje, ale u nás třeba, si myslím, že je to na řadě jiných, i těchletých komunikačních záležitostech, na těch zkušenostech, na tom, co on získá mezi pacientem, u nás je řada takových technik, který se dělají, že přijde ten pacient, já nedokážu, neumím, a pak se předvede před ostatními, že dokáže, že umí, získá nějakou korekční zkušenost, jo

D1: taky myslím, že když se zlepšuje somaticky, tak se může lépe i psychicky, to jedno s druhým souvisí, když je někdo vyčerpaný, no tak nebude mít dobrou náladu, to je pochopitelný, že jo, když je somaticky nemocnej, nebo u řady somatických nemocí, je to tak, že to spustí třeba ataku, že jo třeba, toho duševního onemocnění, to se taky děje, že jo, spustí něco, potom, od toho ...

Diskurzy o léčbě a léčitelnosti duševní nemoci

Představa o léčivém agens u schizofrenie a psychózách se odvíjí od diskurzů o příčinách onemocnění.

V diskusích byly léky považovány za jediný prostředek k léčbě, za jeden z prostředků k léčbě a za možnost volby.

Diskurz „léky jako jediný prostředek“

Tento diskurz vyzdvihoval účinek léků na nemoc pacienta. Sestry od nich očekávají, že zaberou a svoji práci reprezentují jako častý kontakt, který však nemá (mít) potenciál účinku. Kontakt sestry s pacientem se tak stává „impotentním“ a zachází se s ním neuvědoměle. Nemoc je prezentována jako dlouhodobý stav, který není možné vyřešit krátkodobým bráním léků, ale je nutné léky brát stále. Objevuje se metaforické srovnání s „chřipkou“. Pacienti jsou prezentováni jako nespolehliví v brání léků, kvůli jejich vedlejším účinkům nebo samotné nemoci. Není bráno v potaz jejich schopnost rozhodovat se.

D4: ... jako než... že? Uběhne nějaká doba a než třeba ty léky zapůsobí a trochu se to srovná

V: Čím Vy jako sestra můžete pomoci tady těm lidem?

D: ... no, ... sem chodí pacienti v akutních stavech a ... samozřejmě, že se předpokládá, že nejvíc jim pomůže ... léčba medikamenty, ... a... my jako sestry jim asi pomáháme tím, že jsem s nimi v častém kontaktu ...

DU: ... kdy je ten stav dobrý, ale většina z nich... v tom akutním stavu nepřistoupí na to, že to není jako chřipka. Oni to berou jako chřipku, teď mám potíže, vezmu prášky, jakmile je mi dobře, tak je vysadím, ...

V: hmm

DU: ... tam je právě problém, že oni jsou schopní až už vlivem negativních příznaků, že ztrácí zájem nebo že jsou lhostejní, nejsou schopni dál brát ty prášky, ...

V: hmm

DU: ... nebo zjistí, že ty prášky v podstatě... jim dělají... jako že slintají, ...

V: hmm, hmm

DU: ... jsou utlumení, jsou unavení, nemají o nic zájem ... nebo mají poruchy ... třeba sexuálních funkcí, ...

V: hmm

DU: ... tak oni nechtějí v tom mluvit s tím doktorem, tím pádem si to zmenší nebo si to občas vynechají ... a potom, jakmile se jim ten stav zhorší, tak oni si buď zvýší dávku, ...

Diskurz „léky jako předpoklad pro léčbu“

Diskurz finských sester reprezentoval léky jako předpoklad pro vedení konverzací s pacientem, které jsou hlavním nástrojem léčby. Lék je důležitým pomocníkem pro uskutečnění těchto diskusí.

F2: No, our doctor don't say that, because they understand, that medication is only one part of the treatment and discussions and therapy meetings are the most important way of working and medications is helping us to do this discussions⁴⁴

Diskurz „léky jako možnost volby“

⁴⁴ Ne, naši doktoři toto neříkají, protože chápou, že medikace je jen jedna část léčby a diskuse a terapeutická setkání jsou nejdůležitějším způsobem práce a medikace nám pomáhá tyto diskuse uskutečňovat.

Diskurz nepodceňuje důležitost léků při léčbě a zároveň je zvažován jejich přínos a jejich dopady na pacienta, přičemž odpovědnost za léčbu lze nechat na pacientovi. Klade si také otázku, která při pohledu na dlouhodobě léčené pacienty často padá v kontextu léčby - jak od sebe odlišit vliv léků a vliv duševní nemoci.

B: ... on jakoby ten lék dočasně jako nahradí ... on je takovej spolehlivej, že jaksi překryje ... překryje všechny ty problémy nebo ty příznaky té choroby, když takhle o tom mluvím v té obecné rovině...

V: hmm

B: ... aaa jaksi umožní mnohdy tomu člověku se vrátit zpátky do toho normálního života, ...

V: hmm

B: ... což je nesmírněj pokrok jako oproti třeba minulým ... minulým letům, jo? Ale zase si musíme říct jako za jakou cenu, jo?

V: hmm

B: Když potom člověk vidí ... jak... jako... teď to nechci svádět na ty léky, jo?

V: hmm

B: Ale i třeba vlivem té choroby... jak v tom člověku vyhasne ten...ten, ten život, jo?

V: hmm

B: Jako jak ... jak je vlastně jenom takovej určitéj stroj, samozřejmě spousta léků má řadu vedlejších účinků, který samozřejmě taky v poslední době už velice ... velice byly redukovány ... ale zase, dneska je to třeba na úkor jako ... zvýšené hmotnosti, takže spousta těch pacientů...

V: hmm

B: ... rapidně přibírá, dělá jim to problémy v sexuálním životě, což bych řekl je jedna z nejdůležitějších věcí třeba zvlášť pro ty mladý ... eee... chlapíky, kteří tady jsou. Takže ...je to prostě potom otázka jako, jo?

V: hmm

B: Záleží taky na tom pacientovi, co si vlastně z toho vybere...

V: hmm

B: ... mmm... když si to dá na misku vah, jestli na jedné straně se bude jaksi podrobovat tomu neustálému víru toho šílenství...

V: hmm

B: ... nebo na druhé straně prostě za cenu určitejch ústupků bude žít takovej jakoby v uvozovkách normální život, jo...

V: hmm, hmm...

B: Ono, když se vás takhle někdo zeptá, těžko říct, co byste mu nabídl, že?

Diskurz „psychoterapie“

Zatímco diskurz o účinnosti léků v rozhovorech dominoval, diskurz o psychoterapii se vedl spíše marginálně. Kromě rozhovoru se sestrami z regionu Kainuu, Finska, kde považují za svůj hlavní nástroj přístup otevřeného dialogu. Diskurz „psychoterapie“ můžeme rozdělit na dva rozdílné diskurzy s rozdílnými cíli. Jeden byla zaměřena více na komunikační aktivitu sestry s cílem s pacientem nějak manipulovat nebo nemanipulovat.

S: tam už ona musí poznat tie prvky terapeutické komunikácie, že by ho vedela nejakým spôsobom odpútať, ak je navázaný na nejakú myšlienku, alebo, tam už ona musí mať trošku zručnosti té komunikácie

D3: ... a není to taková ta teorie, že vás učí, jak máte mluvit, ale je to to, že si to zkoušíte...

V: hmm

D3: Jak nedirektivně s člověkem mluvit a prostě ... ho neurazit, ale naopak ho zase nesnižovat ho ... prostě nějak infantilně

D2: hmm

D: ... dělat z něj chudáčka nebo něco, takže ...

V: hmm

Druhý diskurz o psychoterapii vytvářel možnosti porozumění pacientovi, buď skrze vlastní zážitek v psychoterapii, nebo na základě vedení dialogu.

D4:... pokud tam někdo jenom ... ale... když to člověk zažije na sobě, tak pak si uvědomí, že ty lidi na to mají nárok a

D4: Začne pohlížet na ty lidi jinak a ... jinak se k nim i chová aniž by si to uvědomoval, že by se k nim choval třeba jinak, jo?

V: hmm

D4: ... Že ...to je... pokud někdo přistupuje k tomu psychoterapeutickému výcviku jakoby odpovědně, jo?

V: hmm

D4:... pokud tam někdo jenom ... ale... když to člověk zažije na sobě, tak pak si uvědomí, že ty lidi na to mají nárok a vlastně ... sice nás můžou štvát a vytáčet, ale ...

F2: And you have ability to looking things more widely, to find understanding what is going on, And what you understand, your way philosophy, what you are member of, so discussion are part of your job, to find out information and understanding...⁴⁵

Absolvování psychoterapeutického výcviku bylo u sester reprezentováno změnou v jejich myšlení a postoji vůči pacientům a dodává jim nástroje, kterými může s pacientem jednat. Ve finském diskurzu tyto nástroje umožňují vystoupit z role sestry, vnímat se druhého člověka jako osobu a dodávají jistotu při jednání se sebevražedným pacientem.

F1: of course, it makes, the learning makes different, aaa, my thinking⁴⁶

D4: ... tak nějak, ne teda jenom, že stárne, ale vyžívá to i myslím z hlediska ... nebo s tím souhlasím... určitě tomu pomáhají nejen ty školy, ale hlavně psychoterapeutické výcvik... to musím říct z vlastní zkušenosti a ze zkušenosti holek okolo, co to mají... to udělá v člověku velkou změnu

F2: I talked that therapy trainig give me more tools to my work, ⁴⁷

F2: I don't have impresize my role as a nurse and be human to other person and I can help her or him, so it give me confidence and it give me confidence to do decision and ..and ...accelerate (nesrozumitelné) so I don't have to make any panic decision ..I can wait to tomorrow, if I have suicidal patient like yesterday I did, I can wait til Friday and evaluate again, for example.⁴⁸

Diskurz „vyléčení se z duševní nemoci“

Duševní onemocnění je reprezentováno jako většinou nevyléčitelné onemocnění, což je způsobeno navracením pacientů na oddělení, kdy sestry mají příležitost sledovat jejich historii opakujících se návratů. Případy vyléčení jsou konstruovány jako neobvyklé.

D: ... teďka pacient za náma přišel, že se oženil a že čeká miminko, ...

V: hmm

D: ... tak to je takový hezký, že se dokážou zapojit do toho života, i když jich je hrozně málo.

⁴⁵ A máš schopnost vidět věci širěji, mít větší pochopení pro to, co se děje. A to co chápeš, tvoje filozofie, to čeho jsi součástí, takže diskuse jsou částí tvé práce, hledat informace a pochopení

⁴⁶ Samozřejmě, že to změnilo moje myšlení

⁴⁷ Říkala jsem, že terapeutický výcvik mi dal více nástrojů pro mou práci

⁴⁸ Nepotřebuji imponovat mojí roli jako sestry a být člověk k jiné osobě a umět jemu nebo jí pomoci, a tak mi to dalo důvěru a dalo mi to důvěru dělat rozhodnutí a akcelarovat...takže nemusím dělat panická rozhodnutí. Mohu počkat do zítřka, pokud mám sebevražedného pacienta jako včera. Mohu počkat do pátku a zhodnotit znovu (situaci), například.

V: hmm

D: No, ti schizofrenici ... je to takový ... ono to vlastně vzniká, žejo, brzo ...

V: hmm

D: ... kolem toho dvacátýho, třicátýho roku a ... a to jsou pak vlastně mladí lidi, kteří si mají hledat práci, zakládat rodiny a ono to nejde...

V: hmm

D: ... skrz tu léčbu, skrz dědičnost, žejo ...

V: hmm

D: ... u těch dětí a ... většinou to nezvládaj, většinou nejsou schopni se o tu rodinu se postarat, nejsou schopni pracovat dál ... takže ... tady vlastně povětšina lidí jsou invalidní důchodci...

Ovšem zároveň faktorem, který může pomoci pacientovi je i působení na psychický stav pacienta prostřednictvím dodávání naděje. Postoj nejsou schopni se pracovat, starat se o rodinu omezuje koncept naděje. Vyléčení tedy znamená stát se invalidním důchodcem.

D: ... a že to prostě ... aaa ... no, a taky asi je důležitý to, když ten člověk ... když mu dáme najevo to, že v tom není sám ...

V: hmm

D: ... že tu je spousta takových lidí a že se taky vyléčili ...

V: hmm

D: ... že to prostě taky zvládli, ...

Shrnutí

Konstruování duševní nemoci probíhá v těsném sousedství konstruování pacienta, na kterém sestry vnímají příznaky nemoci. Duševní nemoc však byla konstruována také jako objektivní jsoucno materializované ve světě prostřednictvím diskurzů – diskurs o jiné realitě, diskurs o nemoci jako děsivém šílenství, jako o morální kategorii a o biologických příčinách nemoci. I diskurz konstruuje stav duševní nemoci jako určitý děsivý *svět*, ve kterém se člověk ocitá.

Konstrukt dvou odlišných světů normálního a šíleného dovoluje reprezentovat objektivizovaný stav pacienta. Akce pacienta však přestávají patřit do obyčejnému světu a lze je těžko uchopit prostřednictvím komunikace. Mezi dvěma lidmi tak vzniká hranice, kterou je možné překročit prostřednictvím pochopení, že člověk jedná pod *vlivem* „horroru“.

Konceptualizace jednání pod vlivem nemoci umožňuje sice omluvu pro pacienta, ale zabraňuje porozumět akcím pacienta jako smysluplným sociálním aktům. Diskurz o nemoci jako o morální kategorii konstruuje dichotomicky kategorizovaného pacienta – „hodný“ a „zlobivý“. Jestliže je cílem hospitalizace zlepšení pacienta, tak pacient „zlobí“ tím, že si drží svoje bludy a nechce se jich zbavit. Umenšuje se tak možnost respektovat stav pacienta jako např. reakci na vnímané ohrožení v určité situaci. Zlobivost se formuluje jako příčina jednání. Třetí diskurz o biologických příčinách je odkazem na celý psychiatrický diskurs postavený na základech farmakoterapie. Duševní nemoc je reprezentována jako objektivně měřitelný stav probíhající v mozku, na nějž zabírají pouze (nebo často) léky. V diskurzu sester mizela

možnost působení na pacienta prostřednictvím komunikace, kterou však zároveň považují za svůj hlavní nástroj intervence.

Možnost vyléčení byla reprezentována jako malá, funkčnost pacientů ve svém sociálním prostředí jako nízká. Pacient tak již dopředu získává status neschopného se starat o rodinu, najít si práci.

9. Konstruování interakce zdravotní sestry a pacienta v podmínkách psychiatrického zařízení

„...ona akoby chtěla, aby to fungovalo tak, žeona....., ako v obchode, aby to bolo, hej, že, ja chcem, daj a tolko platím. Jenže cele to ošetrovanie je o interakci a vlastne tam je potrebný ten časopriestor na to vypovedanie tých potreb a na analýzu a vlastne na prijati toho, čo robím s tým.“

S. (2011)

Konstruování interakce zdravotní sestry a pacienta se odehrává na pozadí dvou typů prostředí. Jeden typ, prostředí společenských a ekonomických podmínek, proniká do interakce skrz vytváření nedostatků (případně dostatků), druhým prostředím je tým, který sestra vytváří s lékařem. Prostředí nejsou od sebe čistě oddělena, společenské podmínky konstruuji roli lékaře a zdravotní sestry a jejich atributů a vytvářejí základ pro formování sociální reprezentace lidí s duševním onemocněním.

