

Problémy pacientů a recovery

projektový časopis šířený

Dobrym místem, o.s. v rámci projektu

Informační aktivity CZ.11/MGS/004

podpořeného z **Norských fondů**.

Kam jdou lidé s nemocnou duší

Jak vypadá život člověka, který má vlastní zkušenost s vážným psychickým onemocněním.

Jen v České republice žije nejméně sto tisíc lidí s vážným duševním onemocněním, nejčastěji se jedná o schizofrenii. Většina mužů a žen s touto psychickou poruchou onemocněla v období puberty a zažila na vlastní kůži nedobrovolnou hospitalizaci v psychiatrické léčebně. Odnесли si tak dvojí strašidelný zážitek – propuknutí psychózy (zkreslené vnímání reality, úzkosti, bludy, halucinace) a navrch zavření „do blázince.“ Ve věku kolem dvaceti let pro ně skončil normální život. Ještě dřív, než dokončili školu a udělali první kroky k osamostatnění, dostali nálepku bláznů. Neoznačili je tak pouze zvědavé sousedky, ale ve formě diagnózy, nejčastěji „paranoidní schizofrenie,“ i lékaři – psychiatři.

Podle předního odborníka na léčbu schizofrenie MUDr. Martina Jarolímk je rigidní diagnostikování velkou chybou. Vede totiž k pesimistické vizi vývoje onemocnění, ke ztrátě naděje nemocného i jeho rodiny na uzdravení. Diagnóza schizofrenie je vzhledem k atmosféře ve společnosti a zastaralému systému psychiatrické péče u nás vnímána jako ortel na doživotí. Vede ke stigmatizaci, která mladému muži nebo ženě ztěžuje návrat do normálního života.

„Nedobrovolná hospitalizace vyvolává v nemocném člověku úzkost a strach. Může posilovat jeho paranoidní, vztahovačné fantazie a bludy. Dostane silné léky, aby se jeho vnitřní neklid co nejrychleji ztlumil. Tyto léky vyvolávají ve velké dávce silné nežádoucí příznaky, které z něj udělají nemohoucího 'ležáka.' Pak se na oddělení dostaví rodiče a začnou se ptát, co se stalo s jejich synem, který aspiroval být předním pražským advokátem. Dozvěděl se, že se jedná o schizofrenii, celoživotní nevyléčitelné onemocnění. Po pětiminutovém rozhovoru s lékařem odcházejí rodiče domů jako trosky,“ říká Martin Jarolímek.

Z maligních informací, které na rodinné příslušníky navalí obvykle mladý, nezkušený psychiatr, je podle něj nejhorší slovo schizofrenie. „Šokovaní rodiče si na internetu najdou slovo schizofrenie a tam si přečtou spoustu nesmyslů nebo polopравd a propadnou ještě větší beznaději. Každá rodina reaguje trochu jinak, ale většinou se dostaví pocity viny a hanby. Rodinní příslušníci se stáhnou do sociální izolace, a to je to nejhorší, co mohou udělat,“ tvrdí Martin Jarolímek.

Mladí lidé, kteří kvůli své zvýšené citlivosti a zranitelnosti, genetickým příčinám nebo například onemocnění matky v době těhotenství mají větší pravděpodobnost, že vážně duševně onemocní, si samozřejmě nepřejí, aby byli po prvním propuknutí psychózy označeni za „schizofreniky“ a veřejností považováni za „nebezpečné šílence“. O problémech lidí s vážným duševním onemocněním se z novin a televize veřejnost nedozví téměř nic. Slovo schizofrenie a schizofrenik mají novináři naopak ve značné oblibě, a to když komentují politické dění nebo zveřejňují senzační zprávy o případech agresivního chování duševně nemocných jedinců.

„Výsledkem zpravodajství, které přináší jen drastické obrazy smrti a nepodává žádná vysvětlení, je strach veřejnosti z nevypočitatelných bláznů. Lidé trpící touto nemocí jsou stigmatizováni, jejich rodiny se bojí přiznat, že mají nemocného syna či dceru. Je to pochopitelné. V očích sousedky, která sleduje běžná média, by se pak mohl tichý, naprosto neagresivní jedinec, který pravidelně bere léky a je unavenější kvůli jejich vedlejším účinkům, jevit jako nebezpečný šílenec, který ji může na potkání zabít,“ říká Martin Jarolímek.

Lidé s vážným duševním onemocněním se nedopuštění násilných činů častěji než jiní lidé. Obvykle jsou naopak terčem pro své okolí. V posledních letech však došlo k několika tragickým případům, kdy na své blízké nebo na zcela neznámé lidi zaútočili pod vlivem bludů a halucinací dekompenzovaní jedinci trpící schizofrenií. Strašlivé činy, jejichž oběti se stali nevinní lidé (ve Žďáru nad Sázavou, v Bílé Bříze...) nelze klást za vinu nepřičetným agresorům. Jde o důsledky nedostatečně zajištěné nebo zcela chybějící péče.

Selhávání péče vede k tragédiím

Před čtyřmi lety ministerstvo zdravotnictví oficiálně přiznalo, že psychiatrie byla u nás dlouhodobě zanedbávána a ohlásilo reformu psychiatrické péče. Zatím se však nic nezměnilo. Současnou situaci i nadále charakterizuje tabuizace problému vážných duševních nemocí, nevyhovující zdravotní péče, absence sociálních služeb, život mnoha nemocných na okraji společnosti.

Obrovská skupina vážně duševně nemocných lidí, pro které jsou zatím jediným řešením opakované hospitalizace v psychiatrické nemocnici, nemá po propuštění téměř žádnou nabídku služeb, která by jim umožňovala žít doma (pokud možno bez závislosti na rodičích) a řešit své zdravotní a sociální problémy v přirozeném prostředí. Ambulantní psychiatrická péče je jim k dispozici pouze jedenkrát měsíčně (v průměru po dobu dvanácti minut) a sociální služby často nemohou využívat vůbec. Mají buď malou kapacitu a jsou nedostupné nebo ve většině regionů prostě neexistují.

Nedostatky současného stavu psychiatrické péče v ČR shrnul profesor Ján Praško: „Česká republika patří mezi menšinové země, které nemají vládní program péče o duševní zdraví. Systém je hrubě podfinancován, vysoce specializovaná a náročná péče je podceněná. Kvalita péče je omezená. Psychoterapie je pro většinu pacientů prakticky nedostupná. Chybí dostatek ambulantních psychiatrů, zejména pedopsychiatrů a klinických psychologů, dalších pracovníků v psychiatrii působících v rámci zdravotního systému (terapeuti, sestry, sociální sestry, terénní sestry). Není dost akutních oddělení nemocnic, extramurálních zařízení a specializovaných oddělení psychiatrické péče,“ uvedl profesor Praško na semináři uspořádaném v Parlamentu ČR.

Na nedořešenou problematiku ochranného léčení upozorňovala po tragédii ve Žďáru nad Sázavou například psychiatrička a sexuoložka MUDr. Růžena Hajnová. „V uplynulých letech jsme opakovaně upozorňovali ministerstvo zdravotnictví i ministerstvo spravedlnosti na nevyřešené problémy při výkonu ochranných léčeb. Tragická událost, ke které došlo ve Žďáru nad Sázavou, je bohužel to, čeho jsme se po celou dobu rozkladu systému obávali,“ říká Růžena Hajnová. Duševně nemocná žena, která měla nařízenou ochrannou léčbu, zabila před střední školou šestnáctiletého studenta. Premiér Bohuslav Sobotka v souvislosti s událostí ve Žďáru připustil selhání celého systému. Podle sexuologa MUDr. Marka Páva, náměstka pro léčebnou péči v PN Bohnice, je současný systém vykonávání dohledu nad osobami v ochranném léčení nefunkční. „Lékař sedí v ambulanci, přijde k němu nemocný, něco mu říká. A na základě toho lékař nastavuje léčbu, ale zcela tam chybí systém kontroly, jestli ten člověk žije řádným způsobem, jestli nezneužívá návykové látky, jestli třeba bere léky. To ambulantní lékař nemůže zkontrolovat. V tom jsou ambulantní lékaři zcela ponechání svému osudu,“ konstatuje Marek Páv.

Chyba je v celém systému

Na podzim roku 2012 informovalo Ministerstvo zdravotnictví ČR o přípravách na reformu psychiatrické péče v České republice. Ministrem zdravotnictví byl v té době Leoš Heger. Cílem reformy měla být modernizace celého systému a zvýšení kvality péče o pacienty. Ministerstvo zdravotnictví oficiálně přiznalo, že od začátku devadesátých let nedoznala psychiatrická péče v ČR žádných významných změn. V ČR je dvacet psychiatrických léčeben (dnes většinou přejmenovaných na psychiatrické nemocnice), které mají více než 9 000 lůžek. Čtyři psychiatrické nemocnice mají více než 1000 lůžek. Přitom psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic v celé republice měly dohromady pouze 1400 lůžek.

Základní myšlenkou reformy je přenést těžiště psychiatrické péče z velkých psychiatrických léčeben do komunity – blíž k lidem, kteří k tomu, aby mohli žít v domácím prostředí, potřebují fungující zdravotnické a sociální služby. Jádrem reformy by mělo být vytvoření sítě „Center duševního zdraví,“ která by pro menší regiony zajišťovala koordinaci ambulantních a terénních služeb.

Ministerstvo zdravotnictví, které se po nástupu Svatopluka Němečka stavělo k reformě rezervovaně, během roku 2016 přehodnotilo situaci a dalo přípravám reformy nový impulz. Od přípravy prvních reformních plánů na MZ ČR uplynulo téměř pět let. V polovině roku 2016 se ještě nic z toho, co reforma slibuje, nezačalo realizovat. Celková atmosféra se však změnila. Jednou přiznaná pravda, že péče o lidi s vážným duševním onemocněním je u nás zanedbána, se už nedá popřít. Všichni čekáme, že transformace psychiatrické péče v ČR přece jen přijde.

Třináct příběhů lidí s duševním onemocněním

Změnit atmosféru v oblasti péče o duševní zdraví mohou pomoci i sami pacienti. Například tím, že otevřeně vystoupí na veřejnosti se svými příběhy, s tím, co je trápí. Pokud se nebude na duševně nemocné nahlížet jako na nebezpečná či ztracená „individa“, bude snad i větší zájem ze strany státu o ně pečovat a zapojovat je do společnosti. Duševní nemoc může potkat každého z nás. Trpí jí mnoho lidí a může se stát krátkou epizodou v osobní historii pracujícího a společensky aktivního člověka, anebo se může stát cejchem, který vede k našemu vyloučení ze společnosti.

Spolek Dobré místo vydal na konci roku 2014 publikaci „Kam jdou lidé s nemocnou duší.“ Obsahuje třináct příběhů viděných očima lidí s psychickým onemocněním. „Touto knihou chceme přispět k diskusi o životě duševně nemocných a také k reformě psychiatrické péče. Vidíte zde lidi, kteří přijímají značný díl odpovědnosti za své léčení a uzdravení, svěřují se nám i čtenářům se svými touhami, přáními a obavami z budoucnosti. Žádné ovce, které by sebou chtěly nechat smýkat z léčebny do ústavu,“ uvádějí editoři Michal Kašpar a Tomáš Vaněk, kteří do publikace zařadili také své vlastní příběhy.

Zkušenosti s hospitalizací

Výstupy anketních rozhovorů provedených Dobrým místem z.s.

Pod hlavičkou projektu Informační aktivity v rámci reformy psychiatrické péče Dobré místo z.s. uskutečnilo 60 anketních rozhovorů týkajících se současné psychiatrické péče v České republice a obecně problémů spojených s duševním onemocněním. Z celkového počtu 60 respondentů odpovídalo na naše otázky 30 lidí s duševním onemocněním 15 rodinných příslušníků lidí s duševním onemocněním a 15 odborníků (psychiatrů, psychologů, terapeutů). Spektrum respondentů z řad lidí se zkušeností s duševním onemocněním zahrnovalo tyto diagnózy: schizofrenie (9), schizoafektivní porucha (8), bipolární porucha (3), úzkostná porucha (5), deprese (1) porucha osobnosti (1) anorexie (1), psychosomatické bolesti (1) a Tourettův syndrom (1).

Jedna z otázek se týkala hospitalizace. Hospitalizace je obvykle jádrem zkušenosti každého člověka s duševním onemocněním. Netýká se to jenom vážnějších diagnóz jako je schizofrenie, schizoafektivní porucha, bipolární porucha nebo deprese charakterizovaná pokusem o sebevraždu. Hospitalizace u lidí s lehčími diagnózami jako různé poruchy osobnosti nebo úzkostné poruchy je také velmi častá. Nezávisle na vážnosti diagnózy někteří lidé zvládají svou nemoc bez hospitalizace (5 z 30), jeden dokonce bez medikace.