Diskurz „nedostatek“

V diskusích se zdravotnickým personálem se odrážely jak společenské podmínky, ve kterých se aktuálně české zdravotnictví nachází, tak i specifika charakterizující instituci psychiatrie. Situaci bychom mohli nazvat jako diskurz o nedostatku. V podmínkách české psychiatrie se projevuje nedostatek různými způsoby. Zdravotnický personál zmiňoval nedostatek personálu (2 sestry na 30 pacientů), nedostatek mužů, nedostatek finančního ohodnocení, nedostatek času na pacienty, nedostatečné prostory, nedostatek činností, nedostatek psychologů, nedostatek rodinné terapie. Co je však možné snést u somatických oddělení, tak nestačí na psychiatrii.

D3: v takových podmínkách třeba i ekonomických je to jako těžký, když to jako potřebují, když to potřebují pro svou práci a pacientů, máte na to dvě minuty,
V: ihm

D3: když to člověk tak nějak zvládá a když to tak nějak jde, tak to mě samozřejmě těší

S: ano, čiže ten pomer tých pacientov, ako keby sa nezohľadňovala to špecifikum psychiatrie, lebo na internom keď príde ten pacient, tak on konkrétne definuje aký má problém

Diskurz “nedostatek času”

Hlavním nedostatkem, kterého si může všimnout pacient, je nedostatek času. Přípravenost a vybavenost sestry komunikovat nemusí korespondovat s množstvím času, který na pacienta ve skutečnosti má. Čas na pacienta je narušován množstvím byrokratické práce, ať už skutečné nebo demonstrované.

E: ... můžou teda jako taky věnovat, jo? A že ty sestry taky to furt to papírování, jo? Samý, tak tam je to taky důležitý, že?

F1: But if you ask our nurses, they say, they don't have time.

F1: They use to do it, these style, these kind of things in ward, in hospital. We use to spent time in (zakašlání)
(nesrozumitelné) we must lot, many other things, that it are not so important, I

Nedostatek času se týká také lékařů. Zdravotní sestry je vnímají jako někde zavřené, kde se věnují svojí práci.

D: ... vizity a podobně, různý pohovory nebo ... my jako vlastně zdravotní sestry jsme tady s nima daleko častěji než lékaři, kteří jsou vlastně tady zavření, dělaj ty příjmy, dělaj různý věci

DU: Protože ten doktor to má těžké s tím, že on si s tím pacientem promluví ... patnáct, dvacet minut za den ...

V: hmm

DU: ... jo? V podstatě pět minut na pacienta a když to takhle vezmu, a ten pacient zrovna teď nemusí mít náladu, zrovna teď si nevzpomene, co má za potíže,...

Diskurz o nedostatku času však také ukazuje na nedostatek času a prostoru sestry pro setkání s pacientem. Nárok na respektující komunikaci sester s pacientem je narušován předpoklady sestry, o tom, co pacient dělá a nebo chce a následnou potřebou korekce

S: Já si myslím, že celkovo v rámci komunikácie rešpekt voči pacientovi, k jeho názorom, to je veľmi ťažké (...) jeho myšlenkové pochody a ona by mala vedieť rešpektovať a potom ho korigovať k realite nejakým spôsobom a ďalšia vec je tá autenticita, že to čo jak vravím aj prežívam, rešpektivo byť, byť čestná alebo pravdi..ani nie pravdi..vyslovene autenticka, hej, keď ja sa ponahlam, tak nehovorím, vy jste to povedal, prepač nemám čas, vrátím sa k tebe, to sa nedeje, práve ten stres, tak ona chce to mať rýchlo za sebou, daj pokoj a zavri dvere.

S: vyslovene, jen ty prvé zpusoby rešenie, chýbí ten čas, že niekedy možno ten pacient nemá ani priestor na vypovedanie, lebo ona už predpokladá a už reaguje na ty svoje predpoklady.

Diskurz „interakce s pacientem“

Interakce mezi zdravotní sestrou a pacientem spočívá v komunikaci během určitých výkonů. Jinak pacient musí sestry vyhledávat. Obsahem interakce je povídání, kontakt, mluvení o běžných problémech. Sestry považují za důležité budování důvěry, aby se jim pacienti

svěřovali. Potíží je však, že na budování důvěry a vztahu v komunikaci je potřeba času, kterého se během výkonů nedostává.

V: hmm, hmm ... a tu důvěru budujete jak? Říkala jste, že ta důvěra je nejdůležitější ... nebo..

D: Zájemem o lidi ...

V: Zájemem ...

D: hmm

V: ... a jak to děláte třeba? Můžete říct nějaký příklad?

D: No, ... já si myslím, že ... že stačí taková věc, jako že jdu rozdávat léky a když ke mně přijde pacient, tak se ho zeptám, jak se cítí ...

V: hmm

D: ... jestli se jeho problémy nějakým způsobem posunuly někam ...

Rozsah interakce se tedy odehrává v prostoru mezi tím, co sestra vidí, pozoruje a tím, co jí pacient řekne, když za sestrou přijde. S čím však chce a může za sestrou přijít? Problémem je mluvit o zhoršení, protože to znamená zvýšení medikace, nepochopení. Lze mluvit o běžných věcech, o tom, co může sestru s pacientem propojit.

D: ... no, jinak si s náma chodí spíš tak, jako se sestrama, spíš tak jako popovídat o jejich běžných problémech a tak...

D: Takže tam je to ... vopravdu o... o tom být jako ... řekla bych vnímavá, ... pozorovat, hodně přemýšlet, ... mluvit, ... když se má o čem, ...

V: hmm, hmm

D: ... aaa jako nabízet takovou tu pomoc ... takovou tu ... eee ... hlavně, já vždycky říkám u příjmu, když budete něco potřebovat, tak řekněte, zavčas, ...

DU: ... a v podstatě ten nejproblematictější třeba za dva za tři týdny ... eee... vám potom o sobě řekne daleko víc ... to říká i o hlasech ... o tom proč co jak vzniklo, ale jsou i takový lidi, kteří o sobě neřeknou nic, ...

V: hm

DU: ... za měsíc, za dva, v podstatě chodí na opakovanou hospitalizaci dva roky neřeknou ani ř, jo?

V: hmm, hmm

DU: ... takže já tu práci mám ráda ale základem je ...asi ... opravdu tolerovat lidi ... eee... s kdejakýma projevy, ...

V: hmm

DU: ... protože psychiatrickí pacienti jsou hodně biologičtí.

Obsahem interakce je mluvení i naslouchání. Naslouchání je však definováno – necháním jen vypovídat. Jako by byla nedůvěra ze strany sestry v sílu komunikace.

E: Ale ... když tak to teda jako ... tak trochu nějak se snažím vobkecávat, aby to pro ně bylo jako ...

V: hmm

E: ... přijatelný.

D: ... jenom tak nechat vyslechnout a ...

Interakce slouží také k modelování, dávání příkladu, jak by se pacienti mohli chovat, jak by mohli změnit svoje dosavadní vzorce chování.

B: Takže jim prostě pořád dávat příklady ... dávat jim určitěj vzor, podle kterého oni by mohli...

V: hmm

B: ... spoustu věcí změnit, jo? ... A ono to takhle zní honosně, ale může to být třeba mezi ... mezi dvěma pár vět jako, jo?

Cílem interakce je návrat do reality, pomoci pacientovi v uvědomění, co se stalo a jak s daným stavem může nakládat dál. Děje se tak i prostřednictvím instituce, která mu má pomoci získat režim. Předpokládá se, že pacient se však přizpůsobit nechce a tak je třeba jej nutit do spolupráce.

D: ... jo? Že prostě my je musíme přesvědčit o tom, že bohužel ta nemoc přišla ... a že se s tím musí něco dělat...

B: ... snaží se prostě s těma lidma, kterým se to nějakým způsobem stalo... že byli takhle postiženi... tak se snaží prostě jim ... najít ten, ten reálný svět zpátky, jim ho nějak postavit i když z těch chatrných karet, ...jo?

D3: aj u těch psychotiků, prostě, jo, oni musí unést, že je správný jekejsi systém, jo, být systém a přizpůsobit se mu a to nevím, jestli pacienti dokážou zhodnotit, jo.

D: ... o tom vztahu, o té důvěře ... a plus jako pacienta trošičku nutit do toho, aby sám byl zodpovědný za to, co dělá

V interakci je nárok ze strany sester na konkrétnost pacienta, srozumitelnost, která je předpokladem pro vykonání správné intervence ze strany sestry.

S: Aby bol ten pacient konkrétný, konkrétne definoval svoj problém. A aby všetky tý problémové súvislosti se zdravotním stavem sú intímne a je ťažko vypovedať, že nám taký a taký problém spôsobom, že príde sestra, ktorá je cudzá a je profesionál a ja ako pacient mám hneď povedať, že, ja nievim, mám problémy so stolicou, hej. Sestra očakáva, že povie, že nemožem ísť na záchod, hej, ona to chce konkrétne riešiť

Diskurz „pozitívnej komunikácie“

Diskurz ukazuje pozitívne stránky komunikácie, ke ktoré je treba získať dôveru z oboch strán, jak ze strany pacientů k sestřám, tak i ze strany personálu k pacientům.

D: ... takže, to väčšinou probíhá tak nějak postupně během té hospitalizace, kdy si získáme k němu takovou důvěru nějakou a on k nám, ...

D: ... no ... a podpořit, ... že to zvládnou, ...

F2: We are very interested

V:hmm

F2: Interested in the patient and we must hear and we check⁴⁹

Diskurz „hranice“

Diskurz poukazuje na před-chystanost definic rolí sestry a pacienta a jejich atributů.

V kontaktu sestry a pacienta je konstruována hranice mezi rolími. Pacient si uvědomuje, že je v určité roli, která je spojena se stigmatem a hledá způsob, jak ji překonat prostřednictvím aktu daru. Sestra se snaží překonávat vytvořenou hranici prostřednictvím přijímání, přitom však definuje další hranici, kam je možné jít, jde o stav zhoršení nemoci. Zhoršení je tak

⁴⁹ Jsme velmi zainteresováni v pacientovi a musíme poslouchat a vybírat.

koncipováno jako nemožnost kontakt navázat. Pokud sestra hovoří o jednotlivém člověku, tak se objevuje koncept „neškatulkování“. Během rozhovoru s touto konkrétní sestrou však pokračuje vytváření homogenní skupiny pacientů prostřednictvím „oni“.

DU: A přitom potřebuje ujištění, třeba vám nabídne žvýkačku ... a řekne – sestřičko, vemte si žvýkačku ... a teďka je zrovna ten moment, kdybyste si od něho to nevzal ... nebo nevzala ...jo?

V: hmm

DU: Tak v podstatě on se zarazí že je nějaký divný, že se ho štítíte nebo něco ...jo?

V: hmm

DU: Takže ... tam jde o to ... on zkouší ten kontakt, jestli teda ještě ... sem patří nebo ne.

V: Aha a co děláte, berete si žvýkačku?

DU: Jo, беру, беру, normálně, ...

V: Jo?

DU: To jako ... tam jde možná o to ... mít takový ten odhad ... eee ... na ... na lidi, na chování, ne škatulkovat je, ale vždycky ... jít na ně slušně, řekla bych lidsky, pokud možno podat ruku, když nejsou akutně zdekompenzováni,

Diskurz „kdo za kým chodí a proč“

Následující diskurz ukazuje konkrétní příklad, jak fungují základní předpoklady zdravotní sestry o pacientově chování. Sestry mimo provádění formálních úkonů tráví svůj čas na ošetrovatelně. Ve svém přístupu sestry zdůrazňují, že jsou zde pro pacienta, ony však nejsou „zde“, ale spíše „tam“, za hranicí psychologickou, reprezentovanou odlišnou rolí, a fyzickou, tvořenou dveřmi. Hranice prostoru poskytuje sestrám psychohygienický prostor, potřebný pro odpočinek.

DU: ... když budete něco potřebovat, přijďte za mnou, buď jsem tady ve předu na ošetrovně nebo tamhle jsem, ...

V: hmm

DU: ... kdykoli ve dne v noci, budete něco potřebovat, jsem tady pro vás.

D: ... jo? Že ... že člověk pak neví, co má pořád dokola říkat (smích) a už neví kam se skovat a

V: hmm ... no, jasně ... a to chodíte s nima na pokoj nebo...

D: ... třeba k nim aji na pokoj, no ... když je potřeba, tak jo ...

Dostupnost sestry je pro pacienta problémem, protože pokud ji vyhledává častěji, aby mu odpověděla jeho potřeby, neboť se může vytvořit role naléhavého pacienta. Reprezentováním role naléhavého pacienta se uzavírá možnost intervenovat, protože sestra nevyhodnocuje pokusy o komunikaci jako skutečné, ale jako součást nemoci, pacienti se snaží pouze „zaujmout“. Konstrukcí naléhavého a nesrozumitelného pacienta vzniká pro sestru situace, kterou je třeba zvládnout. Vyhodnocením stavu jako „akutně psychotického“ se stává prostředkem volby jasně indikovaná medikace pacienta. Situace zklidňování je zjemňována

slovem „trošičku“, aby ulomila hrot intervenci, zároveň je prezentována neobvyklost chování pacientů.

D: Jo, já si myslím, že to na ně hodně působí, no ... Je pravda, když je tady někdo hrozně nalíhovej a ... a to znamená chodí za náma a pět minut a ptá se nás na nesmyslný dotazy někdy je to strašně namáhavý ...

V: hmm

D: ... jo? Že ... že člověk pak neví, co má pořád dokola říkat (smích) a už neví kam se skovat a ...

V: hmm, hmm

(...)

D: ... zvládnout sám, svoji vůlí a ... tak nějak ... pokud je schopen toho, že? Někdy nejsou schopni, tak ...

V: hmm

D: ... bohužel se to pak musí řešit medikamentózně, no...

V: hmm

D: ... trošku je zklidnit ...

V: Co to bývá za věci teda většinou?

D: Jako co to je za lidi?

V: Ne ne, ... no, co to bývá za věci s čím se pořád ptají jako ... na co se pořád ptají třeba jako...

D: Eee ... oni spíš vyhledávají pozornost a tak nějak se snaží zaujmout třeba problémama, ...

V: aha

D: ... jo? Protože ... no, ... (zasmání) ... jsou to různé věci, s čím chodí, jo? Chodí s nesmyslami ... že ... přečetli si na nástěnce něco a chtěou to vysvětlit a ...

V: hmm

D: ... a chtěou poslední pomazání, chtěou zavolat kněze, ...

V: hmm

D: ... a přenáší nám tady různé věci po oddělení a ukazují nám to ... a ... a malujou nás a (zasmání)...

V: hmm

D: ... no,... byl tady kluk, kterej čtyři měsíce byl na vojně, ... pak odešel ... aaa ... chodil za náma s tím, že on nám bude říkat pane a my mu budem dávat rozkazy, ...jo? S různýma věcmi ...

(..)

V: Čím si to vysvětlujete ty jejich aktivity jako to malování a přinášení vám věci a ...

D: Tohleto je většinou v rámci akutní psychózy ...

V: jo, jo ...

D: ... jo? To se nedá jinak říct, no...

V: hmm

D: ... jako že většinou za náma přijdou, v té hlavě mají strašnej zmatek, nevědí co je realita, co není realita, a ...aaa... a padesátkrát dokola se nás chodí ptát na tu naprosto stejnou věc...