Jak se vyhnout hospitalizaci

Mezi respondenty, kteří nikdy nebyli hospitalizováni se vyskytovaly tyto diagnózy: schizofrenie (2), bipolární porucha (1), schizoafektivní porucha (1), obsedantně-kompulzivní porucha (1). Čtyři z respondentů uvádějí, že nepotřebovali hospitalizaci z důvodu lehčího průběhu onemocnění. Dva z nich, ačkoli jsou diagnostikováni onemocněním, které se vyznačuje psychotickými atakami (schizofrenie, schizoafektivní porucha) nikdy žádnou ataku neprodělali. Jedna z nich sice prošla silnou atakou, ale kvůli okolnostem nemohla být hospitalizována. Následující příběhy ilustrují, jak dva z těchto lidí zvládli nemoc bez nutnosti hospitalizace.

Filip

Má diagnózu bipolární porucha a za sebou dva pokusy o sebevraždu. Nebere žádné léky ani nikdy nebyl hospitalizován. Své problémy řeší kočovným způsobem života.

„Mám diagnostikovanou maniodepresivitu, ale žádnou medikaci na to neberu, ani už dlouho nechodím k žádnému doktorovi. Dřív jsem chodil, ale potom jsem došel k závěru, že to nikam nevede, tak jsem tam chodit přestal. Pomohla mi v tom i skutečnost, že jsem se tehdy de facto odstěhoval z Českého Krumlova, kde jsem měl všechny svoje doktory. A k novým doktorům už jsem se nezapsal, protože se často stěhuji, a nikde stabilně nebydlím.“

„V prosinci 1995 jsem se poprvé pokusil o sebevraždu. Bezprostředně poté jsem byl několik dní v nemocnici, kde mě dávali dohromady. Pak mě chtěli umístit do léčebny, ale to jsem odmítl. Tak jsem pak chodil cca rok na terapii ambulantně. Ale potom přišel druhý atak - pokus o sebevraždu v prosinci 2002. To už jsem ale vůbec nešel k doktorovi. Věděl jsem, že tentokrát už bych to neukecal, že tentokrát už by mě do cvokárny zavřeli - a to jsem nechtěl. A proto jsem si půjčil u sestry na letenku, sbalil se, a odjel jsem na Nový Zéland. Vlastně jsem utekl z domu. Taková moje samoterapie. Dva roky jsem pak pracoval na Novém Zélandě jako gastarbeiter.“

Eliška

Schizofrenie se u ní projevila po narození dítěte. Péče o dítě komplikovala hospitalizaci, proto se o ni starala rodina v domácích podmínkách.

„Já jsem naštěstí byla doma a to bylo proto, že jsem měla čerstvě narozené malé dítě, a protože by se o něj neměl kdo postarat, maminka byla nutná, na začátku, a taky proto, že já jsem hned doktorovi řekla, že jestli mě pošle na hospitalizaci, tak to nepřežiju, protože pro mě byly děti to jediné, pro co mělo smysl to chtít zvládnout. De facto jsem pak byla hospitalizovaná doma. Nikam jsem nechodila, věděla jsem, že bych nenašla cestu domů. A tak jsem první asi rok a půl žila.“

„Moje maminka každý den ráno přišla, pomohla mi se vůbec vzbudit, protože jsem byla na práškách a nemohla jsem vůbec existovat, pohlídala mi zatím děti, zabavila starší dítě a postarala se o malinkou. Až jsem byla schopná, tak ji nechala nakrmit. Když jsem potřebovala s dětmi k doktorce nebo já k doktorovi, tak buď se mnou šel taťka a mamka pohlídala, anebo když jsem šla s dětmi, tak mamka šla se mnou - doprovázela mě všude. A vlastně takhle chodila každý den a vždycky mě jenom předala manželovi. Přes odpoledne a noc jsem byla jenom s manželem a s dětmi a pak zas nanovo každý den.“

Možná i díky této alternativní zkušenosti se Eliška pokoušela dlouho fungovat bez léků a zvládat hlasy a halucinace sama. Nakonec ale kvůli partnerovi začala léky opět brát, protože pro něj její stavy byly zatěžující.

Vidíme, že se lidé prožívající nějakou duševní nemoc obešli bez hospitalizace buď z nutnosti jako Eliška nebo díky lehčímu průběhu nemoci. Je možné, aby v budoucnu byla léčba duševních nemocí v domácím prostředí hlavním trendem? Náměstek pro léčebnou péči Psychiatrické Nemocnice Bohnice komentuje situaci takto: „Jedním z hlavních problémů u těžce duševně nemocných je, že péče vně nemocnice není dostatečně zabezpečená. Míra opory, kterou v současném systému je možné poskytnout pacientovi vně nemocnice, není taková, jakou jejich zdravotní stav vyžaduje, a proto je

nezbytné postarat se o část z nich v psychiatrických nemocnicích. V okamžiku, kdy se vybuduje síť center duševního zdraví, výjezdních týmů a další asertivní péče, část našich nemocných bude udržitelná venku.“ Pro spoustu lidí je ale hospitalizace únikem z prostředí, v kterém se necítí dobře, často utíkají do nemocnice před problémy ve vztahu, někdy vyostřené zrovna probíhající atakou, někdy ne. „To ale neznamená, že vypadneš někam kde i pro normálního člověka je to hrozné, že i on řekne, že je to tam příšerné, že je tam koncentrace toho problému, ze kterého on se chce dostat, že i on by řekl, že někdy si člověk potřebuje popovídat s někým kdo má stejný problém, ale to neznamená, že musí být s tisíci dalšími lidmi pod jednou střechou v místnosti kde chrápu a o ničem jiném to není,“ komentuje Johan Pfeiffer, zakladatel Fokusu a mezinárodně uznávaný odborník na deinstitutionalizaci.

Jak přežít hospitalizaci

Z celkového počtu 30 bylo hospitalizováno 25 respondentů. Lze předpokládat, že lidem, kteří opakovaně dobrovolně vyhledali hospitalizaci byla hospitalizace něčím prospěšná. Takových bylo z výzkumného vzorku 17. Tři z nich byli hospitalizováni střídavě dobrovolně a nedobrovolně. Celkový počet nedobrovolně hospitalizovaných pacientů je 8, což je skoro třetina dotazovaných.

Dobrovolná hospitalizace

Dobrovolná hospitalizace, tedy hospitalizace, o které rozhodne sám nemocný, by dle povahy velké části duševních onemocnění vlastně neměla být možná. Zejména psychotická a manická onemocnění se vyznačují absencí náhledu na nemoc. Jak říká ředitel Fokusu Pavel Novák, „Otázka náhledu na nemoc je Hlava 22. Ve chvíli, kdy je člověk nemocný, tak není schopen právě skrze tu nemoc nahlédnout na to, že je nemocen, a když je schopen nahlédnout na to, že je nemocen, tak je to důkaz toho, že je zdrav.“ Přitom celkem 11 lidí hospitalizovaných dobrovolně, z celkových 17 má diagnózu schizofrenie, schizoafektivní porucha nebo bipolární porucha, což jsou nemoci vyznačující se ne-náhledem. Vysvětlením může být, že hospitalizace, jakkoli dobrovolná, nevycházela z jejich rozhodnutí, ale z toho, že se dokázali dohodnout se svými blízkými, z jejichž rozhodnutí pak hospitalizace vycházela. Dalším důvodem může být neobvyklý náhled na nemoc díky předchozím znalostem. Například dva z respondentů byli zároveň povoláním psychologové a jedna měla započaté studium psychologie.

Dále se na náhledu samozřejmě podílí psychoedukace. K té bohužel dochází až po první hospitalizaci, většinou v rámci navazujících stacionářů. Výjimečně je pacientům nabízena psychoedukace i během léčby, například v Národním ústavu duševního zdraví, bývalém Psychiatrickém centru Praha. Důvodem, proč se tak neděje plošně může být názor některých odborníků, že s lidmi v akutní fázi onemocnění nelze terapeuticky pracovat. V Psychiatrické nemocnici Bohnice se pacienti v akutní fázi psychotického nebo manického onemocnění mohou účastnit pouze různých typů tvůrčích dílen a někdy individuální psychoterapie. Skupinová terapie nebo psychoedukace na většině oddělení není přítomná. Petr Koubíček, staniční ošetřovatel na oddělení 3, kde tento druh programu probíhá, tvrdí: „Tady je strukturovaný psychoterapeutický program a pacienti, kteří se sem dostanou do péče jsou tady nějak aktivně zapojení, nějak aktivizováni. Jenom někde nesedí na tom oddělení a nejedí léky, ale aktivně se podílejí na svojí léčbě. Vnímám, že v struktuře oddělení v léčbě je tento typ oddělení výjimečný. A samozřejmě na té léčbě mohou spolupracovat pacienti, kteří jsou k tomu nějak motivováni a jejich stav tomu odpovídá.“ Podobného názoru je primářka takzvaně neklidového oddělení pavilonu 27 Věra Strunzová: „Skupinové terapie nejdou. U nás jsou pacienti natolik nemocní, že na to opravdu nemají kapacitu. Psychologa tady bohužel nemáme.“

Navzdory tomu, že Psychiatrické centrum Praha, nyní NUDZ, vždy přijímalo na uzavřené oddělení pacienty se závažnými typy diagnóz, skupinová terapie a psychoedukace tam vždy probíhala. „Bylo nám vysvětleno, k čemu jsou léky, co znamená naše diagnóza, jak na sobě můžeme pracovat, probíhaly tréninky paměti, která nám vlivem

nemoci nebo léků tolik nesloužila," uvádí Nora, pacientka PCP v roce 2004. Od té doby nebyla hospitalizovaná. Psychoedukaci v PCP si pochvaluje i Břěťa, který ji absolvoval v roce 2005 nebo Adéla, která ji absolvovala v roce 2011. „Psychoedukace mi pomohla smířit se s tím, že musím brát Leponex a lépe zvládat nežádoucí účinky," tvrdí Adéla. Celkově pomáhá psychoedukace k většímu náhledu na nemoc a tedy vede v horším případě k dobrovolnosti hospitalizací, v lepším případě nastartuje člověka k tomu, aby na sobě pracoval a bral pravidelně léky a poznával varovné příznaky nemoci, což vede k předcházení dalším hospitalizacím.

Nedobrovolná hospitalizace a nedobrovolné léčebné zákroky

Nedobrovolná hospitalizace, jak už bylo zmíněno, je často nutností vycházející z ne-náhledu nemocných na svou nemoc. Zároveň je její aplikace obrovsky problematická, zvláště pak v demokratické zemi, jejíž hlavní hodnotou je svoboda. Z psychiatrie se díky nedobrovolným hospitalizacím stává v očích pacientů agresor, kterému je potřeba vzdorovat. „To je důvod, proč když procházíte psychiatrickou léčebnou, tak vidíte ledaskde na oknech mříže," tvrdí Pavel Novák. Pro pacienty a to nejen ty hospitalizované nedobrovolně je psychiatrická léčebna zvrácenější podobou vězení. „V Bohnicích je to horší než ve vězení, ještě navíc s prášky," stěžuje si Cyril, „ve vězení tě alespoň nechají střízlivého," dodává Nora. Problémem nejsou jen mříže, ale i omezovací prostředky. Síťová lůžka sice už dávno vymizela, ale zůstalo kurtování a na neklidovém oddělení břišní pás a izolační místnost.

Možná ještě horším problémem je „krocení" pacientů pomocí excesivní medikace. Mezi lidmi, kteří prošli hospitalizací, panuje přesvědčení, že lidem hospitalizovaným nedobrovolně je úmyslně indikována silnější medikace. Taková medikace pacientovi nepomáhá, ale ubližuje mu. Ačkoli pacient uzná nutnost hospitalizace, s tímto způsobem léčby nemůže souhlasit. „No, co se týká té instituce, těch nedobrovolných hospitalizací, tak si říkám, že to svým způsobem bylo nutné, protože já jsem neměl ten náhled, jenom ta razance těch léků a ten haloperidol byly prostě šílené, jak jsem pak z toho slintal a byl totálně v křeči neschopný nějak fungovat. To si myslím, že tu dávku asi úmyslně přehnali," popisuje Břěťa. Dalším problémem je, že pacienti s mánií často nemůžou spát, potřebují chodit po chodbě, prostě se nějak hýbat a být aktivní. To se většinou řeší injekční aplikací silného prášku na spaní, „tak silného, že se pacient nevzbudí ani, když se mu chce na záchod," dodává Nora. Když je pacient takzvaně neklidný během dne, je injekce také často řešením. „Dodnes nezapomenu na to, jak jsem běhala po chodbě a zpívala, načež mě odchytyly asi dvě nebo tři sestry a snažily se mi dát injekci. Jenomže já jsem je odkopla, takže jich přišlo asi šest, chytly mě každá za jednu končetinu a teprve tak se jim povedlo píchnout mi tu injekci, po které jsem upadla do bezvědomí a nevěděla o sobě," popisuje Adéla. Dle názoru MUDr. Strunzové by lépe působila již zrušená síťová lůžka, než neklidové injekce.