V: hmm

D: ... a (smích) ... kolikrát je to fakt strašně únavný jim to říkat pořád dokola, ... jo? Volaj tísňový linky, protože ... maj neopodstatněný strach třeba o rodiče

(..)

D: ... to je těžký ... jo, jsou takový zvláštní případy, co si vymýšlí ...

V: hmm

D: ... propichujou kytičkám kořínky a ... malujou po oknech ...

V: hmm ... to je zajímavý teda ...

D: ... hmm ...

V: Čím Vy jako sestra můžete pomoci tady těm lidem?

D: ... no, ... sem chodí pacienti v akutních stavech a ... samozřejmě, že se předpokládá, že nejvíc jim pomůže ... léčba medikamenty, ... a... my jako sestry jim asi pomáháme tím, že jsem s nima v častým kontaktu ...

V: hmm

D: ... jo? Že prostě, že se na nás, když je něco, tak že oni se na nás obrátí ...

Eskalace role (naléhavý-neklidný-agresivní) vzniká mezi spěchající nebo vystresovanou sestrou a pacientem v nedostatečných podmínkách daných počtem personálu (2 sestry na 30 pacientů), což již vzbuzuje značnou míru rizika. Lékař je vnímán jako vzdálený (“na druhém konci chodby”). Pro podporu jistoty sestry předepíše medikaci na neklid, kterou může sestra využít, ale tím opět vytváří možnost, aby byla pacientovi medikace podána, což se v případě známek nějakého nebezpečí stává. Odpovědnost je přitom připisována lékaři, který lékaři

předepsal, avšak sestra jej “individuálně” podává, přičemž “neklid, nespavost”, nestačí pro přesvědčení výzkumníka o užitečnosti praxe, je nutné potvrdit “agresi”.

DU: ... jo? Nebo doktor se zavolá ... je daleko lepší, než aby k tomu docházelo ... většinou to tak bývá, aby už ... na klinice nebo jak chodím s praxí do léčebny, je v podstatě každý pacient ... má ... když ten doktor očekává nějaký neklid napsané prostě při neklidu podat tohle a tohle a potom už je to individuálně na té sestře, kdy ona ... zjistí, že ten pacient se začíná rozjíždět v uvozovkách ... tak kdy mu to podá zavčas... je lepší mu to opravdu dát zavčas ať už něco na ztlumení nebo něco proti úzkosti, než ho nechat ...mmm... zdekompensovat

V: hmm

DU: Nestojí to potom za to ... jo? Protože jeden, dva pacienti vám opravdu dokáží rozhodit celé oddělení ...

V: hmm, hmm

DU: ... jo? A potom nestíháte tu svoji práci vystatní...

V: hmm ... to si říkám, že to je náročný když se něco takového stane jak to zvládnout, žejo ... jak to taky zvládat psychicky, ... že tam s někým takhle jako manipulujete, kdo ... kdo prostě ...eee... jako někam nechce, takže jako... že to ... že to musí být náročný a jak ... to s ním vlastně děláte ... jako potom? Jo? Jako že fakt (nesrozumitelné)...

DU: Je to ... no, je to ...je to těžké. Většinou se to dělá tak, že ten pacient, když se začíná dekompenzovat, ... tak se opravdu ... buď mu něco připíchne nebo se zmedikuje, podle toho, co ten doktor chce, jo?

V: hmm

DU: Při neklidu, při nespavosti ...mmm... při agresi třeba a tohle... to je nejlepší, ...

Shrnutí

Diskurz o interakci ukazuje situaci probíhající interakce na oddělení. Interakce probíhá *během* výkonu, nikoliv jako setkání. Pacient přichází za sestrou s problémem, je buď vyslechnout, s tím, že „nechat vypovídat“ mu pomůže nebo jej sestra povzbudí, že to může zvládnout.

Mluvení pomáhá učinit pobytem snesitelnějším. Cílem interakce je přesvědčit pacienta, že má nemoc, která je řešitelná bráním medikace. Podstatná je důvěra, která však musí vzniknout za předpokladu času na komunikaci a zájmu sestry. Pokud je nesrozumitelný, tak vzniká situace pro pacienta odmítnutím nebo přidáním medikace.

Kumulace jednotlivých nedostatků vytváří nepříznivou situaci pro komunikaci sestry s pacientem. Nedostatek personálu spolu s nedostatkem času spoluvytváří roli naléhavého pacienta, která v sobě skrývá potenciál k vyhodnocení pacienta jako *neklidného až agresivního*. Jako první možnost volby volí sestra medikaci předepsanou lékařem. V takto postavené situaci se naprosto stírá rozdíl mezi léčením a omezováním, mezi nemocí a zlobením, mezi pacientem a agresorem. Pokud dává sestra léky, tak by měl být pacient nemocný. Pacient však může být naléhavý z mnoha různých důvodů, může být vyděšený, naštavený, může potřebovat na záchod, může potřebovat kontakt, uklidnění. Chování překrývá nemoc, možnost vyjít vstříc vyjadřované potřebě je nahrazeno medikací.

Komunikace s pacientem je konstruována především jako podpůrné dodávání naděje.

Pozitivní komunikace se odehrává na pozadí vytvořené oboustranné důvěry a zájmu sestry.

Diskurz situace sestra a lékař

„...jsou ošetřovatelé, pak jsou sestřičky a ti o vás vlastně říkají doktorům a těm, protože ti doktoři vás vidí na vizitě, třeba něco ordinují a ostatní už dělá ten nižší zdravotnický personál, takže oni taky ti psychiatři vás... Oni vás vlastně nevidí, při vizitě možná...je to takový propojený, když o vás sestra řekne, že jste celý den zlobil, tak potom doktor si myslí, že jste celý den zlobil.“

L. (2004)

Podmínky pro dobrou komunikaci vytváří atmosféra na oddělení. Atmosféra souvisí také s naladěním personálu, vztahy mezi jednotlivými členy týmu a způsobem jejich komunikace.

D:A i atmosféra na oddělení třeba jakoby mezi personálem...

D2: Hmm, myslím si, že hodně závisí i na té náladě toho personálu a vůbec

Diskurz „lékař“

Zkusme se proto zaměřit na konstruování situací mezi sestrou a lékařem, který lze konkrétněji uchopit a který výrazně ovlivňuje pacienta. Lékař je sestrami vnímán ve větší vzdálenosti od pacientů, a jeho moc je spojena s odbornou kompetencí vyšetřit pacienta, stanovit mu diagnózu a předepisovat medikaci. Úlohou sestry je přesvědčit pacienta, že je nemocný a že má medikaci brát. Kompetence lékaře předepisovat léky je potvrzuje lékařova autorita, kterou sestra zprostředkovává pacientovi.

Diskurz „předepisování léků“

Medikace je v očích sestry vnímána jako jistota pro zvládnutí náročných stavů pacienta.

Sestra tak na lékaři závisí, pokud jejímu úsudku nebude důvěřovat, tak se ocitá v ohrožení.

Předepisování medikace na noc je tak specifickou situací, kde se projevuje vzájemný vztah a fungující/nefungující situace v týmu. Situace je o to delikátnější, že zahrnuje buzení lékaře.

D2: jo, jako dá se, dá se s nima domluvit.

V: ihm, máte to taky tak nějak podobně?

D4: no, občas tam jsou, jako v noci, jo a to se nemá (nesrozumitelné) třeba nechají na listěčku, jako co se má dopsat, prostě, dopište to tam a když se něco děje, tak mi zavolejte

D2: holky máte mi zavolat, protože oni tam mají stejnou službu jako vy, jo, no.

V: ihm

D3: jenomže, když jim zavoláte

D4: dopište,

D2: jako vy, došlápnete na ně, aby hned teď přišel

D1: to jde o to, protože když se něco stane, tak já jsem nic takového neřekl, že jo

V: hm, hm,

D1: jo, prostě sestra má dělat, jenom to, co je napsaný, a o tom to je, protože když bude rozespalej doktor, tak já jsem nic takovýho neřekl.

V: ihm

D3: a ten doktor by měl, když tam dělá nějakou rutinku, tak je potřeba toho lékaře zavolat, a někdy je to tak, že je to nepříjemný, spolupráce, když je tam jeden lékař,

Diskurz „nepřítomnost lékaře“

Lékař se na oddělení prakticky vyskytuje jen v době vizity, jinak je nedohledatelný.

Sestra je tak nucena k samostatnosti, což ji na jednu stranu může přinášet větší pocit kompetentnosti, ale také nejistotu. Proto vyžaduje dobrou komunikaci s lékařem, na jehož vyhodnocení situace je přijat pacient, se kterým si ona později musí poradit.

D1: já si říkám, že jak říkala tady kolegyně, je to docela jako důležitý, protože tam ona prostě nemůže být jako v podřízené roli, prostě, protože tam je pak sama za sebe, jak jste mluvili o té

D1: že ten doktor prostě odejde a když se něco děje, zavolejte mi, ale až když se něco děje, ale ta sestra to musí umět přechít, jako když se začne něco dít, je to tak M.? já si myslím, že to o je v té samostatnosti hodně, ale na oddělení jiných, to nevím, jak to je.

Diskurz „prostřednice“

V diskurzu o prostřednictví mezi lékařem a pacientem je sestra pacientovi blíží, mluví s ním „v lidském podání“. Využití takového jazykového prostředku implikuje, že odborně je „nelidský“, odlišuje se tak lidský přístup sestry od odborného přístupu lékaře. Zdravotní sestry fungují jako „překladatelky“ z jednoho jazyka do druhého a „zprostředkovatelky“ péče. Komunikace pacienta a lékaře se tak částečně děje, skrze sestry, které jsou prostředníky mezi pacientem a lékařem.

D: Tak tématem je určitě vysvětlení problému, proč jsou tady ...

V: hmm

D: ... což je hlavně v kompetenci lékaře, ... my spíš v takovém lidském podání jim vysvětlujem, co se s nima tady bude dít

Pro pacienta je role jejich „prostřednictví“ velmi důležitá, protože si během vizity nevzpomenou na věci, které chtějí s doktorem vyřídit a poté je vyřizují se zdravotní sestrou. Jejich role „rozhraní“ je spojena s mocí nad pacienty, není jasné, jestli uvědomovaně nebo neuvědomovaně. Sestra rozhoduje, co o pacientovi napíše, jak bude dále probíhat léčba.

DU: ... jo? Protože on když nám řekne, že si to omylem vzal, tak potom, ... v podstatě musíme přesvědčit doktora, že to nevzal jako že si chtěl ublížit, ale... že chtěl prostě ... zbavit se těch příznaků.

DU: ... jo? Z toho pohovoru potom zjistíme třeba, že bysme to mohli ... ventilovat dál ... lékaři,

DU: ... jo? Takže ... ta sestra tam figuruje takového toho prostředníka ... vlastně ...mezi tím pacientem a doktorem ...

D: ... doktor vdejde a okamžitě sestra je pacientova, protože pacient dojde- já jsem zapomněl říct, já jsem se zapomněl zeptat na propustku, jak to bude ...

D: ... protože ona řekne doktorovi, jak ten pacient se jeví, jestli je lepší, ...

V: hmm

D: ... horší, jestli má nějaké vedlejší účinky, jestli to spíš hraje, ...

Diskurz „tým sestra a lékař“

Můžeme rozlišit dva typy diskurzů týkající se vztahu lékař – sestry podle atribuce zodpovědnosti za řízení fungující komunikace. V jednom typu diskurzu byla zodpovědnost přisuzována lékařům a v druhém diskurzu sestrám. Kvalita předávání informací v týmu může podstatně ovlivňovat stav pacienta.

B: Mmm ... tak já bych řekl, my si ...mmm... samozřejmě ty informace ... nebo ty základní si předáváme formou těch hlášení ... že, vždycky jaksi... večer nebo ráno, když se měníme ty služby tak si jako řekneme takový ty nejdůležitější věci ... a samozřejmě probereme vždycky na prvním místě pacienty ... pacienty, kteří jsou vlastně na tom jakoby nejhůř ... psychicky ...aaa... samozřejmě jsme jenom lidi,takže občas něco zapomeneme, ...

V: hmm

B: ... ale jak říkám, jo, někdy prostě ta informace není příliš důležitá, jako takhle na první pohled, je to třeba banální věc, ale ...ale vyvine se z ní naprosto hrozný problém, jo?

Diskurz „dobrý tým je záležitostí lékaře“

Naslouchání sestrám lékaři vytváří pocit užitečnosti sestry a sestra se cítí součástí týmu. Nebývá to zvykem a zdravotní sestra oceňuje, že na oddělení lékaři zajímají o její práci. Zájem psychiatrů přisuzovala častějšímu kontaktu s pacienty. Uvědomnělé chování lékaře je propojeno s jeho perfektností, oceněná sestra pozitivně vnímá lékaře a vzniká tak příležitost k dobré atmosféře v týmu.

D: ... s nima ... no ... no, ... jinak teda u nás se mi strašně líbí komunikace mezi personálem ... co se týče lékařů a sester, strašně dobře to tady funguje, ...

V: hmm

D: ... protože lékaři si uvědomují, že my je vidíme o moc víc než oni, ...

V: hmm

(...)

D: ... většinou jsou prostě doktoři a pak ten pól sestry, který se o ně staraj, ale nemají ...vlastně s léčbou až tak moc společného ...

V: hmm

D: ... takže tak, ...jo, je to ... to je fajn ...

V: hmm ... a čím myslíte, že to je, že to tady takhle funguje?

D: No, máme perfektní doktory (smích) ... ne, já myslím, že je tady prostě teďka je taková parta lidí, kteří spolu opravdu vychází, ...

V: hmm

D: ... doktoři nejsou arogantní, nad někoho jako povýšení, ale berou to tak, jak by to prostě mělo být ...

Diskurz „dobrý tým je záležitostí sestry“

Ve skupině sester však byla situace koncipována jinak. Odpovědnost za pohodu v týmu lékařů a sester nesly sestry, které atmosféru na oddělení dávají „do kupy“ a přitom přehlíží určité vlastnosti a chyby lékařů.

D1: tak já můžu mluvit za ten tým toho vedení, tak taky jsou tam nějaký výhrady, který ale třeba já, neřeknu jako, té paní primářce, jako třeba, ten člověk se musí chovat tak, tak aby snažil, aby to tak nějak jako fungovalo, jo, i když jsou třeba různé překážky jako ekonomický, a takový, a pokud jsem já jako sestra, tak se musím snažit, aby to nějak fungovalo na tom oddělení

Shrnutí

Diskurzy o situacích mezi lékaři a sestrami jsou důležité pro pochopení sítě vztahů, jejichž součástí je i pacient. Důvěra a fungující komunikace mezi lékařem a sestrou může pozitivně ovlivňovat přijetí léčby. Nepřítomností lékaře na oddělení se vytváří role prostřednice, která v sobě kumuluje velkou moc nad pacientem i lékařem. Nekvalitní předávání informací v týmu může narušovat stav pacienta na oddělení. Diskurzy o atribuce zodpovědnosti za řízení komunikace ukazují na různé možnosti, jak může být fungující komunikace řízena a podporována.

10. Alternativní diskurzy o práci zdravotní sestry

Za alternativní diskurzy v práci sestry můžeme označit diskurz zdravotních sester z regionu Kainuu, Finsko, diskurz zdravotní sestry ze Slovenska a diskurz ergoterapeutky

Diskurz o neexpertní konverzaci jako prostředku léčby

Při zaujetí meta-pozice finské sestry reflektovaly, jak role sestry posouvá pacienta do nižší pozice, jako méně schopného diskutovat a vnímat svoji situaci. V diskurzu finských sester byla role sestry konstruována jako role expertka, která má vědět a znát diagnózy a postupy, o kterých má pacienta přesvědčovat.