Dalším způsobem ovládnutí pacientů, konkrétně tedy v Psychiatrické léčebně Bohnice, je vyhrožování přemístěním na neklidový pavilon. František vzpomíná: „Když jsem byl na jedničce, tak mě tam jeden primář podal ruku na rozloučenou, já jsem mu také stiskl ruku a chtěl jsem tu ruku už stáhnout, ale on mě za ni pořád držel a tak jsem mu řekl: ‚Mohl byste mi tu ruku, pane primáři, už prosím pustit?‘ A on mě teda pustil, ale za deset minut přijeli sanitáři a odváželi mě na sedmadvacítku, za to, že jsem si dovolil panu primáři říct, že mě drží za ruku." Dle MUDr. Strunzové funguje neklidové oddělení jako „takový servis léčebně, že pokud se pacient na oddělení chová tak, že je to neúnosné, bezdůvodně se zhorší, tak je krátkodobě přeložený na pavilon 27 a pak se vrací zpátky na to oddělení." Otázkou je, zda z kontrastu se zkušenostmi pacientů nevyplývá, že je tento „servis léčebně," často zneužíván.

Jeden z aspektů nedobrovolné hospitalizace je prokazatelně násilné chování některých lidí s duševním onemocněním a zároveň stigma duševního onemocnění vedoucí ke strachu veřejnosti z těchto lidí. To samozřejmě umocňuje mediální prezentace těchto lidí zejména v souvislosti s vraždami. Tím se psychiatr dostává do postavení ochránce veřejného pořádku, které by mu jako lékaři nemělo příslušet. Tato pozice je tady dle Pavla Nováka historicky zakořeněna: „Některé psychiatrické léčebny vznikaly v místech, která původně sloužila jako izolace pro určité skupiny lidí, například leprosária, která se začala vyprazdňovat, protože lepra přestala být tématem. A v té době vzniká pojem ‚psychiatrie,‘ někdy

kolem roku 1840, a vzniká profese psychiatra v rámci těch psychiatrických léčeben. A tam byla nepsaná dohoda: vy tady dostanete nějaké pravomoci, abyste to tady udělali co nejlépe, ale zároveň nás před těmi lidmi chraňte. A tento mocenský prvek, který jiný lékařský obor nemá, v tom stále je.“

Navzdory problémům s nedobrovolnou hospitalizací je nutné přiznat, že její potřeba asi nikdy nevymizí. Hlavním důvodem je tedy ne-náhled na nemoc a zároveň potřeba rodičů a všeobecně blízkých lidí s duševním onemocněním nějak zasáhnout, když je jim zjevné jejich utrpení. Z toho vyplývá, že zatímco lidé s duševním onemocněním nechtějí o nedobrovolné hospitalizaci ani slyšet, jejich příbuzní apelují na její posílení. Samozřejmě, že hrozí zneužití v rodinách, kde panují špatné vztahy. Dle primářky příjmového oddělení Věry Strunzové, ale mají tento problém na příjmovém oddělení relativně ošetřený: „Já myslím, že to už rozpoznáme. Kdyby to bylo jinak, asi bych tu nemohla pracovat. To je šílená představa. Já si myslím, že psychiatr to určitě rozpozná, proto například mluví nejprve s tím pacientem: aby si udělal nezávazně svůj názor na jeho zdravotní stav. A potom, je-li tam ten příbuzný přítomen, si pozve toho příbuzného a chce informace. A toho pacienta vidí lékař na příjmu, a následně ho pak vidíme na oddělení. Nevylučuji, že příbuzní samozřejmě mohou mít nejrůznější pohnutky, ale zase to nechceme a priori považovat za podezřelé. Nicméně jsem si naprosto jistá, že to dokážeme odlišit, ale připouštím, že se i taková situace může stát a občas se to stává.“

Hlavním kritériem nedobrovolné hospitalizace je ohrožení života pacienta nebo jeho okolí. „Pacient musí splňovat určitá kritéria, aby mohl být přijat nedobrovolně. Musí být nebezpečný sobě i okolí,“ udává MUDr. Strunzová. Tato kritéria bohužel často vedou k bezradnosti příbuzných lidí s duševním onemocněním. „Toto si právní poradci tvůrců zákona nechtějí připustit a nadřazují právo osobní svobody, nad právo na příslušnou léčbu a to je také špatně! A nejhorší je, když nemocný nemá nikoho, kdo by za jeho léčení zodpovídal za něj, když to on nezvládá! Pacient, který má nemocnou nohu se o svá práva na léčení postará sám, ale ten „kterému nefunguje logické myšlení“, to není schopen pro sebe udělat. A to je začarovaný kruh! Při nedobrovolné hospitalizaci záleží na aktivním přístupu ošetřujícího lékaře, na ochotě přijmout informace od rodinných příslušníků, i když nemá souhlas s jejich informovaností ze strany nemocného. Tento souhlas nemocným není vydán pouze z obav, které vycházejí z nepochopení svého onemocnění. Až když se podaří pomocí léků změnit chápání nemocného, tak svůj původní nesouhlas s podáváním informací rodině odvolá,“ popisuje paní Kolínská.

Kateřina Málková

Péče psychiatrů a psychologů ze tří pohledů – očima odborníků, nemocných a jejich blízkých

V rámci projektu Informační aktivity v souvislosti s reformou psychiatrické péče v ČR podpořeného z Norských fondů vzniklo 60 anketních rozhovorů týkajících se současné psychiatrické péče v České republice a obecně problémů spojených s duševním onemocněním. Informace byly získány a zpracovány v období od června 2015 do června 2016. Část otázek se týkala zajištění ambulantní psychiatrické péče a spokojenosti či nespokojenosti s péčí a s přístupem psychiatrů a psychologů.

Zkušenosti odborníků

JAROLÍMEK

Psychiatrie má podle MUDr. Martina Jarolímka z pražského Psychoterapeutického sanatoria Ondřejov, v naší republice velmi nízký status. V očích veřejnosti je zatížena černým cejkem, stigmatem. Vnímá ji tak nejen laická veřejnost, ale i představitelé státu. „Důkazem stigmatizace psychiatrie je skutečnost, že na ni v porovnání s ostatními medicínskými disciplínami jde nejméně peněz z celkového zdravotnického budgetu. Stát vidí v psychiatrii divné, nechtěné dítě a dává mu jen minimální kapesné. K těžkému stínu stigmatizace se navíc přidává kastovníctví uvnitř našeho oboru,“ říká Martin

Jarolímek. Čeští psychiatři se podle něj dělí na tři kasty. „Vedle kasty psychiatrů pracujících v lůžkových zařízeních – velké psychiatrické léčebny, psychiatrické kliniky a psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic – je to kasta ambulantních psychiatrů a do třetice kasta psychiatrů pracujících v komunitní sféře. Čerstvý absolvent medicíny může sbírat zkušenosti u psychiatrického lůžka, v ambulanci nebo v terénu. Zakonzervovaný model psychiatrické péče rychle zlikviduje snahu většiny mladých lékařů pracovat nějak jinak nebo dělat pro pacienty něco navíc, ať začínají v léčebně, v ambulanci nebo v neziskovce. Rezignaci (pro většinu aktérů nakonec pohodlnou), si dotýčný psychiatr omlouvá tím, že nic jiného za daných okolností dělat nemůže,“ uvádí Martin Jarolínek.

HOLLÝ

Obdobný názor má i ředitel Psychiatrické nemocnice Bohnice a místopředseda Psychiatrické společnosti MUDr. Martin Hollý, MBA. Na otázku, zda v souvislosti s přípravou reformy psychiatrické péče vidí posun v postojích mladých lékařů, kteří dnes pracují v psychiatrických nemocnicích, odpověděl: „Pro mladé lékaře je to často problém. Sice mohou souznít s ideou reformy, ale každodenní praxe je výrazně ovlivňuje. Jako mladý lékař mohu být identifikován s tím, že by péče měla probíhat jinak, ale pak když chci sehnat při propuštění pacienta nějakou fungující komunitní službu a vidím, že nic není, tak mě to vede ke skepsi. Každodenní praxe mladé lékaře mnohdy převálcuje a jejich naděje na změnu přístupu má jenom nějaké trvání. Není to úplně tak, že by mladá generace nezatížená rigiditou a fragmentací stávajícího systému byla nositelkou nových trendů. Myslím, že mnozí mladí lékaři zavedeným poměrům velmi rychle podlehnou nebo jimi načichnou. Na druhou stranu a to jsem zažil několikrát, lékaři s dlouhou praxí, kteří se vyjadřovali velmi skepticky, když vidí nějakou naději, tak mění svůj postoj. Když vidí praktické věci, třeba že se začalo konstruktivně vyjednávat s pojišťovnami a že ministerstvo je podpůrné k reformnímu procesu, začínají mít na vývoj optimističtější pohled, což je velmi důležité, protože už většinou zastávají nějakou vedoucí pozici. Dokážou pak narušovat imprinting mladých lékařů, kteří v koloběhu běžné nemocniční práce velmi rychle přijmou, že systém je takový, jaký je a nemusí vidět šanci na změnu,“ říká Martin Hollý.

Na druhou stranu podle něj v Psychiatrické nemocnici Bohnice vznikla entuziastická parta lékařů, kteří se začali spontánně scházet s poskytovateli komunitních služeb. „Je to obdobné tomu, co jsem začal dělat na ředitelské úrovni ještě před tím, než byla reforma centrálně uchopena. Jsem rád, že to probíhá na úrovni praktické spolupráce zcela dobrovolně,“ uvádí Martin Hollý.

PFEIFFER

Mezinárodně uznávaný odborník na deinstitucionalizaci a reformu systémů psychiatrické péče MUDr. Jan Pfeiffer upozorňuje, že vztah mezi pomáhajícími a těmi, kteří pomoc potřebují, je u nás velmi hierarchizovaný. „Tam je někdo nahoře a říká ti, co máš dělat a kdo má tu pravdu a ten ti řekne, co s tebou je a ta pravidla té instituce jsou důležitější než ti, pro které byla určena. Říká se, ale vždyť se to tak vždycky dělalo. Třeba se řekne, že teď nemůžete jít na vycházku nebo že návštěvní hodiny jsou tehdy a tehdy. Tak tohle je typické a nemusí to být jenom v způsob chování v nějakém baráku, takhle se může chovat třeba i denní stacionář nebo dokonce tým nebo ambulantní psychiatr,“ říká Jan Pfeiffer.

JAROLÍMEK

„Lůžkový psychiatr se obvykle stará o 30 až 50 pacientů. V bílém plášti a se svazkem klíčů probíhá nezachytitelně oddělením, vyšetřuje nové pacienty a píše nudné zprávy o příznacích jejich onemocnění. Přitom si sní o tom, jak by to bylo krásné, kdyby každý pacient ležel na svém místě a nic nepožadoval. Jedním ze základních principů této práce je vyhýbat se kontaktům s rodinnými příslušníky či jinými blízkými osobami, protože kladou všetečné, mnohdy nezodpověditelné otázky,“ ilustruje chování mnohých psychiatrů v lůžkových zařízeních Martin Jarolímek. Obdobně si podle něj vede i průměrný primář lůžkového psychiatrického oddělení. Rozdíl je pouze v tom, že se svou suitou dvakrát týdně vykonává „vizitu“. „Tento vysoce profesionální úkon je zpravidla omezen na pár stručných otázek primáře a pár vyhybavých odpovědí pacienta. Pak se celá suita v čele s vrchní sestrou posune o pacienta dál,“ říká Martin Jarolímek.

Ambulantní psychiatr má podle něj v průměru třicet pacientů denně. Na jednoho pacienta má dvanáct minut jednou za měsíc. „Dvanáct minut v ambulanci psychiatra stačí tak na otázku ‘Ještě máte ty hlasy?’ nebo ‘Ještě po vás jde ruská mafie?’ Pokud pacient ‘zlobí,’ nelepší se, jak si psychiatr přeje, ba dokonce se jeho stav zhoršuje, je po ruce rychlé řešení – hospitalizace v lůžkovém psychiatrickém zařízení,“ tvrdí Martin Jarolímek. Průměrný ambulantní psychiatr (podobně jako lékař na psychiatrickém oddělení) podle něj věnuje pozornost pouze psychiatrickým symptomům, které se snaží zvládnout s pomocí léků, a nestará se o člověka, o jeho život. „Každého se zeptá na zdravotní potíže, předepíše léky a ve čtyři hodiny odpoledne odchází spokojeně domů s tím, že udělal všechno, co bylo v jeho silách,“ doktor Jarolímek.

Komunitní psychiatry podle něj považují ostatní psychiatři za snílky či idealisty. „Lůžkoví a ambulantní psychiatři jsou přesvědčeni, že tito odborníci nemají rádi psychofarmaka, a proto je pacientům valem vysazují a místo léků nabízejí vztahové psychoterapeutické techniky. U některých kolegů, kteří preferují psychoterapeutické, někdy až alternativní metody léčby, je to bezesporu pravda. Ale v současnosti už je daleko víc těch, kteří se snaží o komplexnější přístup,“ říká Martin Jarolímek. Komunitní psychiatři jsou podle něj nejvíce ohrožení syndromem vyhoření – nekrácejí svižně v 16.00 do svých domovů, nýbrž se hluboko po skončení pracovní doby se unaveně někam šourají.