F2: When you have, (...)like another on the board, when we have our own clothes (...) I think, that is more open for discussing on equal level, we were humans to humans, if we level I was the nurse and you are the patients that I could use my

professionof we what we discussing you are the same level. But if you were for example thoser from the ward , you are little bit higher from the patient and discussing is different⁵⁰

F1: Yeah, and I know, what you must do and what kind of life you have to do, it is ..something⁵¹

Zakotvení ve specifickém přístup, který má filozofii založenou na toleranci nejistoty, dodával sestřám odvahu a řídit se vlastním úsudkem při rozhovorech s pacientem, který měl sebevražedné myšlenky.

F2: (...) I have much more courage to make decision, I will abroad stay with person with this and this and this and now I remember there is something that these thing I talked in education now I can use it. For example, net work, for example.⁵²

F2: I didn't call, phone to hospital immediately, patient must be admitted to at⁵³

Zdravotní sestry velmi dbaly na jazyk, jak o svých pacientech hovořili, který se projevoval důsledným nepoužíváním diagnostických označení a dodržováním rodových odlišností (he or she). Zdůrazňovaly zážitek pacienta, který musí mít pocit, že je vyslyšen.

F2: And the main thing is also, that patients have experience, that she or he would be heard, would be heard he or her⁵⁴

Při zaujetí postoje, že nejdůležitější je komunikace s pacientem, tak ostatní věci jsou nazírané jako nedůležité.

F2: They find the time, because they have experience, that it could be different, discussing with patients, they find the time, they organize doings, level doings and find the time.⁵⁵

Přístup byl založený na vedení ne-expertní konverzace s pacientem a přibližování jeho pozici prostřednictvím „širokého“ pochopení, které považovaly za jeden z nejdůležitějších prvků svojí práce.

F2: What do, **do** you want to understand. Lagery, widely, those things

V: ihm, ihm

F2: and that's why psychotherapeutic training it is main important, even in wards.⁵⁶

⁵⁰ Když máš jako ostatní personál...já si myslím, že když máš vlastní oblečení, tak jsi otevřený diskutovat na stejné úrovni, jsme lidé k lidem. Pokud jsme na úrovni, já jsem sestra a ty jsi pacient mohu použít moje profesionální...v diskusi můžeme být na stejné úrovni. Ale pokud jsi jedna z personálu, tak jsi trochu výš než pacient a diskuse je odlišná

⁵¹ Ano a musíš vědět, co máš dělat a jak máš žít.

⁵² A máš větší odvahu dělat rozhodnu, zůstávám venku s osobou, s tímto a tímto a tímto a spojím si to s tím, co si pamatuju, o čem jsme mluvili při vzdělávání a co nyní mohu použít. Na příklad práci se sítí (sociální), na příklad.

⁵³ Nevolám hned kvůli příjmu pacienta do nemocnice.

⁵⁴ A nejdůležitější věcí je, že pacient musí mít zážitek, že jí nebo jemu je nasloucháno.

⁵⁵ Ony (sestry) nalézají čas, protože mají zážitek, že to může být jiné, diskutovat s pacientem. Hledají čas, organizují si úrovně práce a nalézají čas.

⁵⁶ Čemu chceš, čemu chceš porozumět, široce, hluboce, tyto věci...a proto je psychoterapeutický výcvik velmi důležitou věcí mezi personálem.

Diskurz “psychiatrická sestra v terénu”

Diskurz o práci konstruoval jiný obraz pacienta, pacienta v souvislosti s jeho okolím. Tento obraz snižoval tlak na sestru spojený se zodpovědností za léčbu, ale vytvářel prostor pro přesun do jiné úrovně vztahu.

S: a keď jsme přešli robiť do jedného projektu, tak vlastne tá práca v tej komunite ma zrazu posunula do pozície človek-človek

V: hm

S: že vlastne jsem začala vnímat' toho pacienta svojego v tých širších dimenziách, že ma aj svoj život, aj svoju rodinu a že ma svoje zaujmy

V: Ihm

S: z jednej strany je to veľmi osvobozujúce, lebo človek cíti, že vlastne mám tam svoj priestor, ale nezodpovedám za všetko

Zaujetím místa na této úrovni vztahu vznikalo odlišení oproti terapeutické manipulaci s pacientem zaměřeným na odpoutávání jej od bludných myšlenek a vznikala možnost empatického spojení.

S: myslím si, že hlavne v komunitných starostlivosti tam sestra je stmélujúci činiteľ a ona, ona má schopnosti práve preto, že je najbližšie k tomu pacientovi a má výhodu, že ona nerieši diagnostiku a liečbu. Ona rieši tu inú časť starostlivosti, ona je na pomoc, budem riešiť tvoje problémy s tým spojené, tak tým ona má tu výsadu, že môže budovať taký empatický vzťah k tým pacientom a budovať na tej terapeutickú úroveň.

Laický diskurz konstruování pacienta a léčby

Specifickým způsobem konstruování pacienta a procesu jeho léčby byl diskurz ergoterapeutky, který názorně vy kresluje proces laické pomoci člověk člověku.

Ergoterapeutka bez potíží přecházela mezi psychiatrickým diskurzem diagnóz a laickým diskurzem, který z diagnostikovaných pacientů vytvářel osoby ve vztazích, kterým je možno rozumět skrze svoje osobní zkušenosti.

E: ... že ... že člověk ... beru je jako ... teda ty mladý jako svého syna, ty starší jako třeba kamaráda nebo ...

V: hmm

E: ... jo? Protože většinou jsou tady ...mmm... rozvedení... chlapi ... já su taky rozvedená, ...

V: hmm

E: ... takže já je chápu, ...jo?

Ergoterapeutka se ve své práci zaměřovala na smysluplné využívání volného času pacientů a na různé formy přesvědčování pacienta o potřebnosti změn v životě.

E: ... já jsem ho přinu ... přinutila, no, tak jsem do něho dula, aby teda jako mmm... zašel teďka při ro ... při té propustce za něma domů, ...

V: hmm

E: ... aby jako je ...eee... jim pomohl s nějakou prací, jo? Že tím si zase ty rodiče ... táta s tím se nebavím ... nesnáším na něm všechno (předvádí pacienta)

E: Takže já jim ...vopravdu jako vod plic, na rovinu, ... jo? Jim řeknu, co si třeba vo nich myslím,

Její přístup byl založený na odlišné konceptualizaci léčby, ve kterých léky nejsou pro léčbu tak podstatné, ale důležité se aktivizovat, mít pravidelný režim. Jako nejpotřebnější prvek práce spatřovala práci psychologa, který by měl být k dispozici celý den na oddělení.

Mnohokrát upozorňovala na nedostatek tohoto odborného kontaktu, který nahrazovala lidským přístupem člověka k člověku na základě osobně pojatých komunikačních intervencí.

E: ... jo? A voni zalehnou v osm hodin, ... a voni se, já nevím, ve tři hodiny probudí a ... a už ... a už chtějí do sebe prášky.

A ty .. já ... já su odpůrce prášků, ...

V: Jojo?

E: ... ne, žádný ty ... já spíš ty vitamíny, ... tak byliny, ty zas tolik neznám, ale spíš jako na ty vitamíny, ...

E: ... ale to, že teda jako ... voni musí se aktivizovat, ...

V: hmm

E: ... no, to, že tady chvilku sedí během toho dopoledne ... tak to je něco ...celý vodpoledne políhávají a nic nedělají.

Shrnutí

Alternativní diskurzy doplňují předchozí diskurzy a zvýrazňují některá vystupující témata.

Laický diskurs zobrazuje určitou formu práce sestry založené na nespecifických intervencích.

Ukazuje na míšení laického a profesionálního uvažování, které se řídí vlastní originální logikou navzdory převažujícímu psychiatrickému diskurzu.

Diskurz o konverzaci podtrhuje potřebnost ukotvení práce sestry v toleranci nejistoty, které čelí při práci s pacienty a diskurz o práci v terénu ukazuje možnosti snížení tlaku zodpovědnosti za pacienty.

Diskuse

„We are coming back to the attitude of the nurse, what do you want, what kind of the work you want to do.“⁵⁷

F2.,(2010)

Sociální skupina je systém, který měl by odpovídat na potřeby – potřebu být vnímán jako hodnotný a akceptovatelný, potřeba být vnímán jako hodnotný díky zpětným vazbám, potřebu sdílet společné zážitky s ostatními a příležitost pracovat s ostatními na společném cíli.

(Anderson, Carter, 1978:84 In Action research in Psychiatric Unit)

Zaměření na psychiatrický diskurz v rozhovech se sestrami na psychiatrii přinesl polyfonii diskurzů skládající se v re-konstrukci pacienta s diagnózou schizofrenie, psychóza.

Diskurz psychiatrických sester reprodukuje tradiční historické role „azylů“ spojených s péčí o chudé, potřebné a s potlačováním ohrožujících projevů nemoci pro společnost. V diskurzu se tak psychiatrické zařízení objevuje také jako zařízení sociální a jako zařízení represivní (Foucault, 1994).⁵⁸ V praxi se opakují dosavadní historické postupy - korekce myšlení, *laskavé* nucení, vedení k náhledu, který pomůže pacientovi dostat se z psychiatrického zařízení. Samozřejmě můžeme vést diskusi, je-li to represe pro dobro pacienta nebo pro dobro společnosti.

Využijeme-li rozdělení dimenze diskurzu (Edwards, Potter, In Nekvapil, 2006), tak sestry využívaly defenzivní diskurz při referování o využívání restriktivních opatření, prostřednictvím zdůrazňování a stupňování nebezpečí, kterému na psychiatrickém oddělení čelí. Ofenzivní typ diskurzu využívaly při předkládání náročnosti profese, ve které čelí nepředvídatelným situacím.

Konstruování náročné zdravotní práce sester a zvýrazňování negativních stránek pacientů je vedeno v duchu tzv. twin konceptu (van Dijk, 1997). Pozitivní sebe prezentace zdravotních sester a negativní reprezentace prezentace psychiatrických pacientů reprodukuje nerovnost, asymetrii a vytváří prostor pro stigmatizaci a nepříznivé ne-jazykové zacházení (Bóreus,

⁵⁷ *A jsme zpátky u postoje sestry, co chce, jakou chce dělat práci.*

⁵⁸ Podobně jako v historii psychiatrická zařízení plní sociální funkci pro lidi bez přístřeší, i když se o tom před pojišťovnami tolik nemluví. Léčebny mají svoje sociální lůžka, která jim pojišťovny proplácí méně.

2006). Diskriminující diskurz se dále reprodukuje ve společnosti, prostřednictvím vyprávění sester o svojí práci. Člověk jako smysluplný, akceschopný a zodpovědný za sebe, je z psychiatrického diskurzu vylučován. Prostor volby je mu částečně umožněn ve volbě mezi léky a pokračováním nemoci. Ostatní jeho přání jsou vnímána jako specifická pro diagnózu. Zdravotní sestry diskurzivní praxí zneviditelnují atributy role související s využíváním restriktivních opatření prostřednictvím pasivního rodu, delegováním činnosti na instituci nebo v řeči zjemňují („trošičku ztlumíme“) a normalizují prováděné postupy. Negativní pocity spojené s využíváním restriktivních opatření nejsou institucionálně zpracovány.

V diskurzu o práci sestry si můžeme také všimnout vzrůstající heterogenity rolí (Lakeman, 1995, Fagin, Garelick, 2004), vzrůstající s nejasností, co má být obsahem práce profesionální sestry. Role zdravotní sestry na psychiatrii je omezena z jedné strany lékařem a z druhé strany psychologem. V obecné rovině se práce sestry zaměřuje na úlevu pacienta v nemoci.

V případě somatického onemocnění lze vykonávat fyzickou instrumentální práci, která může sestru naplňovat uspokojením, neboť je zde konkrétní činnost s konkrétním výsledkem. Na psychiatrii je třeba pozorovat symptomy, udržovat klid, navazovat kontakt, když pacient potřebuje, a distribuovat léky. Konstruování duševní nemoci jako biologické nemoci vytváří z prožívání znaky nemoci, které je potřeba léčit. Stranou tak zůstává kontext (psychologický i sociální), v jakém se tyto stavy vynořují. Začne-li se však o tyto stránky sestra zajímat, tak se sestra z *klasické* role přesouvá do role psychoterapeuta nebo sociálního pracovníka.

Diskurzem psychiatrických sester se reprodukují oba postoje popsané Styxem (2003) autoritativní i ochranářský (benevolentní). Oba postoje vytvářejí obraz pacienta jako neschopného odpovídat za sebe. Pacient má přijímat léčbu, má spolupracovat s lékaři a sestrami na získání nového náhledu na sebe, v podstatě je třeba se podřídit (Foucault, 1993). Je však náhled na sebe jako na pacienta nezbytný pro zvládnutí stavu? Psychiatrický diskurz je ve shodě s názorem, že podřízení, nyní reprezentované jako podvolení (compliance), za nezbytnou podmínku správné léčby, která nesnižuje úctu pacienta, ale dovoluje mu z role profitovat, (Weinstein, 1982, Příkryl, 2010). Naopak Estroff (1998, 2006) se domnívá, že pacient se snaží udržet svoje self a nestat se nemocným právě prostřednictvím odporu k manipulaci vlastního self-conceptu. V diskurzu psychiatrické sestry reprezentovaly přijetí nemoci jako nezbytný fakt k zahájení procesu léčby. Pacient je ke změně self-conceptu přinucen, aniž by dostal prostor na změně *spolupracovat*. Při příjmu na oddělení se pacient ocitá ve zranitelné pozici, kdy citlivěji vnímá projevy personálu vůči němu. Při necitlivém

zacházení dochází k rozvinutí nedůvěry vůči celému procesu léčby (Hem, Hegen, Ruyter, 2008, Štěpánová, 2010).

Nesouhlasí-li pacienti s léčbou, jsou diskurzem zdravotních sester konceptualizováni jako nespolutracující a jsou tak v podstatě vydělováni z normality nadvakrát, jako duševně nemocní a ještě jako nezodpovědní za svůj stav. Ze sociologických výzkumů zaměřujících se na narativitu lidí s chronickými nemocemi (Bury, 2001, Williams, 2000) však vyplývá, že lidé během sociálních interakcí využívají *různé* procesy (normalisation) a strategie (coping) směřující k znovuvytvoření sociální identity, sociální blízkosti a propojení vnitřního utrpení s kulturními významy zdraví a nemoci. S rozmanitostí však psychiatrický diskurs nepočítá. V případě „duševní nemoci“ však budou vždy lidé, kteří se nebudou chtít stát psychiatrickými pacienty, nejen kvůli stigmatu, ale kvůli svému zápasu o identitu.

Analýza diskurzu potvrdila výskyt obou typů postojů popsaných Gililetem (1999) reaktivního i objektivizující. Předpokladem pro vytvoření reaktivního postoje bylo zahrnutí kontextu situace a schopnost sestry pacienta aktuálně empaticky vnímat. Pacient se v takovém případě stával smysluplným aktérem, jednání bylo konstruováno jako pochopitelné. V případě konceptualizování jednání člověka jako jednání nemocného se z pacienta stával zpředmětněný *objekt*, který jedná beze smyslu. V diskurzu sester jednání odkazovalo k nemoci a nemoc opět k jednání a člověk jako osoba zmizel. Potlačí-li sestra osobu a jedná s nemocným, tak se její práce stává pozorování symptomů, odstraňování symptomů a zvládání neklidu. Zaujmutí objektivizujícího postoje se objevovalo se skrz časté využívání *othering* (van Dijk, 1997).

Práce sestry je emocionálně náročná a emocionální investice sestry do kontaktu s pacientem je nedostatečně saturovaná kvůli rozdílnému pohledu na poskytování péče. Obezřetnost, snaha ovládat svoje pocity, které práce s pacienty přináší a nedostatečná odezva pacienta na péči vede k vytváření psychické hranice, kterou si spojovaly s profesionalitou. Vytvářením hranice, ať už psychické nebo fyzické, se sestry brání pocitu vyhoření a reprezentovanému děsivému světu šílenství. Jako každá hranice je však může být jednou využita jako prostředek, který ochraňuje a jindy se stát prostředkem vyjádření odmítnutí. Odmítnutí angažování se v kontaktu může být regulačním prostředkem pro vytváření hranice mezi nemocným a zdravým (Bellelli, 1987, In Morant, 1995). Vytvořená hranice prostřednictvím objektivizujícího přístupu však může být vnímána pacientem jako odmítnutí, které ovlivňuje další vnímání péče (Hem, Hegen, 2004). Snaha o neutrální postoj přináší také sestře negativní pocity, které směřují k syndromu vyhoření (Olesen, Bone, 1998).

Výskyt stresu, pocit vyhoření a potíže s vytvářením vztahu s nespolupracujícím pacientem vedou k projevům zvýšeného vyjadřování negativních emocí (Berry et al. 2010). Společné sdílení nepříjemných zážitků sester je dalším psychohygienickým faktorem, který může posilovat negativní stereotypní schémata a vytvářet rozdíl mezi „my” a „oni”.

Pocity stresu a ohrožení sester narušují možnost vytváření důvěry, na straně pacientů zabraňuje důvěře využívání restriktivních opatření a hrozba medikace.

Jako prostředek k nastolení důvěry mezi oběma stranami je jedna z možností podvolení se léčbě. Druhá možnost je empatický zážitek s nespolupracujícím pacientem. Třetí možností je respektovat nespolupráci jako způsob existence druhého člověka a být s ním v kontaktu.

Srovnáním diskurzu sester s historií (Foucault, 1994, Černoušek, 1990) se může zdát, že se strach, dříve navozovaný pacientům, přesouvá k sestrám, které nemají takové násilné prostředky pro potlačení jako dříve. Forma násilí se však z fyzického přesouvá k mnohem subtilnějším prostředkům – medikace a k restriktivním opatřením. Ta jsou konceptualizována jako obranné prostředky sestry, umožňují se nebát. Uzavření do psychiatrického zařízení vytváří u některých pacientů strach a odpor. Nejistota a předpokládané nebezpečí vzbuzuje strach i na straně personálu. Ze strachu vzniká agrese na obou stranách. Ze strany pacientů jasnější, verbální a fyzická, ze strany personálu tichá, materializovaná do podoby pout a léků. Znejasňuje se tak hranice mezi neobvyklým chováním konceptualizovaným jako nemoc, příčinou agrese (pochopitelným chováním -obrana) a následkem, agresivitou, která se stává atributem nemoci. Diskurz psychiatrické nemoci tak proměňuje chování na znaky nemoci. Znejasnění a redukce člověka na diagnózu zabraňuje zdravotním sestrám vnímat, že jde v podstatě o násilí vykonávané proti vůli člověka, zastiňuje vlastní podíl na násilném chování k pacientovi a vede k snazšímu používání *léčebných* prostředků „při nespavosti, při neklidu...a při agresi“, tedy vždy, když není na oddělení klid, pacient se něčeho dožaduje atd. Chybí tak konceptualizace pocitu viny, který by měl být uvědomělý a sloužit k rozeznávání situací, kdy násilí použít oprávněně a kdy jde o stabilizaci vlastního já (Mentzos, 2005).

Analýza diskurzu pak ukazuje, jak diskurz prototypické nemoci nadále ukotvuje aktivity pacientů na oddělení. Chování je pro sestry neuchopitelné (malování personálu, propichování kytíček atp.) nevnímají je jako smysluplné, ale jako projevy biologické nemoci. Lze se shodovat s Rosenhanem, (1973/2001), že diagnóza je určující pro anticipaci a atribuci chování pacienta. Chybí otevřený postoj k pacientovi a jeho neobvyklým projevům jako k výkonu já (Mentzos, 2005).

K popisu konstruování pacienta můžeme využít proces popsany Vergesem (1999, In Plichtová, 2002). Pacient je reprezentován na základě typických prvků, které nějakým způsobem zasahují emoce zdravotní sestry a plynulost udržování chodu oddělení. Jedním z typických znaků je, že pacient nepřijímá léčbu, nechová se k roli sestry komplementárně. Neoceňuje její přístup, nemá náhled. Druhým typickým prvkem je agresivita, nebezpečí, což u sestry vyvolává pocit ohrožení. Typické prvky se dále propojují s dalšími – nezodpovědnost za sebe, protože nechce brát léky, naléhavost, nekonkrétnost, nezáměr o ostatní pacienty, specifické trvání na určitých věcech atp a vytváří se sociální reprezentace pacienta v psychiatrickém zařízení. Některé části reprezentace pacienta vznikají však až po přijetí do psychiatrického zařízení. Pacient se nechce léčit, až když má být léčený. Začne být naléhavý, až když je zavřený. Agresivní vůči personálu, až když se s personálem setká a můžeme říci, že v některých případech se na projevech agrese personál sám podílí. Je pasivní, protože na oddělení nemá co dělat. Primární kategorizace člověka jako duševně nemocného vytváří další kategorizace a předporozumění jeho individuálním akcím (Vybíral, 2006b).

Diagnóza pacienta tak slouží jako kód, který uchovává nejen hlavní symptomy nemoci, ale nalepují se na ni další zobecňované rysy chování. Nejde už jen o to, že pacient má halucinace, ale on je typicky sobecký. Nemá pouze bludy, ale je typicky naléhavý, biologický, nebezpečný atd. A většinou není jen on, ale všichni jsou takový. Individuální pacient se diskurzem přetváří na homogenní skupinu typizované diagnózy, která překrývá osobu zvýrazněnými rysy "psychotika" s charakteristickým chováním a zabraňuje diferencovanému reflektování aktuální potřeby kontaktu.

Provedená analýza diskurzu psychiatrických sester ukazuje, jak diagnóza udržuje sociální reprezentaci typického pacienta, se kterým je třeba typicky jednat. Nejsou to však postupy pouze formálně ukotvené, ale předávané tradicí zkušených sester. Kategorizace usnadňuje třídění zkušenosti, zároveň překrývá další skutečnosti a stává se spouštěčem akce. V tomto případě opravdu jazyk řídí jednání lidí (Vybíral, 2006b).

Sociální reprezentace nepředvídatelného a nebezpečného pacienta ve spojení s nedostatečným personálním zajištěním vytváří v sestře nejistotu a napětí, které ji vede k rychlejšímu a méně diferencovanému vyhodnocení chování pacienta. Úlevu z napětí poskytuje využití prostředků, které má k dispozici - medikace pacienta a kurtování.

Takto materializovaný důsledek neovlivní však pouze organismus pacienta, ale stává se také profesionálním výkonem propojeným s financováním psychiatrického zařízení. Mikro -

konceptualizování stavu pacienta se tedy v jednom okamžiku odehrává také na společensko-ekonomické makro – úrovni (Brown, 1995). Využitím léku, který zapůsobí na pacienta a ztlumí jeho projevy, se potvrzuje správnost celého postupu a fungování psychiatrického zařízení. Nebezpečný člověk se mění ve ztlumého pacienta. Stav se v psychiatrickém diskurzu mění na nemoc. Proměna stavu na duševní nemoc však neznámá, že by pacienta destigmatizovala. Umožňuje naopak nemoc zakotvit, lokalizovat v mozku a jako takové ji rozumět.

Agresivita pacientů byla konstruována jako odtržená od aktuálního kontextu a stávala se hlavním kritériem pro vnímání těžkosti onemocnění pacienta. V případě, že agresivita byla konstruována v kontextu pocitů a podmínek zapříčiňujících stav pacienta, tak bylo snazší pro zdravotní sestru se pacientovi emocionálně přiblížit. Zjištění můžeme srovnat s prokázanou užitečností využití psychologické formulace problematické schopnosti navazování vztahů u lidí s diagnózou psychóza pro pochopení chování pacienta na oddělení (Hewitt, 2008, Berry et al. 2010).

Diskurzy o nebezpečí pacienta využívaly kombinaci různých příběhů, které se přihodily sestrám nebo o nich slyšely či četly. Srovnáme-li analýzu příběhů zdravotních sester s výzkumem Robertsonové et al. (2010), tak si můžeme všimnout, že využívají podobných prostředků – vystavení atmosféry (klid, neočekávaná událost), formulování svojí pozice (náročná práce, tvrdě pracuje) a prostředky ke zvládnutí viny (expertní pozice lékařů, schizofrenie jako nepředvídatelný stav).

Diskurz psychiatrických sester žije opakovaným nebezpečím, které se tak stává snadněji představitelným a reálnějším. Konstrukce silných příběhů sugestivně přebíjela frekvencí nebezpečných situací. Neznámá to, že by se neděly, práce na oddělení exponuje sestru v psychicky náročných situacích.⁵⁹ Konkrétní příběh se však stává obecným schématem, ve kterém se ztrácí komplexnost situace (van Dijk, 1990). Sestry častěji vnímají a předávají již připravené schémata. Narativita sester tak neustále aktualizuje koherentní obraz sociální reprezentaci nebezpečného pacienta (Laszlo, 1997). Reprodukovaný diskurz nebezpečí neustále připomíná a zvýrazňuje. Reprezentovaný fakt nejistoty spojený

⁵⁹ Zaměřením na diskurz nechci zpochybnit náročnou práci sester, ale ukázat způsob konstruování pacienta a jeho chování v diskusi o nebezpečných situacích.

s neočekávaným příjmem pacienta udržuje sestru ve střehu. Zpřítomňovaná možnost ohrožení vytváří před-porozumění sestry o čem je její kontakt s pacientem.

Konstruování bludů a halucinací jako součástí nereálných a nepochopitelných světů vede objektivizaci pacientů, i když bylo prokázáno, že i pacient s halucinacemi jedná jako smysluplný komunikační aktér (Georgaca, 2000). Lze také potvrdit zjištění Morant (1995), že reprezentace ztráty kontaktu s realitou v některých fázích probíhajícího stavu provází celou další životní dráhu člověka s duševní nemocí. Nemoc konstruovaná jako objektivní jsoucno brání porozumět pacientovi jako člověku, ale vytváří porozumění skrz diagnózu v duchu „nerozumím mu“, ale stává se pro mne uchopitelný tím, že je „nesrozumitelný“. Člověk s diagnózou duševní nemoci tak získává svoje marginalizované místo ve světě.

V diskurzu byla individualita člověka nahrazována odosobněnou biologickou nemocí, se kterou bylo možné se setkat jako s objektivizovanou *jinou* realitou. Stával se také svým stavem akutní atakou, agresí. Člověk se tak proměňoval buď v celou nemoc nebo v její znak (Estroff, 1985). V diskurzu sester nemoc *prorůstá* osobou, definuje ji a stojí v pozadí všech akcí a reakcí.

Koncept duševní nemoc byl v některých případech využíván také jako omluva chování pacientů se záměrem vystavit do popředí svoje sebeovládání. Nezodpovědnost pacientů za své chování se však dále propojovala s neschopností nést zodpovědnost za ostatní věci a stávala se opět součástí diagnózy, která dovoluje přenášet chování na všechny ostatní takto diagnostikované pacienty. Snaha sester omlouvat pacientovi chování nemocí může ukazovat také na snahu nediskriminovat člověka.

Zároveň však byl pacient nahlížen jako ten, který se nechce bludů zbavit. Udržení bludů a halucinací probouzelo v sestrách morální hodnocení. Hodnocení se projevovalo především u nespolutracujících pacientů. Je pravděpodobné, že následně dochází k přenášení těchto morálních aspektů, sympatií a nesympatií do vztahu s pacienty, které popisuje Stein (1990, In Lupton 1996: 124).

Příběh člověka s diagnózou mimo léčebnu je ukotven opět v nemoci. I když odchází, tak zůstává pacientem, který je reprezentován jako nevléčitelný. Pravděpodobně k tomu přispívají „opakovaní“ pacienti. Chybění pozitivních příběhů ubírá schopnosti dodávání naděje. Není divu, že si sestry představují, že úzdrava není možná. Přitom však výzkumy ukazují (Harding, Zahning, 1984), že polovina až dvě třetiny lidí s diagnózou duševní nemoci

dosáhne nějakého stupně údravy a dokáže fungovat ve společnosti, najít si vztahy, mít rodinu, pracovat.

Laický diskurz ergoterapeutky poukazuje na určitý *podklad*, který později překrývá profesionální diskurz. Na tomto podkladě „zdravého rozumu“ se buduje odborné vědění. V diskurzu psychiatrických sester se prolínají odborná i laická sociální reprezentace. Lze potvrdit předpoklad Bellelli (1987, In Morant, 1995), že sociální reprezentace zdravotních sester o lidech s duševní nemocí je bližší širší veřejnosti, pro kterou je „jinakost“ hlavní charakteristikou člověka s duševní nemocí. Snad nejlépe by sociální reprezentaci personálu vyjádřila „zblázněná biologická porucha“. Případy na oddělení se potencují případy z novin, chování, které sestřím vadí, se reprezentuje jako nemocí, opakují se předsudky o nebezpečnosti. Při vzdělávání je psychóza jen popsáný příklad, kazuistika. Na oddělení ožívá nemoc v pacientovi, pacient se stává kazuistikou, samotným symbolem nemoci.

Zjištění v mém výzkumu odpovídají studii provedené Hamiltonem a Maniasem (2006) stejně jako tvrzení Townsend (1989, In van der Geest, Finkler, 2004), že kulturní představa a lokální koncepty ovlivňují do velké míry odbornou praxi, psychiatrický diskurs se promíchává se „zdravým rozumem“. Laický pohled sestry aktivizuje předsudky a morální hodnocení a zároveň umožňuje empatii založenou na osobních zkušenostech. Empatie, schopnost představit si problémy druhého vede k přiblížení pacientovi jako člověku. Ukotvení potíží pacienta v „běžných problémech“ si ovšem odporuje s „nebezpečným šilencem“. Kdy a jak jsou jednotlivé obrazy zapojovány? Stigmatizující představy se objevují v případech, kdy je třeba zvýraznit náročnou práci sestry, když pacient nespolupracuje, když se hovoří obecně o pacientech. Empatie se objevuje více situačně, podle osobnosti sestry a jejich životních zkušeností.