PASTUCHA

Vedoucí lékař bohnického komunitního terénního centra MUDr. Miroslav Pastucha je k současné úrovni poskytování psychiatrické péče také značně kritický. „Nedostatečná je i komunitní péče. Ambulantní služby mimo nemocnice existují ve velmi omezené míře a nejsou tudíž schopny pojmout potřebný počet klientů. To mi ostatně potvrzují sami pacienti. Když se chtějí objednat, dostanou nejbližší termín minimálně za měsíc, a to přináší problémy. Souvisí to se systémovými financemi v psychiatrii, které jsou u nás mnohem nižší než v jiných státech Evropy,“ uvádí Miroslav Pastucha. Psychiatrům podle něj chybí další spolupracovníci. „Ambulantní lékař pracuje tak, že pomáhá lidem, kteří za ním přijdou do ordinace, jenže v psychiatrii je to mnohem komplikovanější. Když u duševně nemocného nastane nečekaný problém, sám ambulantní lékař ho obvykle nedokáže vyřešit ‘ze židle’. Pak přicházejí na řadu terénní pracovníci, což jsou sestry, psychologové, sociální pracovníci apod., ale ti tady právě chybí. A proto je podle mne péče o lidi, kteří trpí schizofrenií nebo bipolární poruchou určitě nedostatečná,“ říká doktor Pastucha. Závažným problémem je podle něj také to, že řada pacientů navštěvuje několik psychiatrů současně a jiní zase mohou z jakýchkoliv důvodů úplně lékařské kontroly vynechat, aniž to ambulantní lékař zaregistruje.

PĚČ

MUDr. Ondřej Pěč, ředitel pražské Psychoterapeutické a psychosomatické kliniky ESET, existenci nevyhovující situace v oblasti ambulantní a terénní psychiatrické péče potvrzuje. „Chtěli jsme podle zahraničního vzoru vytvořit podmínky pro lidi se závažnější psychickou diagnózou, aby měli dostupnou veškerou zdravotní péči, a zároveň mohli žít ve svém domácím prostředí. Tato možnost u nás zdaleka není samozřejmostí. Dnes jsou tito lidé de facto trestáni za svoji nemoc a odsouzeni k dlouhodobým pobytům na nemocničních odděleních. My si ale myslíme, že i těžší případy lze propustit do domácí péče za předpokladu, že jim bude poskytnuta průběžná a intenzivní péče. To však stávající síť psychiatrických ambulancí neumožňuje,“ konstatuje Ondřej Pěč.

Po propuštění z nemocnice záleží jen na samotném pacientovi, zda bude pravidelně docházet na kontroly. „Když pacient nedorazí nebo dokonce přestane chodit na léčbu, tak se nic neděje. Takovou situaci ale zásadně mění komunitní tým, jehož pracovníci sami kontaktují tyto lidi a navštěvují je v místě, kde bydlí,“ říká doktor Pěč. Pokud pacient odmítá spolupráci, musí podle něj komunitní tým zjistit, co se děje, jestli se zhoršil jeho psychický stav či přestal brát v důsledku nemoci léky apod. „U nás například máme psychiatra, který s týmem vyrazí přímo za pacientem do jeho bydliště. Pokud by ten pacient nechtěl ve zhoršeném stavu spolupracovat, tak je vždycky nějaká možnost akutní hospitalizace, ale jde o to, že se o té situaci ví a může se s ní nějak zacházet. Když ale takový člověk nepřijde měsíc, dva k ambulantnímu lékaři, tak nikdo nic neví a nic se taky neřeší,“ vysvětluje Ondřej Pěč.

Zkušenosti pacientů

ADÉLA

Vystřídala jsem víc doktorů. Po první atace jsem měla dětskou doktorku a pak jednu doktorku na PCP, ta byla docela dobrá. Přišlo mi, že si hodně všímala, když se mi trochu změnil stav. Další doktoři už mi tolik nevyhovovali. U doktorky, kterou jsem měla před poslední atakou mi trochu přišlo, že je to šarlatánka. A potom už to byl pan doktor z NUDZU a ten mi vyhovoval. Byl příjemný a myslím, že i dost kompetentní. Ale tam hrálo roli, že jsem hned po hospitalizaci nastoupila do stacionáře. Pravidelně jsem docházela do skupiny, kde jsem se dozvěděla něco víc o nemoci a setkávala se tam s lidmi, kteří měli podobnou zkušenost, a s kterými se občas stýkám doteď. To, myslím, bylo hodně dobré. V podstatě se mluvilo o problémech, o tom, jak nemoc vzniká, o hormonech, co dělají léky, aby člověk věděl, proč je vůbec bere, protože hodně pacientů se zalekne vedlejších účinků a přestane je brát. Takže je dobré, když jim někdo vysvětlí, co vlastně ty léky dělají.

ALEŠ

Můj současný doktor je velmi vstřícný, komunikujeme mailem a když cestuji domů, tak si najde na mě čas. Zpočátku jsem často měnil doktory, asi po půl roce a teď jsem u jednoho lékaře už dvanáct let. Je dost konzervativní. Vyhovuje mi, že je hodný, a že mi dává volnou ruku v medikaci. Vždy se dohodneme, co budu užívat. Ledacos mi napíše a je takový benevolentní. Na druhou stranu si myslím, že bych možná potřeboval někoho přísnějšího, vzhledem k tomu, že jsem vyzkoušel celou řadu léků a nic moc mi nedělalo dobře, nic moc mě nestabilizovalo. Asi to taky pramení z toho, že nedokážu udržovat řád. Ty léky jsem taky občas vynechával. Snažil jsem se vydržet tři měsíce bez jednoho léku, ale díky tomu, že jsem nemohl spát, jsem ho musel znovu nasadit.

Myslím si, že nejhorší známkou nedobrého psychiatra, je nenaslouchat. Myslím si, že k nenaslouchání patří chybějící trpělivost. Psychiatr by měl být trpělivý v každém případě.

CYRIL

Jak ses začal léčit?

K psychiatrovi jsem šel dobrovolně. Nevěděl jsem, co se se mnou děje, tak jsem mu řekl, že jsem sklíčený, a že nezvládám práci a pletou se mi myšlenky.

A máš zkušenost, že ti psychiatři poznali, když se zhoršil tvůj stav?

Já jsem jim to většinou sám řekl. Já s nimi spolupracuji dobře, takže jsem s tím neměl problém.

Takže je důležité, aby tys to sám poznal.

To většinou pozná každý, že je mu špatně.

No, to záleží, jak ti je špatně. Když máš mánii, tak ti špatně není.

Ale já jsem i v té mánii tvrdil, že je to také nemoc. To byly spíš takové typické paranoidní bludy.

Takové, že se daly asi i snadno poznat.

Já jsem si ale myslel, že je to pravda.

Takže jsi to těm doktorům nemohl říct.

Ale také tam byla podstatná věc, že jsem byl zaléčený a bral jsem antipsychotika, ale podle mého názoru jsem jich bral málo. Mohli mě víc utlumit a mohlo to být lepší. Chodil jsem do ambulance na Ondřejov.

A chodíš tam teď na nějaké aktivity?

Teď tam možná začnu chodit na skupinu, ale jinak tam chodím na individuální psychoterapii.

Takže takový základní balíček. A chodíš tam i k psychiatrovi?

Chodím tam i k psychiatrovi pro léky, ale ty problémy řeším spíš s psycholožkou.

FILIP

Zřejmě nejsem zase tak těžký případ. Toho jsem se právě bál, že mě zavřou někam, kde budou samí takoví lidé, a že dojde k efektu replikace. Že se to vlastně jenom umocní, obohaceno zkušenostmi a příkladem "kolegů" nacházejících se okolo mě. Herec a režisér Miroslav Macháček o tom pěkně píše, jak měl v blázinci pocit, že tam to na něj všechno doléhá ještě silněji, než venku, že se tam ten jeho negativní stav ještě prohluboval, že naopak musel ven - do normálního světa.

Paní psychiatryčka v Českém Krumlově - jednala nátlakově, karatelsky, nechtěla odstraňovat příčinu mých stavů, pouze "direktivně zamést" s následky. Bylo to takové to "Ty ty ty! Tohle nesmíš dělat, takhle se nesmíš chovat - a jestli se takhle chovat budeš, budeme Tě muset šoupnout do cvokárny, a tam už tě srovnají!" No prostě hrůza! Naprosto neempatický člověk. Žasnul jsem, a v duchu se sám sebe ptal, jak někdo takový může vůbec pracovat jako psychiatr!

S psychology mám naopak velmi pozitivní zkušenost. Dodnes moc rád vzpomínám třeba na pana psychologa Miloše Šebelu, kterého jsem potkal v lázních v Klimkovicích. To byl milý, příjemný člověk. Otevřený, ochotný se bavit o všem. Míval jsem s ním skupinová sezení, a on nás třeba učil se pomocí meditace a meditační hudby hluboce se uvolnit. Takové to: "Vdechuješ klid, vydechuješ napětí. Celé tvé tělo se postupně uvolňuje..." Při takovém fázovém uvolňování se vážně krásně zbavíš všeho stresu a napětí, co je v tobě. To se mi moc líbilo, rád na to vzpomínám.

FRANTIŠEK

Měl jsem jednu starší paní doktorku v ambulanci a ta byla taková odměřená, přísná, ale zase spravedlivá a ta mě vlastně dokázala držet od roku 2000 do roku 2008 na Zyprexe, na profylaktické, udržovací dávce. Jelikož jsem k ní měl respekt, tak jsem medikaci neporušoval, ale potom kvůli nějakým citovým vzplanutím jsem si léčbu vysadil a to nebylo dobře. Bylo to vlastně poprvé, kdy jsem systematicky vysadil svoje léky a špatně to dopadlo.

Potom jsem měl pana doktora, který mi říkal, že mám velice těžký životní osud, ale přesto, že to je jenom velmi těžký životní osud. A tak jsem léky bral do roku 2011, kdy u mě nejdříve propukla deprese z práce, nechuť k budování kapitalismu, a pak se deprese přehoupla v mánii, protože mi pan doktor předepsal antidepresiva. Takže jsem byl hospitalizovaný a bylo to dlouhé a náročné, protože ty problémy za tím byly hluboké, jak jsem měl odpor ke vší práci. Nechtěl jsem vůbec pracovat a usiloval jsem o invalidní důchod. V roce 2012 jsem si o něj požádal. A potom jsem se chtěl živit sám, nechtěl jsem chodit do práce. Chtěl jsem obchodovat na Forexové platformě, dělal jsem si k tomu nějaký software, ale neměl jsem kuráž obchodování realizovat, tak jsem toho nechal.

Potom jsem dostal novou doktorku, která nastoupila po panu doktorovi. Byla to velice ambiciózní, kurážná žena, která měla vehementní stisk ruky. A ta začala rozhodovat o mně beze mě. Například jsem se dozvěděl od jednoho doktora, že mu paní doktorka vzkazuje, aby mě nechal okamžitě hospitalizovat. Normálně jsme se bavili a on říkal: „Vy nevypadáte, jako že potřebujete hospitalizovat. A já jsem říkal: „Já také nevím, jak to paní doktorka myslela.“ A on říkal: „No, tak to tak necháme a já jí to vzkážu. To je v pořádku.“

Potom jsme měli s paní doktorkou takovou dohodu, že přestanu řídit auto a podepsal jsem papír, že klíče odevzdávám svému tátovi, a že do té doby, než paní doktorka řekne, tak to necháme být. Ale ona se ujala akce a oznámila mě na dopravní inspektorát, kde mi odebrali řidičský průkaz. Takže to byl nejdřív pokus mě hospitalizovat, pak zbavení řidičského průkazu, a potom ještě něco třetího, ale už si nepamatuji, co mi provedla. A já jsem byl potom zoufalý a chodil jsem pro radu třeba na PCP. A tam mi všichni říkali: „Tak se obraťte na lékařskou komoru.“ Tak jsem to udělal, a pak jsem se tam ještě zastavoval v ordinaci a sestra mi řekla: „Paní doktorka litala jako čarodějnice na koštěti, když se to dozvěděla.“ A já jsem říkal: „A co jsem měl dělat, když mi prováděla takové věci?“ A ta sestra říkala, že to chápe, ale že paní doktorka je neřízená střela.

GHAZALKA

Psycholožka, která na Karláku dělala psychoterapie, mi přišla dobrá. Chvilku jsem si myslela, že to zvládnou bez psychoterapie, ale tohle je naštěstí jedna z rozumných psycholožek, nehrabe se v minulosti, ale řeší současné problémy. Zaměřuje se i na výživu, řešíme jak fungovat s jídlem. Snažím se s ní řešit své postoje a naučit se fungovat v normálním vztahu. Přestat se bát a uzavírat.

Psychiatra беру tak, že dobře, užívám léky, ale největší část práce musím zvládnout sama a na psychoterapiích. Psychiatr na to kouká víc s medicínského pohledu.

Nelíbí se mi nadřazenost psychiatrů a to, že vyžadují, abych je poslouchala. Jejich viditelný nezáměr, arogance a rozlišování mezi diagnózami a pacienty. Ne že by všichni byli špatní, ale třeba na stacionáři byl hrozný psychiatr. A mám s nimi i negativní zkušenosti z práce – pracuji jako zdravotní sestra. Chodí k nám psychiatricka, která má dva univerzální výrazy a to je všechno. Buď lhostejnost nebo nadřazenost. Kdyby ke mně takový psychiatr přišel, tak mu neřeknu ani popel.