Každá institucionální péče (v podstatě jakýkoliv systém péče) vytváří asymetrii mezi jednotlivými rolemi. Srovnáme-li hlavní institucionální prvky života v instituci za dob Goffmana (1961), tak psychiatrická zařízení naplňují stále stejné principy – pacienti jsou přijímáni bez možnosti rozhodnutí, přetrvává rozdílné hledisko pacientů a personálu, sklon k vzájemnému nepřátelskému vnímání, klient opouští dosavadní role. Další potíží v institucionální péči je, že činnost systému zasahuje do života pacienta. Ať už jde o potřebu obloženosti, způsob předávání informací o pacientech, komunikaci a vztahy mezi lékařem a

sestrou. Někdy jde o byrokratické rozhodnutí, někdy nepředaná informace způsobí zhoršení stavu. Instituce se tak (byť nechtěně) na některých zhoršeních stavu podílí.⁶⁰

Diskurz o komunikaci a vztazích mezi lékařem a sestrou ukazují vzájemnou provázanost rolí. Sestra je extenzí lékařova oka (*vidí pacienta*) a ruky (*dává léky*). Lékař hraje nezastupitelnou roli při uklidňování sestry při nočních službách předepisováním medikace neklidným pacientům. Diskurz profesionality vytváří obraz schopné profesionálky. Profesionalita v diskurzu nabývá různých podob a umožňuje konceptualizovat vlastní předsvědčení sestry o *správném* přístupu. Diskurz funguje také jako činitel změny v tradičním psychiatrickém diskurzu o rolích v týmu. Proměna role sestry na profesionálku konceptualizovanou jako odborníci na komunikaci je výzvou lékařské role. Pro prospěch pacienta je nezbytný vzájemný respekt a důvěra obou členů týmu. Hierarchie přináší sestře moc nad pacientem přenášející se z lékařova rozhodnutí, která sestra může do velké míry ovlivnit. V somaticky orientované péči je zřejmé, jestli se zlomená noha hojí nebo ne. Výsledek psychiatrické péče je založen na pozorování, dotazování a posuzování, tedy na neobjektivních procesech, ve kterých hraje roli osobnosti jednotlivých aktérů a kontext.⁶¹

Kontakt problematizuje kromě biologického paradigmatu a nedůvěra na straně personálu i pacientů, nedostatek času způsobený nedostatkem personálu a vzrůstající byrokracií.

Léčebné prostředky na psychiatrii jsou však především léky, které může sestra distribuovat, a tím se podílet na roli lékaře. Účinnost komunikace je podceňována díky propojení duševní nemoci jako biologického onemocnění. Interakce mezi sestrou a pacientem je konceptualizována v popředí práce s psychiatrickým pacientem, ale pokud není řízena

⁶⁰ Některé změny se v psychiatrických zařízeních objevily, např. návštěvy mohou přijít každý den. Setkání se však odehrává v jídelně, kde je puštěná televize, bez možnosti soukromí. Pravděpodobně to však není vina vedení nemocnice, že nemá nové prostory, ale celého financování sektoru péče o duševní zdraví. Co jsem ocenil, byla možnost být s klientem a ostatními i pacienty i v době večere a procházka. Instituce může fungovat i jinak, což dokazuje návštěva regionu Kainuu. I když zde byly některé činnosti synchronizovány např. třikrát týdně sauna, skupiny, cvičení, tak si mladí lidé hospitalizovaní žili životem podobným v komunitě, mohli chodit ven, vodit si kamarády na návštěvy a hrát s nimi na počítači atp.

⁶¹ S rozvojem moderních technologií se samozřejmě usiluje i o objektivní měření prostřednictvím pozitronové emisní tomografie atp., která umenší podíl subjektivně zabarvených hodnocení, ale zároveň přenesou sféru péče opět o kousek dál od mezilidského kontaktu.

konkrétní filozofií přístupu, jako v případě finských sester, je jaksí znejasnělá, konstruovaná jako „nechat vypovídat“ a „povzbuzovat“.

Převažující biologický diskurz o příčinách nemoci a možnostech změny marginalizuje využívání psychoterapeutických postupů u lidí s diagnózou schizofrenie, psychóza. Cílem komunikace je především přesvědčit pacienta o potřebnosti léků, odklonit pacienta od myšlenek, trénovat pacienta, případně dodávat naději. Dodávání naděje je však komplikováno reprezentací schizofrenie jako nevyléčitelného onemocnění.

Diskurz zdravotních sester ukazuje, že člověk s duševní nemocí je konstruován ve vztahu se sestrou. Je fragmentarizován do jednotlivých projevů chování, jejichž pojátkem se stává diagnóza. Pacient je jednou vnímán jako schopný manipulovat se svými stavy, jindy je obětí svých stavů.

V souladu s Morant (1995) můžeme říci, že vztah zdravotní sestry s pacientem s diagnózou duševní nemoci nemá fixovanou pozici, ale osciluje mezi psychosociální blízkostí a vzdáleností. Ambivalentní reakce jsou způsoby překrýváním odborné a laické sociální reprezentace.

Alternativní diskurzy ukazují jiné koncepce péče, ve kterých sociální reprezentace člověka s duševní nemocí nabývá odlišných podob. Alternativní diskurz finských sester, které mají toleranci nejistoty v emblému svého přístupu, poukazuje na možnost vytvoření sebedůvěry a odvahy, prostřednictvím vytvoření odlišného pojetí pacienta a systému péče. Základem je ne-expertnost pracovníka a zaměření na pochopení pacienta a jeho situace bez předem připravených schémat. Adekvátně volený přístup může přispět ke snížení užívání léků a počtu dnů hospitalizace, což bylo prokázáno dvouletým a pětiletým sledováním pacientů s první atakou (Seikkula, Aaltonen, et al. 2003, Alanen et al., 1985).

Lze potvrdit výzkumné zjištění Howarth, Forster, Dorrer (2004), že psychiatrické sestry v terénu konceptualizují pacienta jako člověka v síti jeho vztahů a zájmů. Komunitní práce přináší menší tlak na sestru distribucí zodpovědnosti na okolí pacienta. Pacient není reprezentován pouze jako „aranžovaný výjev“ nemoci (Paleček, 2010), ale je vnímán v kontextu svých vztahů a zájmů. Duševní nemoc se rozpouští v životním příběhu.

V diskurzu zdravotních sester vede konceptualizování „jinakosti“ ke zvětšování psychické i fyzické distanci. Reprezentovaná „jinakost“ pacientů se pojí s pocitem cizosti a nemožností představit si jejich zážitky, zkušenosti. Konceptualizování „stejnosti“ vede k propojení

zážitků sester a zážitků lidí s duševní nemocí. Z homogenní skupiny pacientů vystupuje člověk, kterému je možné se emocionálně a fyzicky přiblížit. Reprezentovaná „stejnost“ je spojena více s představou o běžném fungování člověka a zvládáním každodenních životních starostí. Diskurz sester ukazuje, jak sestry konstruují zdroj svého porozumění a pro dobrý kontakt s člověkem s diagnózou díky osobním zážitkům, zážitkům z psychoterapeutického výcviku, získaným znalostem nebo díky osobnostnímu nastavení.⁶²

Hem, Hegen, Ruyter (2008) v závěru svojí studie zaměřené na vytváření důvěry mezi pacientem a sestrou na akutním příjmovém oddělení říkají: „Řešením není zaměstnání více personálu (tak nepřímě získáme více času) a vyšší finanční ohodnocení (tak nepřímě získáme vyšší motivaci). Snahy musí být zaměřeny proti vytváření obrazu sestry jako oběti pacientových psychotických stavů a lékařských rozhodnutí. Role oběti jen poskytuje příležitost chovat se jako administrátor řízený systémem.“

Individuální kompetence sestry jsou součástí reprodukce diskurzu, který její práci zpětně formuje. Za klíčové lze považovat rozvíjení diskurzu profesionality zdravotní sestry, který může přinést změnu v postavení zdravotní sestry v týmu a zároveň fungovat jako hodnota, o kterou se zdravotní sestry budou v práci opírat. Obohacování diskurzu může pomoci zvýraznit psycho-sociální aspekty péče v celém psychiatrickém diskurzu.

Jaká je role psychiatrického pacienta? V každém případě je to role stigmatizovaná, jak veřejností, tak i profesionály a pravděpodobně vždy bude. Výzkumy Jodeletové (1991), Morant (1995) ukazují, že každé začlenění nebo přiblížení vytváří jen další, možná subtilnější, formu odstupu. Problematické je i prezentování role hospitalizovaného psychiatrického pacienta v průběhu krize jako jediné možné. V případě, že neexistují jiné možnosti péče, tak se potvrzuje prospěšnost a často i nutnost hospitalizace. Není třeba pochybovat, že psychiatrické zařízení je pro nějakou část pacientů nezbytná. Otázkou je, jak velká část pacientů to musí být.

Jestliže však už je nutná, tak je potřeba se zaměřit na práci lékařů a zdravotních sester a otevřeně artikulovat psycho-sociální aspekty jejich práce.

V kontextu psychiatrické péče tedy můžeme slyšet dva monology. Monolog člověka, který trvá na svém konceptu duševní nemoci a dožaduje se vy-slyšení a pochopení, dožaduje se

⁶² Výzkum si neklade nárok na pojmenování všech jevů, které hrají roli při porozumění a přiblížení se k pacientům s diagnózou duševní nemoci. Ukazuje, jak sestry jevy aktuálně konstruují, v rozhovoru i v rámci skupinové diskuse.

vedení dialogu. A monolog zdravotnických profesionálů, který kategorizuje, překrývá a zahaluje jazyk a zkušenost odborným diskurzem. I oni by rádi vedli dialog. Avšak dialog o nemoci, která se reifikuje jako trvalá (a hlavní) součást jejich interakce. A dialog nikoliv s člověkem, ale s pacientem.

Inspirace výzkumu pro praxi

Výzkum přinesl otázku bezpečí jako zásadní pro rozvinutí vzájemné důvěry mezi pacientem a zdravotní sestrou. Jak vytvářet pocit bezpečí pro pacienty a zdravotní sestry? Případně jak zacházet se atmosférou obav při příjmu pacienta? Dalším směrem výzkumů by mělo být zaměření na analýzu situace, které způsobují zvyšování medikace a využívání restriktivních opatření. Jak sestry definují neklid – naléhání – agresi, jak dochází k eskalaci situace a kdy už je třeba restriktivní opatření dát?

Závěr

Jestliže hovoříme o tom, že výzkum je vždy sociální praxe (Bačová, 2010), kam směřuje tato práce? Cílem práce bylo přinést vzhled do konstruování pacienta s diagnózou schizofrenie, psychóza v diskurzu zdravotních sester v podmínkách psychiatrických zařízení. Jako prostředek zkoumání jsem využil diskurzivní analýzu rozhovorů o komunikaci s pacientem u zdravotních sester v tradičních institucionálních podmínkách a zdravotních sester pracujících v rámci case-specific teamů regionu Kainuu. Finsku.

V teoretické části jsme přehlédlí diverzitu přístupů ke zkoumání duševní nemoci. Foucaultova analýza předkládá vztah mezi duševní nemocí a společností na základě historie. Psychiatrický diskurz vytváří ze společensky problematického chování biologicky zakotvenou nemoc. Diagnostická jednotka schizofrenie je však nejasná, psychiatrické koncepty jsou ovlivňovány historickými, ekonomickými, kulturními a sociální souvislostmi. Kriticky orientovaná psychologie zkoumá produkování odborných poznatků s cílem udržovat status quo sociálního řádu. Sociální konstruktivismus umožňuje zaměřit se na vytváření reality prostřednictvím komunikačních interakcí. Zaměření na diskurz zachycuje, jak se koncept duševní nemoci re-produkuje a rekontextualizuje. Interakce se odehrávají v podmínkách instituce, jejíž chod ovlivňuje pacientovo vnímání nemoci. Výzkumy sociální reprezentace u laiků a klinických profesionálů ukazuje, jak je duševní nemoc konceptualizována. Snaha o integraci ztroskotává, neboť společnost vytváří kolem lidí s diagnózou duševní nemoci vždy určitou bariéru, která je marginalizuje. Profesionálové (zdravotní sestry, psychiatři a psychiatrické sestry v terénu) vytváří specifický vztah s lidmi s duševní nemocí charakterizovaný ambivalencí. Sociální

reprezentace duševní nemoci u nich nemá fixovanou pozici, ale osciluje mezi psychosociální blízkostí a vzdáleností. Vedle odborných konceptů však existuje také laický diskurz, ve kterém existuje jiná nemoc, nemoc vpletená do životního příběhu. Koncept nemoci je člověkem s diagnózou někdy zamítnut kvůli potřebě si zachovat vlastní koherentní self.

Diagnóza duševní nemoci je přetrvávající nálepkou, která může člověka uklidňovat, ale také stigmatizovat. Stigmatizace přetrvává prostřednictvím negativních předsudků, které snižují u lidí s diagnózou duševní nemoci kvalitu života, znemožňují jim zapojit se do společenského života a přispívají k self-stigmatizaci, která brání člověku využívat zdroje pomoci. Kapitola o jazyku a metafoře přiblížila jazykové prostředky, které se využívají v psychiatrickém diskurzu k vytváření reality. Rozhovor lze vést jako dva monology vedle sebe nebo jako dialog, ve kterém je možné dát vzniknout novým významům. Specifickou metodou práce s lidmi s první neobvyklou zkušeností, je přístup nazvaný otevřený dialog, který je založený na principech tolerance nejistoty, otevřenosti vůči laickým konceptům vycházejícím z rodiny s člověkem v neobvyklém stavu, která je partnerem v diskusi.

Zachycení perspektiv lékaře a zdravotní sestry připravily půdu pro výzkumnou část. Role lékaře je důležitá, neboť sestra je extenzí lékařova vědění. Lékař ovládá pole psychiatrického diskurzu svou autoritou (byť vzdálenou), on také bývá tím, který činí rozhodnutí. Zdravotní sestra je ve větší blízkosti, je více exponovaná ve vztahu s pacientem a ovlivňuje pacienta prostřednictvím svého chování.

Analýza diskurzu psychiatrických sester přinesla polyfonii diskurzů o jejich roli, práci a způsobech interakce s pacientem. Pacient s diagnózou duševní nemoci je konstruován především jako nebezpečný, nepředvídatelný, náléhavý. Diagnóza duševní nemoci se stává nositelem nejen symptomů, ale také médiem, která přenáší prototyp jednoho příběhu na další pacienty. Umožňuje generalizování a z lidí s diagnózou vytváří homogenní skupinu s typickými atributy a chováním. Duševní nemoc je konstruovaná jako objektivní biologické jsoucní prostupující život a osobu člověka natolik, že člověk se v jazyce stává nemocí. Nedostatek času sestry a chybějící profesionální zázemí v konkrétním přístupu vůči lidem s diagnózou duševní nemoci snižuje potenciální vliv interakce na stav pacienta. Práce zdravotní sestry je emocionálně náročná a chybí institucionální podpora pro zpracování emocí a možnost využívat jiné koncepty, než biologicky založené.

Psychiatrické paradigma biologického původu schizofrenie vede k upřednostňování medikace s tím, že vliv sociálních faktorů je umenšován, ať už jako příčina nemoci nebo jako léčebný faktor.

Podstatné pro vznik důvěry a dialogu mezi pacientem a sestrou je bezpečí, kterému brání na straně člověka v neobvyklém stavu nesouhlas s léčbou a na straně sestry tendence k obezřetnosti a pocitu ohrožení. Odmítání spolupráce člověkem vede ke snížení angažovanosti sestry v kontaktu a zvýšení negativní reprezentace. Zdravotní sestry dokázaly také pacienty empaticky vnímat na základě osobních prožitků, zážitků z psychoterapeutických výcviků nebo díky praxi. Alternativní diskurzy finských sester a psychiatrické sestry v terénu ukazují odlišné možnosti, jak konceptualizovat pacienta a interakci s ním, pokud je člověk s diagnózou součástí komunity, zdravotní sestry zaujímá neexpertní pozici a snaží se s ním vést otevřený dialog založený na snaze porozumět. Jestliže biomedicínský model onemocnění začneme chápat jako jednu z možností, tak se otevírá prostor pro další přístupy.