Zkušenosti blízkých

VRŠOVSKÁ

Tomáš měl psychologa ve Fokusu asi dva a půl roku, to bylo zdarma. Když jeho psycholog odešel, chtěl si najít nějakého, který mu bude podobně vyhovovat. Byla jsem ochotná mu na terapie přispívat. Ale placený psycholog mu nevyhovoval, tak nakonec skončil v sanatoriu Ondřejov, kde má opět bezplatné psychoterapie. Je to myslím hodně důležité, aby měli lidé s duševní nemocí přístup k terapiím. Na Tomášovi totiž vidím jistý pokrok.

POLÁKOVÁ

Dcera si sama ambulantního lékaře změnila, předchozí paní doktorka ji prý moc nutila do léků, současný lékař se snaží (na nátlak dcery) dávky postupně snižovat, i když v důsledku toho nakonec opakovaně přišla ataka a hospitalizace. Ale stejně to vidíme pozitivně, díky tomuto lékaři dcera absolvovala poprvé po několika letech stacionář a občas chodí i malovat do arteklubu.

CHVALSKÁ

S ambulantními psychiatry nemáme moc zkušeností, obecně se tvrdí, že mají na pacienta sedm minut, v té době kromě předepsání prášků žádný valný kontakt vzniknout nemůže. A v častých případech, kdy pacient nemá náhled a k lékaři jít nechce a nikdo ho nepřinutí, roste řada neléčených. Opravdu oceňuji paní doktorku Petiškovou, která je erudovaná, obětavá a akční, terapeuta pana Michala Bártu, který dokáže navázat přátelský a komunikační vztah, pana doktora Pěkného, vstřícného, vlídného, který umí uklidnit rodinné příslušníky a vyvést je z bludného kruhu sebeobviňování a nasměrovat je k přijatelnějšímu řešení situace

KOLÍNSKÁ

Syn se v péči lékařů PC Eset cítí dobře, i když již má třetího lékaře. Sociální pracovník za ním pravidelně dochází s nabídkou pomoci do domácnosti, takže jsme nyní maximálně spokojeni. Ceníme si právě přístupu lékařů a možnosti konzultace s nimi, kdykoliv cítíme, že by mohlo být něco v nepořádku. To u každého lékaře bohužel neplatí.

FISCHEROVÁ

Kája se dostal do takového útlumu, že mi volal jednou z parku okolo Café na půl cesty, že vůbec neví, kde je. Vlastně tam, kde to znal, kde se normálně pohyboval, kde byl i pracovně, a najednou mi volal, že je v nějakém parku, ale že vůbec neví a já jsem ho trpělivým povídáním dostala až k tomu, že si uvědomil, kde je a dovedla jsem ho k metru. A podruhé mi volal pod vlivem léků, co dostával, že ho nějaká paní vyvedla ze samoobsluhy, že tam byl naprosto zmatený, a že právě zase vůbec neví, kde je. A tak jsem ho zase dovedla až někam, že si to uvědomil, kde je a dovedla jsem ho do metra a on přijel domů. A pak jednou jsme spolu seděli v obýváku a nějak jsme svačili a měli jsme párek a on uprostřed kousnutí do párku usnul. Což u Káji, který když jí, tak jí, bylo prostě šílené. Takže jsem se už naštvála a říkala jsem mu, že s ním pojedou k doktorovi, protože k němu nemám důvěru, protože místo, aby ho nějak hlídal, tak mu jenom zvyšoval dávky a Kája byl v čím dál větším útlumu. No a tak jsem mu to řekla, a že už k němu nemám důvěru, a že nevím, ale že to nechám na synovi. Ale i on k němu ztratil důvěru, takže pak přešel pod nějakou paní doktorku, která pak šla na mateřskou a teď chodí Kája k panu doktorovi, u kterého jsem také jednou byla, abych ho poznala a udělal na mě moc dobrý dojem. I Kája k němu má důvěru a myslím si, že teď je to pravé ořechové.

Kateřina Málková

Duševní onemocnění na vlastní kůži

V každodenním životě většiny lidí s duševním onemocněním se projevuje množství problémů a obtíží, o kterých veřejnost nemá dostatek informací. Pracovníci spolku Dobré místo se formou anonymního internetového dotazníku zeptali přibližně tisíce lidí s vážným duševním onemocněním na to, s čím se potýkají a jakou pomoc jim poskytuje okolí.

Dotazníkové šetření realizoval spolek Dobré místo s podporou Norských fondů v rámci projektu Informační aktivity k reformě psychiatrické péče. „Vrátilo se nám 130 platných odpovědí. Ptali jsme se také na kvalitu psychiatrické péče, na podporu seberealizace lidí s duševním onemocněním a navazování partnerských vztahů,“ říká manažerka projektu Kateřina Málková s tím, že formou internetového dotazníku mohli být osloveni pouze ti lidé s psychiatrickou zkušeností, jejichž e-mailové adresy měli členové spolku Dobré místo k dispozici. Lze předpokládat, že se jedná o lidi komunikující se svým okolím a že na dotazník odpověděli ti aktivnější z nich, respektive ti, kteří byli aktuálně v lepším zdravotním stavu.

Kvalita psychiatrické péče, spokojenost s odborníky

Z odpovědí na první okruh otázek, které se týkaly kvality psychiatrické péče, vyplynulo, že nadpoloviční většina je s kvalitou péče spokojena. „Vycházeli jsme z odpovědí 125 lidí se zkušeností s duševním onemocněním. Většina z nich hodnotila psychiatrickou péči kladně. Šedesát procent respondentů se vyjádřilo, že jim lékaři vycházeli vstříc při hledání optimální medikace. O něco méně z nich (58 %) uvedlo, že jim v léčbě pomohli,“ uvádí Kateřina Málková. Na druhou stranu to znamená, že 40 % respondentů nebylo spokojeno se způsobem hledání optimální medikace a 42 % má pocit, že jim léky nepomohly.

Pro většinu respondentů nebyl pobyt v psychiatrické léčebně negativní zkušeností. Stále je zde však vysoké procento respondentů kteří uvádějí, že byl pro ně pobyt v psychiatrické léčebně negativní zkušeností byl (44 %). „Pravděpodobně to souvisí s tím, že personál nerespektoval jejich důstojnost (35,2 %). Také jim vadilo, že na ně měl psychiatr málo času (42 %) a že museli dlouho setrvat v čekárně (29 %),“ říká Kateřina Málková. Jeden ze základních problémů, které nemocní řešili, byl nedostatek informací. Vstřícný přístup ošetřujícího lékaře a dostatek informací o léčbě postrádalo 26% respondentů. Kam se mají při odchodu s psychiatrické nemocnice obrátit nevědělo 22 % lidí s duševním onemocněním.

Relativně malé množství dotazovaných uvádělo, že jim psychiatr nevyšel vstříc a nezohlednil jejich požadavky (18 %). Z celkového počtu 125 respondentů jen třináct uvedlo, že se obtížně dostávají za svým psychiatrem a pouze 6 % respondentů bylo lékařem odmítnuto. Přitom psychiatrickou ambulanci navštěvuje nebo navštěvovalo 88,1 % respondentů a v psychiatrické nemocnici se někdy léčilo 69 % ze 126 lidí, kteří odpověděli na otázku, jakých organizací či zařízení v životě využili. Méně než polovina dotázaných (40,5 %) byla někdy hospitalizována na psychiatrickém oddělení všeobecné nemocnice.

Službu komunitního centra nebo denního stacionáře využila necelá polovina dotazovaných (45,2 %). O něco méně (40,5 %) zavítalo do neziskových organizací. Telefonické krizové linky, internetové poradny nebo služeb krizového centra využilo při potížích 27,8 % dotazovaných.

Na otázku „Jaké odborné pomoci jste v životě využili?“ odpovědělo 124 respondentů. Všichni uvádějí, že využili pomoci psychiatra/psychiatričky. Dalším, velmi často navštěvovaným odborníkem, kterého vyhledalo 78,2% dotazovaných, byl psycholog nebo psycholožka. Skoro polovina účastníků dotazníkového šetření (43,5%) se obrátila se svými problémy na sociálního pracovníka nebo pracovníci. Nemálo využívaná je také pomoc arteterapeuta nebo arteterapeutky. Využilo ji 32,3% dotázaných. Služby case managera využilo jen 8,9 % dotazovaných.

„Respondenti měli seřadit podle důležitosti tyto vlastnosti odborníků: autoritativní, empatický, důvěřivý, dochvilný, pečlivý, upřímný, otevřený a vzdělaný. Na prvním místě nejčastěji uváděli „empatický“. Na dalších místech „upřímný“, „otevřený“ a „vzdělaný.“ Na posledních místech skončily pečlivost, dochvilnost a autorita.“ Z uvedeného je zřejmé, že pacienti hledají u odborníků hlavně lidský a přátelský přístup,“ konstatuje Kateřina Málková.

Bydlení a soužití s blízkými

K otázce bydlení se vyjádřilo 120 respondentů. Na začátku onemocnění bydleli buď ve vlastním bytě (59,2 %) nebo u příbuzných (40,8 %). Někteří (7,5 %) si později vyzkoušeli pobyt v chráněných bytech a 10 % dotazovaných využilo bydlení u známých. Pokud by chtěli udělat v oblasti bydlení změnu, 25 % by volilo vlastní byt, 7,5 % bydlení u příbuzných nebo známých, kteří by je v průběhu jejich onemocnění podporovali a pouze 4,2 % dotázaných by volilo chráněné bydlení.

„Nicméně se změnou bydlení může být problém. Téměř třetina respondentů by neměla na přestěhování dostatek peněz a 6,7 % respondentů uvedlo, že v chráněném bydlení pro ně nebylo v minulosti místo,“ říká Kateřina Málková.

Na otázku soužití s blízkými a přáteli po propuknutí onemocnění odpovídalo 123 respondentů. O více než polovinu (56,1 %) dotazovaných se rodina po propuknutí onemocnění postarala a pomohla jim překonat nejhorší období a nadále je podporovala. Stejně procento respondentů však uvádí, že jejich blízcí nechápali, co se s nimi děje a nevěděli, jak jim mají pomoci. Navíc si někteří rodinní příslušníci myslí, že se pacient po propuštění z psychiatrické nemocnice bude chovat stejně jako dříve (40,7 %).

Podle odpovědí respondentů se péče příbuzných o lidi s duševním onemocněním různí. Někteří rodiče jsou příliš protektivní a nedávají jim dostatek vlastního prostoru (21,1 %), jiní se zase ani nesnaží jim porozumět a podporovat je (28,5%). Kvůli propuknutí onemocnění někdy dochází k vyhrocení vztahů mezi členy rodiny, což vede k zhoršení zdravotního stavu nemocného. Tento pocit má 29,3 % dotazovaných. Pouze 16,3 % respondentů odpovědělo, že při těchto problémech může pomoci intervence odborníků. „Ale ne všichni blízcí mají při soužití s lidmi s duševním onemocněním problémy. Podle našeho výzkumu byly v třetině případů (33,3%) vztahy vyrovnané a rodina nemocného respektovala a podporovala,“ uvádí Kateřina Málková..

Zaměstnání a finanční situace

Důležitou oblastí týkající se kvality života lidí s duševním onemocněním je otázka jejich zaměstnávání. Téměř 60 % ze 130 respondentů našeho dotazníku uvedlo, že po propuknutí onemocnění přestalo zvládat svou dosavadní práci a byli nuceni ze zaměstnání odejít. Propuštěno z práce krátce po ukončení své léčby v psychiatrické léčebně bylo 18 % dotázaných. Zhruba každému třetímu dotazovanému chybělo u kolegů a vedení pochopení a vstřícnost, které by mu pomohly zvládat jeho změněné pracovní schopnosti. Celkem 32 respondentů uvedlo, že bylo nuceno kvůli nedůvěře a špatným pracovním vztahům zaměstnání po dohodě ukončit.

Nabídku zaměstnání, které by zohledňovala jejich pracovní potřeby a omezené možnosti, nenašlo plných 44 % respondentů. Stejnému počtu chyběl dostatek informací o možnostech chráněného zaměstnání určeného přímo pro lidi s duševním onemocněním. S nedostatkem chráněných míst ve svém okolí se setkalo 41 % respondentů. Plných 29 % dotázaných uvedlo, že po zjištění jejich duševního onemocnění při hledání práce se k nim potenciální zaměstnavatel začal chovat rezervovaně a odmítavě a 16 % respondentů si stěžuje na kladení příliš osobních otázek při vstupním pohovoru.

K finanční situaci a hospodaření s penězi v době trvání onemocnění se vyjádřilo 115 respondentů. Více než polovina z nich (58,3%) neměla s hospodařením s penězi problém. Někteří z účastníků dotazníkového šetření však využili pomoci odborníků (7,8 %), aby se naučili se zvládat hospodaření s penězi a 20 % respondentů využilo pomoci svých blízkých. U 6,1 % byl za tuto činnost odpovědný opatrovník. „Něméně část lidí s duševním onemocněním (8,7 %) uvádí, že jim pomoc v této oblasti příliš nevyhovovala,“ říká Kateřina Málková.