Seznam použité literatury:

Aaltonen, J. (2004). When need-adapted psychosocial system of treatment is available, then the indications and contra-indications of medication can be planned in the treatment of severe mental health disorders: Experiences from Finnland. dostupné z www.theretreatyork.org.uk/uploads/Jukkas_slides.ppt

Alanen, Y.O. (1997). Schizophrenia: its origin and the need adapted treatment. London: Karnac books

Alanen, Y.O. et al. (1985). Devolving a global psychotherapeutic approach to schizophrenia: results of a five year follow up. The Yale journal of biology and medicine. 58. 383-402

Allport, G. A. (2004). O povaze předsudků, Praha:Prostor

Anderson, H. (2009). Konverzace, jazyk a jejich možnosti. Brno: NC Publishing

Anderson, J.A., Baym, G. (2004). Philosophy of language, Journal of Communication, 4/54, 589-616

Aronson, E., Wilson, T.D., Akert, A.M. (2005). Social psychology. New York: Prentice Hall.

Austin, J.L. (2000). Jak udělat něco slovy. Praha: Praha

Bačová, V. (2000). Súčasný smery v psychológii: Hľadanie alternatív pozitivizmu, Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity

Bačová, V. (2010). Umisťovanie (sa) výzkumníka/-čky do výzkumnej paradigma, In Záborská, K., Čermák, I. (eds.), (2010). Kvalitativní výzkum ve vědách o člověku IX. Individualita a jedinečnost v kvalitativním výzkumu, Brno: Psychologický ústav Akademie věd ČR, 31-47

Balint, M. (1999). Lékař, jeho pacient a nemoc. Praha:Grada

Barret, R.J. (1996). The psychiatric team and the social definition of schizophrenia. Cambridge university press.

Barker, P. (2001). The healing potential of metafor in the narrative. Online: <http://www.tidal-model.com/New%20Healing%20Metaphor.htm>

Barker, Ch., Galasinski, D. (2001). Cultural studies and discourse analysis. London: Routledge

- Becker, H.S.** (1966). *Outsiders*. New York: First Free Press
- Berger, P.L., Luckmann, T.** (1999). *Sociální konstrukce reality: pojednání o sociologii vědění*, Brno: CDK
- Berry, K., Barrowclough, Ch., Haddock, G.** (2010). The role of expressed emotions in relationships between psychiatric staff and people with diagnosis of psychosis: A review of the literature. *Schizophrenia bulletin*. Oxford university Press.
- Bianchi, G. Popper, M, Szeghy. P., Lukšík, I.** (2005) Analýza zdrojov diskurzu: prečo a jako, In Miovský, M., Čermák, I., Chrz, V. (eds.) *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku IV*, Olomouc, 227-241
- Billig, M.** (2008). The language of critical discourse analyse: the case of nominalization. *Discourse and Society*, 6 (19), 783-800 online:
<http://das.sagepub.com/content/19/6/783.full.pdf+html>
- Bočák, M.** (2010). Diskurz jako předmět transdisciplinárního výzkumu. 526 -536, staženo z
http://www.pulib.sk/elpub2/FF/Slancova2/pdf_doc/bocak.pdf
- Brown, G., Yule, G.** (1988). *Discourse analyse*. Cambridge: Cambride university Press.
- Brown, P.** (1995). Naming and framing: The social construction of diagnosis and illness. *Journal of health and social behavior*. 35. Extra issuse. 34-52
- Bleuler, E. a M.** (1998). *Učebnica psychiatrie*, Trenčín, Vydavateľstvo F
- Boréus, K.** (2006). Discursive discrimination: A typology In *European Journal of social theory*, 3/9, 405-425
- Burr, V.** (2003). *Social constructionism*, London:Routledge
- Bury, M.** (2001). Illness narratives: fact or fiction? *Sociology of health and illness*. 23 (3). 263-285
- Bury, M.** (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of health and illness*. 4 (2). 167-182
- Corrigan, P. et al.** (2003). Perception of discrimination among persons with serious mental illness. *Psychiatric Services* 54:1105–1110
- Češková, E.** (2007). *Schizofrenie a její léčba*. Praha: Jessenius Maxdorf

- Čermák, I.** (2000a). Hledání životních příběhů. Integrativní funkce narativního já. In: P. Macek, M. Šafářová (Ed.), Integrativní funkce osobnosti. Sborník příspěvků z konference k životnímu jubileu prof. PhDr. Vladimíra Smékala, CSc. Brno: Masarykova univerzita, 105-111.
- Čermák, I.** (2002). Myslet narativně (kvalitativní výzkum „on the road“). I. Čermák, M., Miovský (Ed). Sborník z konference Kvalitativní výzkum ve vědách o člověku na prahu třetího tisíciletí. Brno: Psychologický ústav AV ČR, Nakladatelství Albert, 11-25
- Čermák, I.** (2003): Psychologie v narativní tónině se vynořila v souvislostech. Československá psychologie 47, 512-532
- Čermák, I.** (2004): Narativní myšlení a skutečnost. Československá psychologie, 48, 17-27
- Čermák, I., Chrz, V.** (2005): Žánry příběhů, které žijeme. Československá psychologie, 6, 481-494
- Černoušek, M.** (1990) Historie pojmu duševní zdraví a duševní nemoc, Brno: Novinář
- Černá, K.** (1999). Percipovaná empatie a subjektivní prožívání pacientů během léčby neuroleptiky, nepublikovaná disertační práce.
- Dijk, van T.** (1993). Principles of critical discourse analysis In Discourse and Society, 4(2). 249-283
- Dijk, van T.** (1990). Social cognition and discourse. Online:
<http://discourses.org/OldArticles/Social%20cognition%20and%20discourse.pdf>
- Dixon, L. B., Scott, J.E.** (1995) Psychological intervention for schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 21(4): 621-630. dostupné z <http://www.mentalhealth.com/mag1/scz/sb-psyc.html>
- Duckworth, K., Halpern, J.H., Schutt, R.K., Gillespie, Ch.** (2003). Use of schizophrenia as a metaphor in U.S. Newspapers. Psychiatric services. 54. (10). 1402-1404
- Essed, P.** (1991). Understanding everyday racism: An Interdisciplinary theory. London: Sage
- Estroff, S.E.** (1989). Self, Identity and subjective experience of schizophrenia: In search of the subject. Schizophrenia bulletin. 15 (2). 189-196

Estroff, S.E. (2006). Subject/Subjectivities in Dispute: The poetics, politics and performance of first person narratives of people with schizophrenia. Online:
<http://spiritualrecoveries.blogspot.com/2006/05/dr-sue-e-estroff-subjectsubjectivities.html>

Fishbein, M, Cappela J.N (2006). The role of theory in developing effective health communications in: Journal of communication, supplement, vol. 56, 1-17

Fagin, L., Garelick, A. (2004). The doctor-nurse relationship. Advances in psychiatric treatment. 10. 277-286

Foucault, M. (1994). Dějiny šílenství, Praha: NLN

Foucault, M. (1997). Psychologie a duševní nemoc, Praha: Dauphin

Fox, D. (2007). A political framework for the introductory social psychology course. online z
<http://www.dennisfox.net/papers/framework.html>

Freund, P.E.S. (1990). The expressive body: a common grand for the sociology of emotions and health and illness. Sociology of health and illness. 12 (4). 452-477

Garfinkel, H. (1967): Studies in ethnometodology, Prentice Hall, New Jersey

Geest, van der S., Finkler, K. (2004). Hospital ethnography: introduction. Social science and medicine, 59. 1995-2001

Geertz. C. (2000). Interpretace kultur. Praha: Sociologické nakladatelství.

Georgaca, E.(2000). Reality and discourse: A critical analysis of the category of „delusions“. British journal of medical psychology. 73. 227-242

Giddens, A. (1999). Sociologie. Praha: Argo

Gillet, G. (1999) The mind and its discontents: an essay in discursive psychiatry, Oxford University Press

Goffman, E. (1959) Asylums, Garden City, New York: Doubleday Anchor

Goffman, E. (2001) The presentation of self in everyday life, In Branaman, A. Self and Society, Blackwell Readers in Sociology, 175-181

Goffman, E. (2003) Stigma, Praha: Slon

- Hajbaghery M.A., Salsali, M.** (2005). A model for empowerment of nursing in Iran. *BMC Health services research*. 5 (24).
- Hamilton, B., Manias, E.** (2006). „She is manipulative“ and „he is right off“: critical analysis of psychiatric nurses' oral and written language in the acute inpatient setting. *International Journal Health Nursing*. 15 (2): 84-92
- Hartl, P., Hartlová, H.** (2000) *Psychologický slovník*, Praha: Portál
- Harding, C.M., Zahniser J.H.** (1994). Empirical correction of seven myths about schizophrenia with implications for treatment. *Acta Psychiatr Scand*. 90 (suppl 384) : 140-146
- Harper, D., et al.** (2006). Learning to use discourse analysis on professional psychology training program, online:
http://www.psychology.heacademy.ac.uk/docs/pdf/p20061123_lda%20_hear_version.pdf
- Harper, S. (2005).** Media, madness and misrepresentation: critical reflections on anti-stigma discourse. *European journal of communication*. 20. 460-483
- Hawks, J.** (1992). Empowerment in nursing education: concept analysis and application of philosophy, teaching and instruction. 5 (17). 609-618
- Helman, C. G.** (2000). *Culture, health and illness*. Oxford: Butterworth/Heinemann.
- Hem, M.H., Heggen, K. (2004):** Rejection – a neglected phenomenon in psychiatric nursing, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11 (1), 55-63 online:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14723640>
- Hem, M.H., Heggen, K., Ruyter (2008).** Creating trust in an acute psychiatric ward, *Nursing Ethics*, 6 (15), 777-788 online: <http://nej.sagepub.com/content/15/6/777>
- Hendl, J.** (1997) *Úvod do kvalitativního výzkumu*, Praha: Karolinum
- Hendl, J.** (2005) *Kvalitativní výzkum*, Praha: Portál
- Hewitt, M** (2008). Using Psychological Formulation As A Means Of Intervention In A Psychiatric Rehabilitation Setting *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. 12 (1). dostupné z
http://www.psychosocial.com/IJPR_12/Using_Psychological_Formulation_Hewitt.html

- Hewstone, M., Stroebe, W.**(2006) Moderní sociální psychologie, Praha: Portál
- Hogg, M.A. , Cooper, J.**(2003): The SAGE handbook of social psychology, London: Sage
- Hobbs, C., Newton, L. et al. (2002). Deinstitutionalization for long term mental illness: a 6 year evaluation. Australian Journal of psychiatry. 36 (1). 60-66**
- Holcnerová, P., Miovský, M. et al. (2010).** Vyobrazení osob s duševním onemocněním v českých, chorvatských a slovenských tištěných médiích. Česká a slovenská psychiatrie 106 (6). 351-356
- Horwitz, A.V. (2002).** Creating mental illness, Chicago: University of Chicago Press
- Hořejší, J. (1998)** Moc a nemoc medicíny, Praha: Makropulos
- Howarth, C., Forster, J., Dorrer, N. (2004).** Exploring the potential of the theory of social representations in community-based health research – and vice versa? Journal of health psychology. 9 (2). 229-245
- Höijer , B., Rasmussen , J. (2005).** Media images of mental illness and psychiatric care in connection with violent crimes. Swedish association of social and mental health, Örebro university. Online www.rsmh.se
- Höschl, C, Libiger, J., Švestka, J.**(2002) Psychiatrie, Praha: Tigris
- Chamberlin, J. (1999).** Na vlastní pěst. Pacientem řízené alternativy systému psychiatrického zdravotnictví. Praha:Identita
- Chrzą, V. (1996a)** Psychologie metafory I. Metafora z hlediska psychologie nevědomí, neobehaviorismu a neogestaltismu. Československá psychologie, 40, 103-114.
- Chrzą, V. (1996b)** Psychologie metafory II. Metafora z hlediska kognitivní psychologie, 40, 217-227
- Isokääntä, V., Johansson, A. (2006).** Empowerment nursing. Online: <http://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/668/1/Empowerment%20nursing.pdf>
- Janosiková, E.H., Daviesová, J.L. (1999)** Psychiatrická ošetrovatelská starostlivosť, Martin:Osveta
- Janík, A. (1987)** Veřejnost a duševně nemocný, Praha: Avicenum

Janoušek, J. (2005): Významová analýza komunikace, Československá psychologie, 3, 193-211

Jarolímek, M. (2002). Je bláznivé být odlišný? In Esprit, 6/11. 3

Jodelet, D. (1991). Madness and social representations. Berkeley: University of California Press

Jones, E., Asen, E. (2004). Systemická párová terapie a deprese. Hradec Králové: Konfrontace

Kalvach, Z. (2000) Problémy psychiatrie na konci století, In Dragomirecká, E., Palčová, A., Papežová, H., (eds.). Sociální psychiatrie v čase změn, Psychiatrické centrum Praha, 267-271

Klerman, G. L. (1977). Mental illness, the medicine model and psychiatry. Journal of Medicine and Philosophy. 2 (3).

Klerman, G. L. (1978). The evolution of scientific nosology. In Shershow, J.C. ed. Schizophrenia: science and practice. Cambridge.

Komárek, S. (2005). Spasení těla. Moc, nemoc a psychosomatika. Praha: Mladá Fronta

Koyanagi, Ch. (2007). Learning from history: deinstitutionalization of people with mental illness as precursor to long term care reform. Kaiser family foundation.

Křivohlavý, J. (1977). Já a ty. O zdravých vztazích mezi lidmi. Praha: Avicenum

Křížová, E. (2006). Proměny lékařské profese z pohledu sociologie, Praha: Sociologické nakladatelství

Kučerová, H. (2010). Schizofrenie v kazustikách. Praha: Grada.

Kuhn, T. (1997) Struktura vědeckých revolucí, Praha: Oikomenh

La Francois. (2006). They find us and infect our bodies Online:
<http://www.radpsynet.org/journal/vol5/LeFrancois.ht>

Lakeman, R. (1995). What Psychiatric Nurses Do Differently: A discussion on the Blurring of Roles in the Mental Health Professions, online:
http://www.testandcalc.com/Richard/resources/archive_papers/mhnse.htm

Laing, R.D. (2000). Rozdělené Self, Praha: Psychoanalytické nakladatelství

- Lakoff, G. Johnson, M.** (2002). *Metafory, kterými žijeme*. Brno: Host
- Lakoff, G.** (2006). *Ženy, oheň a nebezpečné věci*. Praha: Triáda,
- Larsen, J.A.** (2007). Understanding a complex intervention: person centred ethnography in early psychosis. *Journal of mental health*. 16(3). 333-345
- Laszlo, J.** (1997). Narrative organisation of social representations. *Papers on social representations*. 6 (2). 155-172
- Leary, M. R., Kowalski, R. M.** (1990). Impression management: A literature review and two-component model. *Psychological Bulletin*, 107 (1), 34-47.
- Lewton, J.** (2003). Lay experience of health and illness: past research and future agendas. *Sociology of health and illness*. 25. Anniversary Issue. 23-40
- Libiger, J.** (1992) *Schizofrenie*, Praha: Psychiatrické centrum
- Libiger, J.** (2001) Stigma duševního onemocnění In *Psychiatrie*, 5/1
- Libiger, J.** (2009). Klasifikace v nesnázích. In *Psychiatrie*, 13 (3).
- Liebert, R., Gavey, N.** (2006). The took my depression and then medicated me into madness. Co-constructed narratives of SSRI-induced suicidality. *Radical psychology*. 5 online: <http://radicalpsychology.org/vol5/Liebert-Gavey.html>
- Littlewood, R. et al.** (2007). A cross national study of stigmatization of severe psychiatric illness: historical review, methodological considerations and development of the questionnaire. *Transcultural psychiatry*. 44 (2). 171-202
- Lloyd, M.** (2007). Empowerment in the interpersonal field: discourses of acute mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 14 (5) 485-494, online: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2850.2007.01116.x/abstract>
- Lukoff, D.** (1985) *Diagnosis and treatment*,
<http://www.internetguides.com/se/dtx/diagnosticcriteria.html>
- Lupton, D.** (1996) *Medicine as Culture, illness, disease and the body in western society*. London: Sage

Lysaker, P. et al. (2001). Schizophrenia and the collapse of dialogical self: recovery, narrative and psychotherapy, In *Psychotherapy – theory, research, practice, training* 38 (3). 252-261

Machovcová, K. (2010): Genderová analýza v psychologické praxi, příklady z terapie a poradenství (nepublikovaná disertační práce), FSS MU online:

Mancini M.A., Rogers, R. (2007) Narrative of recovery from serious psychiatric disabilities: a critical discourse analysis In *Critical Approaches to Discourse Analysis Cross Disciplines* 1(2): 35-50, online: http://cadaad.net/2007_volume_1_issue_2/26-17

Marková, I. (2007). Dialogičnost a sociální reprezentace: dynamika mysli. Praha: Academia

Martin, J. (1995). Deinstitutionalization: What will it really cost. *Schizophrenia Digest*. Online <http://www.mentalhealth.com/mag1/p51-sc02.html>

Mentzos, S. (2005). Dynamika duševní nemoci. Praha: Portál

Miller, G.A. (1969) Psychology as a Means of promoting human welfare -Extract from presidential Address to the American Psychological Associations In Murphy, J., John M., Brown, H. (eds.) (1984) *Dialogs and debates in social psychology*, The Open University, 17-29

Mills, S. (1997). *Discourse*, London: Routledge

Miovský, M. (2005). Rané historicko-filozofické zdroje kvalitativního přístupu v psychologii In Miovský, M., Čermák, I., Chrastka, V. (eds.). *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku IV*, Olomouc, 21-37

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál

Moscovici, S., Duveen, G. (Eds.) (2001) *Social Representations-explorations in social psychology*. New York: New York University Press,

Morant, N. (1995). What is mental illness? Social representations of mental illness among British and French mental health professionals. *Papers on social representations*. 4 (1). 41-52

Morgan, D.L. (1997) Ohniskové skupiny jako metoda kvalitativního výzkumu, Brno: Albert

Motlová L., Dragomirecká E. (2003) Schizofrenie a kvalita života In *Psychiatrie* 7/1

- Mueser, K.T. et al.** (2002). Illness Management and Recovery: A Review of the Research. *Psychiatr Serv* 53:1272-1284. dostupné z <http://psychservices.psychiatryonline.org/cgi/content/full/53/10/1272>
- Mungra, P.** (2007). Metaphors among titles of medical publications: an observational study. *Ibérica*. 14. 99-122
- Nakonečný, M.**(2000) Encyklopedie současné psychologie, Praha: Portál
- Nebeská, I.** (1992) Úvod do psycholingvistiky. Jinočany: H&H
- Nebeská, I., et al** (2005). Co na srdci, to na jazyku. Kapitoly z kognitivní lingvistiky. Praha: Karolinum.
- Nekula, M.** (1996) Stereotypy v lexikalizovaných etnických označení In: sborník Jazyk a jeho užívání, 87-93, Praha: DeskTop Publishing FF UK
- Nekvapil, J.** (2006) Úvodem k monotematickému číslu „Analýza promluv a textů, analýza diskurzu In: Sociologický časopis, Praha, 2/42, 263-267
- Noels, K.A., Giles, H. , Le Poire, B.** (2003): Language and Communication Processes In
- In Hogg, M.A. , Cooper, J. The SAGE Handbook of social psychology, 232-257
- Olesen, V., Bone, D.** (1998) Emotions in rationalizing organizations: conceptual notes from professional nursing in th USA In Bendelow, G, Williams, S. J., (1998) Emotions in social life, 313-330
- Parker, I.** (1999). Critical psychology: critical links. 1 (1). Online: <http://radicalpsychology.org/vol1-1/Parker.html>
- Paleček, J.** (2010). Opakujte po mě: „duševní nemoc“- říkáte to stejně?!?! In Hejzlar, P. (ed.). Na cestě ke komunitní péči. Pardubice:Theo. 18-54
- Parrot, R.** (2004) Emphasizing „Communication“ in Health Communication In Journal of Communication, 4/54, 751-788
- Pickering, M.** (2001) Stereotyping: the politics of representation, New York: Palgrave
- Plichtová, J.** (2002). Metódy sociálnej psychológie zblízka, kvalitatívne a kvantitatívne skúmanie sociálnych reprezentácií. Bratislava: Média
- Potter, J., Wetherell, M.** (2005) Discourse and social psychology: beyond attitudes and behavior, London: Sage
- Praško, J.**(2001) Stigmatizace u „psychogenních poruch“ In Psychiatrie, 5/1

- Prilleltensky, I., Fox, D.** (1997). Critical psychology: An introduction. London: Sage
- Preiss, M., Kukolová, M., Chrzová, D. et al.** (2005). Jakou „váhu“ má životní příběh pro diagnostiku kognitivních funkcí u schizofrenie? Kazuistika pacienta trpícího schizofrenií. In Miovský, M., Čermák, I., Chrz, V. (eds.). Kvalitativní přístup ve vědách o člověku IV. Olomouc
- Radcliffe, M.** (2000). Doctors and nurses: new game, same result. British medicine journal. 320 (7241). 1085
- Regan L.C., Rodriguez L.,** (2011). Nurse empowerment from a middle – management perspective. 15 (1). Online: <http://www.thepermanentejournal.org/issues/2011/winter/373-nurse-managers.html>
- Reichmannová-Frommová, F.** (2003) Principy intenzivní psychoterapie, Praha: Triton
- Reisigl, M. and Wodak, R.** (2001) Discourse and Discrimination. Rhetorics of Racism and Antisemitism. London: Routledge
- Rodgers, G.** (1995) What is special about a social exclusion approach? In G. Rodgers, C. Gore and J.B. Figueiredo, Social Exclusion: Rhetoric, Reality, Responses. Geneva. International Institute for Labour Studies
- Rogers, A., Pilgrim, D.** (2006). Sociology of mental health and illness. London: Open university press
- Rosenhan, D.L.** (2001): On being sane in insane places In Branaman, A. Self and Society, Blackwell Readers in Sociology, 14-30
- Sedgwick, P.** (1982). Psycho politics: Anti-psychiatry, Illness and mentally ill In Murphy, J., John M., Brown, H. (1984) Dialogs and debates in social psychology, The Open University
- Sedgwick, P.** (1973). Illness – mental and otherwise. Hastings Center Studies, 1. 19:40
- Seikkula, J.** (2008). Inner and outer voices in the present moment of family and network therapy. Journal of family therapy. 30. 478-491
- Seikkula, J., Aaltonen, J. et al.** (1995). Treating psychosis by means of open dialogue. In Friedman, S. (ed.). The reflecting team in action. New York: The Guilford Press
- Seikkula, J., Aaltonen, J. et al.** (2003). Open dialogue approach: treatment principles and preliminary results of a two year follow-up on first episode schizophrenia. Ethical and human science and services 5 (3), 163-182
- Seikkula, J., Olson, M.E.** (2003). The open dialogue approach to acute psychosis: Its poetic and micropolitics. Family Process. 42 (3). 403-418
- Seikkula, J. Arnkill, T.E., Eriksson, E.** (2003). Postmodern society and social network:

- open and anticipation dialoguj in network meetings. *Family Process* 42 (2). 185-203
- Shaw, K, Walker, R.B.J** (2006) *Situating Academic Practice: Pedagogy, Critique and Responsibility*, Millenium:Journal of International studies, Vol. 35, 1, 155-167
- Siebert, A. (2000).** How non-diagnostic listening led to a rapid „recovery“ from paranoid schizophrenia: what is wrong with psychiatry? *Journal of humanistic psychology*. 40 (34)
- Skorunka, D.** (2003) Překážky rozvoje psychosomatického modelu v medicíně In *Konfrontace*,14/1, 36-43
- Smolík, P.** (2002) *Duševní a behaviorální poruchy*, Olomouc: Maxdorf
- Stanton, A.H., Schwartz, M.S.** (1954) *The mental hospital: A study of institucional participation in psychiatric illness and treatment*, New York:Basic Book,
- Styx, P.** (1991) *Zacházení s bláznem...interakční psychiatrie*, Brno: Společnost pro reklamu a tisk
- Styx, P. (2003)** *O psychiatrii: Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*, Brno: Computer Press
- Szasz, T.** (1996) *Ceremoniální chemie*, Olomouc: Votobia
- Szasz. T.** (1974). *The Myth of Mental Illness: foundations of a Theory of Personal Conduct*, New York: Harper Row
- Szasz, T.** (2005)*Náboženství a terapie jako ospravedlnění nátlaku*. In Zwieg, J. K. (ed.) *Umění psychoterapie*. Praha: Portál
- Šlédrová, J.** (2003): Stereotypy v rodinných a příbuzenských vztazích. *Čestina doma a ve světě*, roč. II, č. 1-2, s.64-69.
- Štěpánová, P.** (2010). V blázinci je bláznivý systém, *Esprit*. 15 (9-10). 12-14
- Šupa, J.** (2004) *Kritická analýza jednostranně zaměřeného chápání „schizofrenie“ v psychiatrickém kontextu*, nepublikovaná dipl.práce, FSS MU
- Šupa, J.** (2005a) Sociální reprezentace duševně nemocného u studentů psychologie, studentů medicíny a studentek v oboru zdravotní sestra na psychiatrii a Sociální reprezentace péče v psychiatrických zařízeních podle lidí zde hospitalizovaných In Miovský, M., Čermák, I., Chrz, V. (eds.). *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku IV*, Olomouc, 261-277

Šupa, J. (2005b): Social representation of care in psychiatry by people who have experience with hospitalization, Social representation of mentally ill people by students of psychology, medicine and nurses in psychiatry, EUSOC seminar, 19.-22.5. 2005, Telč

Šupa, J. (2006a): Expertíza pro cílovou skupinu „osoby s duševním onemocněním“, podkladový materiál pro proces komunitního plánování sociálních služeb města Brna,

Šupa, J. (2006b) Sociální reprezentace duševně nemocného u budoucích profesionálních pracovníků jako proměnná v léčebném procesu, Československá psychiatrie, 6, 299-307

Šupa, J. (2007) Zpráva z předvýzkumu potřeb uživatelů pro cílovou skupinu „osoby s duševním onemocněním“, podkladový materiál pro proces komunitního plánování města Brna

Šupová, J., Šupa, J., (2008). Metaforý rodiny v českém jazyce a vybrané autorské metaforý v české rodinné terapii. In Psychoterapie – praxe, inspirace, konfrontace. 3-4

Talbot, J. A. (1979). Deinstitutionalization: avoiding the disaster of the past. Psychiatry services 55 (10). Online <http://ps.psychiatryonline.org>

Tasman, A. (2001) The doctor-patient relationship and psychotherapeutic approaches in pharmacotherapy – improving treatment effectiveness In Psychiatrie, 5/3

Thornborrow, J. (2002) Power talk, language and interaction in institutional discourse. Harlow, UK, Pearson Education

Brohan, E., Thornicroft, C., et al. (2010). Experience of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. BMC Health services research. 10:80

Tracy, K, Haspel, K. (2004) Language and social interactions, its institutional identity, intellectual landscape and discipline-shifting agenda In Journal of Communication, 4/2004, 788-817

Uexküll, von T. (2003) Diagnóza jako problém současné medicíny In Prostor 58/59, 127

Vaňková, I. et al.(2005) Co na srdci, to na jazyku, Praha: Karolinum

Vybíral, Z. (2001a) Tři desetiletí kritické psychologie ve světě, Československá psychologie, 45, 69-81

- Vybíral, Z.** (2001b) Kritické přivítání diskurzivní psychologie, *Československá psychologie*, 45, 527-537
- Vybíral, Z.** (2004) Kritická psychologie: Past duality nebo přednost rozpětí?, *Československá psychologie*, XLVIII, 464-476
- Vybíral, Z.** (2006a) Diskurzivní psychologie versus diskurzivní analýzy?, *Československá psychologie*, 54, 584-589
- Vybíral, Z.** (2006b) Psychologie jinak: Současné směry kritické psychologie, Praha: Akademia
- Walker, M.T. (2006).** The social construction of mental illness and its implications for the recovery model. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. 10 (1). 71-87
- Walmsley, Ch.J.** (2004). Social representations and study of professional practice. *International journal of qualitative methods*. 3 (4). online: http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/3_4/pdf/walmsley.pdf
- Watzlawick, P., Bavelasová, J.B., Jackson D.D.** (1999) Pragmatika lidské komunikace, Hradec Králové: Konfrontace
- Weinstein, R.M.** (1982). Goffman's asylums and the social situation of mental health patients. *Orthomolecular psychiatry*. 11 (4). 267-274
- White, M.** (1997). Narratives of therapist's lives. Adelaide: Dulwich centre publications
- Williams, G.** (1984). The genesis of chronic illness: narrative re-construction. *Sociology of health and illness*. 6 (2). 175-200
- Williams, S.J.** (2000). Chronic illness as biographical disruption or biographical disruption as chronic illness? Reflections on core concept. *Sociology of Health and Illness*. 22 (1). 40-67
- Willis, B.G.** (2007). Discourse as a normative instrument: analysis of mental illness on disability services discussion list, nepublikovaná disertační práce
- Wright, S.C. Taylor, D.M.** (2003) The social psychology of cultural diversity: Social stereotyping, prejudice and discrimination, In Hogg, M.A. , Cooper, J. *The SAGE handbook of social psychology*, London: Sage, 432-457

Zábrodská, K. (2006). Rodová analýza jako prostor pro nové epistemologie: poststrukturalismus a diskurzivní analýza v psychologii, *Československá psychologie*, 50, 105-118

Zábrodská, K. (2010). Diskurzy, pozice a praktické ideologie: utváření identity v sociální interakci, In Zábrodská, K., Čermák, I. (eds.), (2010). *Kvalitativní výzkum ve vědách o člověku IX. Individualita a jedinečnost v kvalitativním výzkumu*, Brno: Psychologický ústav Akademie věd ČR, 114-124

Errata:

str. 160 (*Anderson, Carter, 1978:84 In Mills, 2006*)

str. 182

Mills, R. A. (2006). Participatory Action Research in a Psychiatric Unit: Striving Towards Optimal Practices. PhD thesis thesis, Victoria University.

Miovský, M. (2006). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu, Praha: Portál