Více než třetina (35,7%) měla se svojí finanční situací problém, protože jejich celkový měsíční příjem jim nevystačil ani na bydlení, stravování a základní potřeby. Někteří dotazovaní (5,2 %) uvádějí, že jejich invalidní důchod nepřesáhl 3 500 Kč za měsíc. Nedostatek financí na zajištění základních životních potřeb zřejmě nemělo pouze 18,3 % respondentů jejichž měsíční příjem byl vyšší než 15 000 Kč.

Volný čas, navázání a udržení vztahu

Na otázky týkající se podpůrných aktivit pro seberealizaci lidí s duševním onemocněním odpovědělo 118 dotazovaných. Pouze 33,1% z nich uvedlo, že v jejich okolí byla dostatečná nabídka terapeutických nebo volnočasových aktivit. „Chybí i dostatek svépomocných skupin pro lidi se zkušeností s duševním onemocněním. Téměř polovina dotazovaných (42,4 %) by totiž přivítala možnost sdílet své zkušenosti s ostatními takto nemocnými lidmi,“ uvádí Kateřina Málková.

Zhruba třetina dotazovaných (33,9%) postrádá pomoc odborníka, který by se jim dlouhodobě věnoval a pomohl jim najít vyhovující terapeutické nebo volnočasové aktivity. Současně 24,6% respondentů uvedlo, že využití pomoci odborníka pro ně bylo nedostupné nebo příliš komplikované. Více než polovina respondentů (50,8 %) se vyjádřila, že jim navštěvování aktivit pomohlo zlepšit jejich zdravotní stav a jen 12,7 % uvedlo, že aktivity, které navštěvovali, byly špatně vedené nebo organizované. Pro některé z dotazovaných (31,4 %) však nebylo využívání služeb relevantní, protože se na navštěvování aktivit buď necítili, nebo o ně neměli zájem,“ říká Kateřina Málková.

K problematice navazování a udržení partnerského vztahu se vyjádřilo 114 lidí s duševním onemocněním. Polovina z nich uvádí, že i přes jejich specifické potřeby a nároky vztah fungoval a to díky chápavému a tolerantnímu postoji partnera. Druhá polovina respondentů měla v partnerském vztahu potíže. Někteří z nich (31,6 %) ani partnera neměli. Ti druzí ho ztratili, protože se jejich chování změnilo natolik, že se s tím partner nebyl schopen vyrovnat (29,8 %) anebo proto, že byl pobyt v léčebně dlouhodobý či opakovaný (10,5%). Dalším důvodem k ukončení partnerského vztahu byla změna vnímání. „Dost lidí se vyjádřilo (20,2%), že kvůli své osobní zkušenosti s onemocněním začali svůj partnerský vztah vnímat kritičtěji a negativněji a rozhodli se ho ukončit,“ uvádí Kateřina Málková.

Respondenti také uváděli, že jim chybí odborná pomoc při řešení konfliktních situací (22,8 %), případně pomoc s navázáním a udržením vztahu (25,4 %). Dále postrádají dostatek příležitostí k seznámení a navázání vztahu (26,3 %) a také se při seznamování setkávají s neinformovaností a s předsudky ohledně své nemoci (35,1 %). „Ale ani setrvání ve vztahu

nemusí být výhrou, zvláště pokud je udržován z obavy, že nemocný partner nebo partnerka nenalezne pomoc a péči jinde. Takto se podle výzkumu zachovalo 21,9 % dotazovaných,“ říká Kateřina Málková.

-ga-

Pracovní uplatnění lidí s duševním onemocněním

Rozhovor s předsedou spolu Dobré místo Mgr. Josefem Gabrielem pro web lidovky.cz

Téměř 60 procent lidí s duševním onemocněním přestalo po propuknutí nemoci zvládat práci a museli ze zaměstnání odejít. Jde o alarmující výsledek?

Ano, je to alarmující výsledek. Většina nemocných se po rekonvalescenci může vrátit k původnímu zaměstnání, ale u lidí s vážným duševním onemocněním to často není možné. I když se snaží obstát, nakonec o práci přijdou. Děje se to mladým lidem, kteří jsou na začátku pracovní kariéry nebo ještě na škole. Pro většinu z nich je propuknutí nemoci přelomem v životě, od toho okamžiku je všechno jinak. Lze to srovnat s úrazem, po kterém zůstane člověk na vozíku.

Pokud ano, o čem to svědčí a co z toho plyne?

Úraz duše není vidět a bariéry, s nimiž se musí nemocný potýkat, nebere okolí na vědomí. Je to cosi neznámého, z čeho má zdravý člověk strach. Se závažnou duševní nemocí si lidé nevědí rady. Zavírají před ní oči (blázní patří do blázince), bagatelizují její důsledky (má přece zdravé ruce a nohy, tak proč by nemohl makat), bojí se projevu nemoci (kdo ví, co se mu honí v hlavě), nevědí, jak s takovým člověkem mluvit. V horším případě duševně nemocného člověka diskriminují, ponižují, posmívají se mu, šikanují ho. To všechno se daleko silněji projevuje nebo může projevat v pracovním kolektivu při každodenním kontaktu.

Chybí osvěta, která by dlouhodobě uváděla na pravou míru pohledy veřejnosti zkreslené neznalostí a strachem. Chybí modernější systém péče o lidi s duševním onemocněním, který by předcházel jejich stigmatizaci a diskriminaci. Vážně duševně nemocní lidé jsou na tom dnes tak, jako byli vozíčkáři před rokem 1989, buď žijí obklopeni bariérami doma nebo jsou zavřeni v ústavu.

Lidé, kteří prošli vážným duševním onemocněním, jsou většinou zranitelnější, méně odolní, méně výkonní, labilnější, unavenější. Opakované relapsy zaviněné také nízkou kvalitou psychiatrické péče a opakované pobyty v psychiatrických léčebnách je vytrhávají z normálního života a prohlubují jejich zdravotní i sociální problémy.

Zhruba každému třetímu chyběla u kolegů a vedení vstřícnost, která by jim pomohla zvládat práci dál. Ukazuje to na to, že český pracovní trh není připraven zaměstnávat lidi s duševní nemocí?

Český pracovní trh kopíruje přístup celé společnosti k lidem s duševním onemocněním. Zaměstnavatelé i zaměstnanci sdílejí v podstatě stejné předsudky a strachy. Návrat do předchozího zaměstnání je pro člověka, o kterém se ví, „že se zbláznil,“ z řady důvodů těžký. Mnohdy na náročnou práci v komerční firmě už skutečně nestačí, k horšímu zdravotnímu stavu se přidávají vedlejší účinky léků. Navíc pracovní prostředí, ve kterém dříve fungoval, mohlo vytvářet stres a tak přispívalo k propuknutí nemoci. Často je rozumné, aby se tam už nevracel. Při návratu se na něj kolegové dívají přes prsty a každou maličkost si vysvětlují jako projev nemoci. Pokud není po nějakou záminkou propuštěn, často raději odejde sám. Rád by začal znovu a s čistým štítem, ale to také není snadné. Jestliže u přijímacího pohovoru tak či onak vyjde najevo, že trpí duševním onemocněním, dostane pravidelně přednost jiný „bezproblémový“ uchazeč.

Jaké nemoci byly nejčastěji důvodem pro opuštění práce?

Většinou se jedná o vážné duševní onemocnění z okruhu psychóz, například o schizofrenii. Méně závažné psychické potíže má spousta lidí, ty ke ztrátě zaměstnání většinou nevedou a také společnost je daleko lépe toleruje.

Které nemoci jsou "zvladatelné" v pracovním režimu, a které už nikoli?

Asi bychom neměli mluvit o diagnózách, ale o jednotlivých lidech. Člověk zaškatulkovaný jako schizofrenik může za příznivých okolností dlouhodobě pracovat úplně bez problému, zatímco „pouhý neurotik“ se ve stresujícím prostředí druhý den zhroutl. Záleží tedy na charakteru práce. Také záleží na tom, do jaké hloubky onemocnění člověka zasáhlo, jak moc ovlivnilo například jeho kognitivní funkce, jaké pomoci a podpory se mu dostalo. Naprostá většina lidí s psychotickým onemocněním nejen že může pracovat, ale potřebuje pracovat. Odpovídající práce přispívá k udržení dobrého zdravotního

stavu. Mnoho také záleží na tom, o jakém pracovním režimu mluvíme. Při vhodném pracovním režimu je zvladatelné téměř každé onemocnění. Samozřejmě v akutní fázi, pokud by propukla další ataka nemoci, je namísto léčba, nikoliv výkon práce.

- **Jak by měl pacient postupovat? Měl by o své nemoci říci nadřízenému?**

To je velký problém. Každý a zvláště mladý člověk chce být přijímán bez stigma duševně nemocného. Nechce mít v papírech ani v lékařských zprávách slovo schizofrenik, nechce aby se na něj pohlíželo jako na blázna. Lze asi doporučit, aby se ucházel o místo, které je přiměřené jeho zdravotnímu stavu a schopnostem, které ho nebude zatěžovat nad rozumnou míru a nemusí přitom hned roztrubovat, že měl v minulost nějaké zdravotní potíže. Záleží ovšem také na dalších okolnostech. V některých situacích může být dobré říct všechno na rovinu. Ale komplikuje to i fakt, že mnozí lidé, které lékaři označují jako duševně nemocné, sami sebe tak nevnímají.

- **Existují nějaké statistiky, kolik lidí tak v Česku činí?**

Myslím, že nikdo v Česku nezná ani počet lidí, kteří mají vážné duševní onemocnění, ani počet těch, kteří se pokoušejí uplatnit na pracovním trhu nebo skutečně pracují.

- **Jak by měl pracovní kolektiv reagovat v momentě, kdy se dozví, že některý z kolegů trpí duševní poruchou?**

Měli by se chovat normálně. Každý máme své problémy a snažíme se s nimi vypořádat. Jestliže se naše problémy projeví i v práci, jsme rádi, když nás ostatní podrží.

- **Kolik lidí odpovídalo v anonymním dotazníku?**

Dotazník jsme rozeslali přibližně na 1000 adres, vrátilo se nám 130 odpovědí.

Šárka Kabátová

Recovery – cesty k životu

V pondělí 25. dubna 2016 se v prostorách spolku Dobré místo v areálu Psychiatrické nemocnice Bohnice uskutečnil seminář na téma recovery. Seminář byly součástí projektu Informační aktivity v souvislosti s reformou psychiatrické péče v ČR podpořeného z Norských fondů. Přinášíme stručný výtah z jednotlivých příspěvků a diskuse.

Michal Kašpar

Je možná recovery bez komunity? Je možné se nějakým způsobem uzdravit, aniž by člověk byl obklopený nějakým prostředím, které je mu důvěrně známé?

Josef Gabriel

Recovery má být oficiálně novým trendem v přístupu k pacientů v Psychiatrické nemocnici Bohnice. Znamenalo by to, že uzdrava je možná nejen v komunitě, ale i v prostředí velké instituce. Mám pocit, že to je trochu problém.

Alena Petříková

Jednu pozvánku na tenhle seminář jsem poslala kamarádovi, kterého znám z Fokusu ze stacionáře a on mi tam psal, že pro něj to recovery znamená něco hodně specifického, konkrétně u něj nějakou cestu bez veškerých léků a takové fakt zdraví v tom smyslu, že s psychiatrií už nemá nic společného. Trošku si postěžoval, že z původního hnutí pacientů v Americe, kteří nebyli spokojeni s nastavením psychiatrie, se stalo něco úplně jiného a že původní zakladatelé toho hnutí se k tomu už nechtějí hlásit, protože už to má hodně jiný obsah.

Jana Stárková

Myslím si, že snaha nemocnice to nějakým způsobem uchopit a snažit se to začlenit a využít té zkušenosti psychiatrických pacientů k tomu, aby ji sdíleli s ostatními a vlastně sami si hledali tu cestu k uzdravení a směřovali na ni i ostatní, je dobrá, i když u každého to může být trošku něco jiného. Takže myslím, že je dobře se o to snažit i ve velkých zařízeních.

Michal Kašpar

Myslím si, že ta podstata recovery je skutečně na každém člověku zvlášť a je skutečně hodně propojená s tím životem v komunitě a je skutečně původně hlásána lidmi se zkušeností s duševním onemocněním v USA a jinde a skutečně všechny ty věci můžou do sebe nějakým způsobem zapadnout. A pokud jde o velkou instituci, kterou je třeba bohnická nemocnice, tak já si myslím, že všechno, co můžete udělat pro zotavování se lidí a dá se říct, že do určité míry se to i děje, myslím prášky a terapie a nějaká bazální sociální práce, tak to všechno tady nějakým způsobem existuje. Jde spíš o to nějakým způsobem poskytovanou péči přestrukturovat tak, aby to člověku umožnilo vejít rychle do té komunity a tam se uzdravovat.

Recovery je nějaké vnímání sama sebe, že nejsem právě jenom tou diagnózou, které se můžu leknout. Můžu zpanikařit a můžu se pohroužit sám do sebe, můžu se litovat a můžu se děsit toho, co pro společnost znamenám, protože současně s tou diagnózou okamžitě naskakuje stigma z té diagnózy. Recovery musí nejdřív překonat tuhle hromadu překážek. Když se rozhodnu něco se sebou dělat a mít nějakou životní cestu ke své úzdavě nebo zotavení nebo, a to říkám nejraději, uzdravování, tak musím nejdřív překonat tuhle hromadu překážek, abych na tom mohl začít pracovat.

Léky tam mohou být a nemusí být, to je úplně jedno. Důležité je to směřování. Směřování za něčím a zároveň smířování se s tím, co mi ta nemoc přinesla za ty překážky. Jedny překážky jsou, jak jsem je už ukázal, vnější, ve chvíli vyřknutí diagnózy a druhé překážky jsou vlastně vnitřní, způsobené nemocí. Jde o skutečné překážky vyvolané tím, že se nemoc u člověka projeví a bojem s těmito překážkami a zároveň uvědomování si toho, kde už jsou hranice toho, co můžu a co nemůžu. Tam někde se rýsuje recovery.

Jana Stárková

Pokud chce člověk dosáhnout úzdravy vždycky ve svém životě má nějakou vztahovou síť. A že to vůbec nezáleží na tom, jestli bere léky nebo ne, ale že vnímá, proč je bere a spolupracuje s doktorem. Léky mu nejsou jen dávány, naopak to musí být jeho rozhodnutí. To znamená, že ten člověk začne být pánem svého života a je v tom spokojený. Nechci klást podmínky, že člověk je uzdravený, když nemá léky, protože myslím, že někomu léky vyhovují a je mu s nimi dobře.

Miroslav Pastucha

Já taky souhlasím s tím, že recovery je trošku vágní pojem. Podíval bych se ještě na jednu perspektivu, kterou já vnímám jako lékaře a která podle mě platí nejen na medicínu a nejen na psychiatrii, ale na společnost celkově. Společnost se nějak vyvíjí a tady se vybuďoval systém založený na vědecko technologické revoluci a různých přístrojích, lécích a metodách léčení, které jsou velmi úspěšné a v mnoha případech dokážou člověka vyléčit velice rychle, například antibiotika a podobně. Ale zůstává tam strašná spousta lidí u kterých to tak není a spousta nemocí a to jsou vlastně ty chronické nemoci, na které neznáme tu léčbu. A v tom vědecko technologickém světě s tím mají lidi často obrovské problémy, že nevědí, jak dál a buď se potácejí od doktora k doktorovi a zkouší donekonečna cokoli, i když je jasné, že nic z toho fungovat nebude, nebo se dostávají až na pokraj společnosti. Pro mě recovery je vlastně i o tom, tedy jak léčit lidi, kteří jsou nevléčitelní jednoduchým medicínským způsobem a v tom je dobré ten pojem toho uzdravení se, že vlastně nejde o to, že se teď vyléčím během měsíce, ale že se chci uzdravit, že se chci vlastně nějakým způsobem s tím svým pozmeněným životním stavem poprat a nevzdávat to a nespoléhat jenom na medicínu.

Michal Kašpar

Ano, je to přesně tak, že vlastně ten přístup, který mění nějak to vnímání, je založený na tom, že i odborníci, kteří přijmou tu ideologii recovery, že se přikloní k tomu poslouchat, co ten pacient skutečně chce. Co prostě pro něj má v životě smysl, co by chtěl dělat a tímto způsobem se mu přibližovat a je to velká věc i z hlediska té sociální stránky. My jsme měli možnost se setkat s norskými partnery v rámci nějakého projektu a jedna ta dáma říkala, že byl provedený pokus, který spočíval v tom, že dali několika lidem prostě jenom víc peněz, že jim dali nějakou větší sumu peněz, na kterou nebyli zvyklí a ti lidé se léčili z duševních chorob a všem se zlepšil zdravotní stav díky tomu, že si mohli víc dovolit něco dělat. Jeden člověk si koupil běžeckou kombinézu, ve které se nestyděl běhat po parku, na rozdíl od starých tepláků, které měl předtím a zlepšil se mu zdravotní stav. Jiná starší paní pozvala vnoučata do zoo a pak z toho nějakou dobu žila, že si prostě mohla dovolit pozvat vnoučata do zoo a jít s nimi ještě na zmrzlinu. Tohle je věc, kterou my možná vnímáme a možná nevnímáme, ale vlastně to nějak svědčí o tom, čím se může člověk uzdravovat. Samozřejmě nejlepší věci, jak říkali moji známí, jsou zadarmo a je to skvělé, když je možné navštěvovat nějaký klub nebo nějakou společnou aktivitu a třeba i se zdravými lidmi a za kterou se příliš mnoho nezaplátí a tohle je asi moje představa o tom, co by mohlo pomoci lidem se nějak najít. Je to i můj příběh, řekl bych, že díky nemoci a té krizi jsem se nějak našel a pak jsem mohl začít fungovat jako normální člověk a takhle jsem to nazýval pro sebe, než jsem slyšel ten pojem recovery. Jako normální člověk. To znamená plnohodnotný a to znamená s nějakým nábojem a s nějakou vizí, s nějakou radostí, s nějakým účelem.

Alena Petříková

Můj příběh by byl na vyprávění příliš dlouhý, takže bych zmínila jenom nějaké milníky na své cestě. Asi tedy vynechám úplně to, co se dělo v mém dětství a dospívání, protože to mi teď úplně tak důležité nepřijde. Takový první milník bylo moje setkání s Oshovými dynamickými meditacemi. Jen bych možná řekla ještě krátce, že jsem odmalíčka měla pocit, že jsem nějaká jiná a divná a že prostě nepatřím do těch kolektivů, kterými jsem procházela a tak a pak tedy následovalo nějaké jakoby duchovní hledání. Pořád jsem hledala odpovědi ve své hlavě. Hodně jsem četla a teď jsem se snažila z toho vyvodit důsledky, což tedy moc nefungovalo. Když jsem měla takovou větší depresi, tak jsem dostala pozvánku a vyrazila jsem na týden s těmi Oshovými meditacemi a to mi pomohlo. Stručně řečeno to spočívá v tom, že se člověk jakoby vědomě zblázní. Každá mediace většinou trvá hodinu a dělá se to ráno na nějakou hudbu, speciálně pro to vytvořenou a spočívá to v tom, že člověk skáče a řve a intenzivně dýchá. Dělá se to kvůli jakési katarzi, kdy člověk opravdu ze sebe vykřičí a vyskáče a prostě pustí ven všechny ty svoje tenze, co si nashromáždil. A tohle když člověk dělá týden tak intenzivně, jako jsem to tehdy dělala já, zvlášť když jsem byla předtím v depresi, tak se dostane do euforie a když jsme pak jeli s kamarádkou zpátky, tak jsme si připadaly až jako by zfetované a pořád jsme se všemu smály a bylo to úplně úžasné. Pak ten stav ještě nějakou dobu trval a měla jsem najednou takový pocit, že já jsem v pořádku a ten svět kolem mě je v pořádku a ty lidi kolem jsem viděla takové, jací jsou. Předtím jsem na lidi pořád koukala, víc jsem je kritizovala nebo se mi na nich stále něco nelíbilo nebo jsem pořád sledovala, jak oni se na mě koukají a hodně to bylo i o tom, že jsem si myslela, že mě soudí, že jsem prostě nebyla schopná být v té realitě s těmi lidmi. A teď jsem měla pocit, že se mi to daří a že najednou je to všechno úplně jiné a i jsem měla pocit, že ty lidi jsou stejní jako já a že jsou bezva.

Michal Kašpar

To je zvláštní změna, když předtím spíš lidem nedůvěřuješ nebo si o nich myslíš něco horšího a najednou prostě jsi mezi nimi na ulici a všude a jsou ti vlastně nějakým způsobem příjemní.

Alena Petříková

Ano, já jsem to měla tak, že jsem prvotně soudila sama sebe, takže tohle vlastně taky zmizelo akorát, že jak jsem předtím pořád jela v tom naučeném chování, tak se mi hlava postupně vrátila do toho, co znala, takže zase se to začalo vracet do těch nepříjemných stavů, ve kterých jsem byla předtím. Ale pro mě to bylo úžasné i tím, že jsem se dostala do těla i jakoby fyzicky, takže pro mě to bylo bezvadné, ale nikomu bych to s klidným svědomím nedoporučila, zvlášť pokud má psychiku

labilnější. Protože já jsem pak pociťovala dalo by se říct skoro abstinenční příznaky, znovu jsem se pak chtěla dostat do toho stavu, protože vlastně v tom normálním životě jsem si to neuměla zařídit, abych si tohle nějak jako obnovovala, takže mě to přijde podobné, že to je skoro jako závislost na jakékoli droze. A vlastně jsem pak zjistila, že tohle úplně ta cesta není, že mi to ty problémy, které jsem měla, tak že mi to v podstatě nevyřešilo. Akorát za přínos považuji to, že jsem si zažila ten stav bez těch soudů a teď prostě žiji a je to fajn a já jsem ok a ty lidi jsou ok. To jsem věděla, že to je můj cílový stav, akorát nevím, jak se k tomu dostat. Pak tedy se mi vrátily deprese, nerozuměla jsem si s lidmi, nevěděla jsem, co chci v tom životě, vztahy mi nefungovaly žádné a takže nakonec jsem se dostala před 12 lety vlastně do této nemocnice. Bylo to po pokusu o sebevraždu, kdy jsem snědla prášky a ještě možná bych měla říct, že o té sebevraždě jsem uvažovala od těch 20 let a vlastně ten život jaký jsem žila, tak mi připadal tak hrozný, že neustále vlastně se mi opakovalo, že chvilku to bylo o něco lepší, ale v podstatě jsem na tu sebevraždu myslela skoro pořád, jenom jsem nevěděla, jak to provést technicky, abych si jako jenom neublížila, abych třeba neskončila na vozíku, což mi přišlo ještě horší.

Pak tedy jsem snědla nějaké prášky a dostala jsem se do Bohnic a tady se mi moc líbilo. Našla jsem si tu okamžitě kamarádky, chodila jsem na aktivity, vyhovoval mi ten podporovaný čas a přitom to nebylo jako v práci, sedět tam těch 8 hodin, takže to mi fakt vyhovovalo. Takže pak mě pustili a já jsem se pak třeba za měsíc vrátila, protože venku to bylo zase hrozné jako předtím a asi po čtvrté hospitalizaci mi paní doktorka řekla, ať už neblbnu a ať se sem nevracím, že to pro mě není dobré, že se tady už moc usalášuji a že bych měla ty věci řešit venku. Tehdy jsem poprvé dostala tu diagnózu hraniční porucha osobnosti, což mi přijde, že to je takové výstižné, a tak jsem si k tomu sehnala nějakou literaturu a pomohlo mi to, že jsem si pak už nepřipadala, že jsem nějaká divná nebo sobecká, že se starám jenom o sebe a že nemám rodinu. Bylo to pro mě najednou příjemné, když jsem zjistila, že je to tedy porucha osobnosti a není to nemoc, ale v podstatě je to pojmenování nějaké jakoby nemoci, za kterou člověk v podstatě nemůže a která tedy způsobuje, že se cítí, tak jak se cítí. Takže tohle mi vlastně pomohlo.

Michal Kašpar

Mě zaujalo ve tvém příběhu, když jsme si o tom o víkendu povídali, jak si říkala, že máš takovou speciální diagnózu, že si vlastně vystudovala vysokou školu, která byla pro tebe poměrně asi náročná z hlediska toho, jak si se cítila duševně, nicméně se ti to podařilo a že od té doby máš nějakou diagnózu. Jak si to říkala ?

Alena Petříková

Já říkám, že mám celoživotní diagnózu, že jsem „matfyzkačka“. Souvisí s tím nějaký způsob myšlení, který člověka v životě trochu omezuje. Já prostě mám velmi rozvinuté abstraktní myšlení, takže ve všem hledám nějaké systémy a i když se pak dostanu jakoby na zem, tak stejně vytvářím z nějaké i jednoduché záležitosti systém. A prostě si říkám, že když už mám mít nějakou diagnózu, tak jsem si řekla, že budu mít tuhle a že si myslím, že se s tím dá žít a i ty lidi okolo jsou tolerantní.

Michal Kašpar

Během debaty se můžete Aleny ptát na různé věci, třeba jak vnímá svou chorobu a jak s tím souvisí recovery. Myslím, že o tom můžeš ještě mluvit hodně zajímavě. Takže tě poprosím, jestli by sis vybrala teď jedno téma a o něm ještě pohovořila a pak dáme slovo Janě Stárkové.

Alena Petříková

Já tady mám jeden bod a to důležitost psychoterapie právě u diagnózy hraniční porucha. S tím mám hodně zkušeností a teď v poslední době si i myslím, že se mi to podařilo zvládnout, že vlastně ty rady jsem měla i podle různých příruček. Takže, kdyby byl zájem, tak si o tom můžeme popovídat. A ještě jeden bod, o kterém jsme tady mluvili už na začátku, mi připadá hodně důležitý, a to jsou léky. Já vlastně teď dobírám do ztracena jeden lék a mám to tak, že si myslím, že ty léky v tuhle

chvíli nepotřebuji a že ty věci dokážu řešit jiným způsobem. Myslím, že to je na každém, ale co mi přijde hodně důležité je aby to nebylo tak, že ten lékař mi lék předepíše a to se stává tady při té hospitalizaci často, že se mě nikdo neptá a já kolikrát ani nevím, co беру a nebo mi to pak oznámí, ale nikdo o tom se mnou nediskutuje. Zažila jsem výjimku tady na pavilonu 30, kdy jsem řekla tomu lékaři, že mám pocit, že ten lék na mě nezabírá a pan doktor řekl, že to není problém. Ale musím říct, že to fakt byla spíš výjimka a přijde mi hodně důležité, aby mi lékař všechno vysvětlil a aby mi dal prostě vyčerpávající informace z toho svého odborného hlediska a případně aby mi řekl, jaké jsou třeba alternativy a co se třeba může stát, když ty léky budu brát nebo když je nebudu brát, ale aby to nebylo tak, jak jsem se s tím už kolikrát setkala už i u jiných lidí, že prostě ten lékař řekl, že když ty léky brát nebudu, tak určitě skončím zase v té nemocnici a cítila jsem prostě fakt takový velký nátlak. Tak tohle není úplně z mého pohledu dobře, protože si myslím, že je to můj život a se mnou ty léky něco dělají a buď mě jejich vedlejší účinky obtěžují, nebo ne a já bych se měla rozhodnout, co mě obtěžuje víc, ale měla bych si to v podstatě rozhodnout já a ne někdo druhý.

Michal Kašpar

Je to pravda a já s tímto úhlem pohledu také souhlasím a myslím si, že skutečně bychom měli vědět, co nám lékaři předepisují a co máme chuť z toho brát vzhledem k tomu, jak to na nás působí, jaké jsou dopady a tak dále.

Alena Petříková

Já bych řekla ještě jednu věc, která mi přijde důležitá a to vychází z mé zkušenosti a taky mě k tomu přivedla jedna pacientka a ona řekla jednu kouzelnou věc i pro mě, že vlastně tahle nemocnice slouží k setkávání lidí a že to je její největší přínos a já z mé zkušenosti bych to mohla jenom podepsat a můj osobní pohled je, že v souvislosti s těmi léky, že mě nemůže nikdo vyléčit, maximálně mě může provázet na té cestě vlastně k tomu uzdravení a poskytovat mi nějaké informace, ale mě z venku nemůže nikdo vyléčit. Takže když já jsem tady byla jako pacientka a doufám, že už nebudu, tak vlastně si myslím, že mě tady nikdo nevyлéčil a že mi určitě v něčem pomohly i ty léky, protože myslím, že v něčem taky pomáhají, ale co pro mě bylo a je doteď důležité, že jsem se tady fakt potkala se spoustou lidí, kteří zrovna asi nějakými čarami osudu, tady byli ve stejnou dobu a myslím si, že fakt je to hodně o tom setkávání lidí, které bych venku třeba nepotkala.

Luboš Hora

Bohnice prosazují psychiatrickou rehabilitaci

Strategie Psychiatrické nemocnice Bohnice (v poslední verzi z 15. května 2014) vychází z konceptu recovery – úzdravy. „Léčba zaměřená na uzdravu je hlavním principem poskytování zdravotní péče závažně duševně nemocným (SMI – seriously mentoly ill) ve vyspělých zemích s vysokou kvalitou péče poskytované duševně nemocným,“ stojí v tomto dokumentu. Na koncept recovery a jeho uplatnění (nejen) v Psychiatrické nemocnici Bohnice jsme se zeptali náměstka pro léčebnou péči MUDr. Marka Páva.

Navazuje Strategie Psychiatrické nemocnice Bohnice na Strategii reformy psychiatrické péče přijatou ministerstvem zdravotnictví?

Strategie reformy psychiatrické péče říká, že základním cílem je zlepšení kvality života. S tímto cílem jsme v plném souladu. Všechno se to dělá kvůli tomu, aby se lidem s duševním onemocněním líp žilo. K tomu, aby lidi žili co nejkvalitnější život, jednoznačně směřuje i koncept recovery, který chceme uplatňovat v naší nemocnici. Jde o dobře vědecky ověřený a i v technických detailech propracovaný koncept, který klade důraz na přizpůsobování služeb klientovi. Zvýrazňuje prvky volby, rovnoprávnosti a vlastně šije služby více na míru klientům.

Co vlastně znamená koncept recovery?

Léčba zaměřená na uzdravu je chápána jako proces budování smysluplného a uspokojivého života. Tento koncept mění tradiční přesvědčení o průběhu psychiatrických onemocnění a jejich léčby a opouští přežití dělení na „léčbu“ a „rehabilitaci“.

Může mít tato změna přístupu význam pro celkovou reformu psychiatrické péče? Co přinese psychiatrickým pacientům?

Koncept recovery je v souladu s reformními plány a může být inspirací pro systémové řešení změny v poskytování psychiatrické péče. Každý člověk trpící duševním onemocněním má zdroje, které je možné mobilizovat a na ty je třeba se zaměřit v zájmu dosažení co nejvyššího stupně nezávislosti, s tím, že daný člověk je nejvíc kompetentním expertem ve svém procesu uzdravy. Každý z nás chce řídit svůj život, chce rozhodovat o všech podstatných věcech, každý nemocný je občan a má právo volby. Jenom tam, kde jeho kompetence rozhodovat je podstatně snížena, jako u některých nemocných, u kterých je upravena způsobilost k právním úkonům, tam je nutná vyšší míra asistence při rozhodování. Při tvorbě terapeutického plánu musíme s pacientem dosáhnout shody na tom, co se bude dělat a společně stanovit cíle, které jsou pro daného člověka smysluplné. Cílem nemůže být dlouhodobý pobyt na doléčovacím oddělení.

Čím se koncept uzdravy (recovery) liší od současné podoby péče o psychiatrické pacienty?

V současné době nemáme jasnou metodiku zaměřenou na cíle nemocného, která by měřila postup pacienta v léčbě. To je to poměrně problematické v komunikaci se zdravotními pojišťovkami, které se logicky ptají, jaké byly cíle léčby, jaké prostředky byly k dosažení těchto cílů použity a zda těchto cílů bylo dosaženo. Výhody recovery přístupu se ozřejmí při edukaci k užívání léků. Apelování na pacienty, „jezte léky, je to dobré pro vaše zdraví,“ nebývá příliš účinné. Mnohem lepší je vést s pacientem dialog o tom, co si přeje. „Chcete pracovat? A nebylo by nakonec lepší nebýt tak obtěžován těmi hlasy, když něco děláte? Mám pro vás řešení, schválně vyzkoušejte, jestli se vám s léky nebude pracovat líp.“ Léčení je chápáno jako prostředek k lepšímu životu a lepšímu fungování a ne jako cíl. Cílem není zbavit člověka příznaků, ale umožnit mu co nejaktivnější život. Představa, že bychom měli lidi nejdříve léčit, zbavit je příznaků, stabilizovat a až potom rehabilitovat, je stejně nesmyslná, jako kdybychom tělesně postiženému, například vozíčkáři řekli „nejdřív se alespoň trochu uzdravte, než vás začnu rehabilitovat, protože jinak to nemá cenu.“ Je trochu nesmyslné oddělovat léčbu a rehabilitaci, je potřeba si říct, jako u kterékoliv jiné léčby, čeho vlastně chceme dosáhnout.

Povede uplatňování konceptu recovery a psychiatrické rehabilitace ke snižování počtu hospitalizací, respektive lůžek?

I strategie reformy počítá s tím, že potřeba lůžek v psychiatrických nemocnicích se bude postupně snižovat a těžiště péče se bude přesouvat do komunity. Poskytování služby v přirozeném prostředí ovšem předpokládá, že klient nějaké přirozené prostředí má. Což třeba v případě dlouhodobě hospitalizovaných pacientů v psychiatrických nemocnicích tak není. Druhá věc je, že někteří nemocní vyžadují vyšší míru kontroly, a tady nemluví jen o ochranných léčbách, a také ti budou potřebovat lůžkovou péči. Počet lůžek, která budou přechodným zastavením pro část nemocných, nemůžeme úplně odhadnout, ale i v zemích jako je Velká Británie lůžková rehabilitace existuje.

Příspěje zavedení psychiatrické rehabilitace k deinstitutionalizaci péče?

Jeden z autorů konceptu recovery profesor Robert Paul Liberman se v mládí setkal s ideologicky podloženou deinstitutionalizací ve Spojených státech, kdy nebyl systém schopen zajistit dostatek podpory mimo tato zařízení.

Zjistil, že lidé propuštění z psychiatrických zařízení venku selhávají a vyvinul systém kognitivně-behaviorální terapie, který připravoval dlouhodobě hospitalizované na propuštění. Součástí tohoto systému jsou nácvikové moduly, které pacienti učí, jak samostatně užívat léky, jak pracovat s příznaky nemoci, když se vracejí, jak se socializovat, že je špatné hned na prvním rande říct mám schizofrenii už dvacet let, jak poznat dobré lidi a získat kamarády, jak pracovat s návykovými látkami. Larry Davidson z Yale university napsal krásnou knihu v které demonstruje, jak uplatnění principů na úzdravu orientovaného přístupu vede ke změnám v celém systému poskytované psychiatrické péče.

Počítáte tedy se zahájením procesu deinstitutionalizace?

Jedním z hlavních problémů u těžce duševně nemocných je, že péče vně nemocnice není dostatečně zabezpečená. Míra opory, kterou v současném systému je možné poskytnout pacientovi vně nemocnice, není taková, jakou jejich zdravotní stav vyžaduje, a proto je nezbytné postarat se o část z nich v psychiatrických nemocnicích. V okamžiku, kdy se vybuduje síť center duševního zdraví, výjezdních týmů a další asertivní péče, část našich nemocných bude udržitelná venku, s relativně vysokou nebo střední mírou podpory a nám zbudou nemocní na kratší pobyty, na překlenovací pobyty a část těch, o kterých jsem hovořil. Taková je moje představa, jak by systém mohl fungovat, ale jak to bude fungovat proporcčně, to je záležitost celé reformy.

Co se podle vás v průběhu reformy nesmí stát?

Nesmí se stát, že bychom se přestali ptát, jestli to, jak věci děláme, je dobře. Nesmí se stát, že bychom se přestali ptát našich nemocných, co oni chtějí, že bychom se přestali ptát ostatních občanů nebo společnosti, co od nás chtějí, a nesmíme přestat hledat nějaké rozumné řešení v každém jednotlivém případě. Myslím si, že naše společnost má zdroje na to, aby se zabezpečili péči o duševně nemocné daleko lépe, než v současné době. Nemocní nejsou spokojeni s tím, že jsou na mnoholůžkových ložnicích dlouhodobě hospitalizováni v psychiatrických nemocnicích, nejsou spokojeni s tím, že po ukončení hospitalizace mají u ambulantního psychiatranávštěvu jednou měsíčně. Je zde nedostatečná nabídka chráněného bydlení, podporovaných zaměstnání, zájmových aktivit zaměřených na pomoc lidem s duševním onemocněním, především v regionech. To si myslím, že je špatné a měli bychom se ptát, proč takové služby nejsou, a proč to nemůže fungovat jinak. Nám zdravotníkům se v tom špatně pracuje, nemůžeme dělat smysluplnou práci, kterou vidíme například ve skandinávských zemích. Každý z nás chce pracovat ve fungujícím systému a získávat uspokojení ze své práce. Pokud by se reforma anulovala, byli bychom všichni nespokojeni, jak naši pacienti, jejich rodiny, i my, kteří se o ně staráme.

Je možné rozvíjet komunitní péči z psychiatrických nemocnic?

Myslím, že diskuse, která se o tom vede, je poněkud lichá. Jde hlavně o přístup k lidem s duševním onemocněním a řešení jejich problémů, který rozhoduje. Principy komunitní péče lze uplatnit i zevnitř nemocnic, i když jsou napsány knihy o institucionální kultuře, které popisují navyký přístup personálu k péči v institucích. Je v nich ovšem kritizována ne samotná budova, ne samotné dveře, ale přístup té ruky, která ty dveře zavírá, která neumožní návštěvu, která nezvedne telefon a nezavolá rodinnému příslušníkovi. Takže je to také otázka nevhodného expertního přístupu k nemocným zakořeněná ve výchově lékařů, sester a psychologů. „Já vidím, co je nemoc, je potřeba ji zaléčit, ještě nejste zdravý a musíte zde zůstat.“ Tento lékařský nebo zdravotnický přístup lze změnit v přístup „co byste potřeboval, co chcete dělat za rok, jak vám s tím mohu pomoci, jak vám s tím mohou pomoci léky.“ Je to změna paradigmatu, která je mnohem důležitějším obsahem reformy než jestli se někde investuje pár miliard korun bez toho, aby byla zajištěna udržitelnost.

Jak se na této změně paradigmatu může podílet koncept recovery?

Důležité je vycházet v přístupu k lidem trpícím vážným duševním onemocněním z hodnocení jejich silných stránek a oblastí, které je možné posilovat a dále na nich stavět, spíše než z hodnocení patologie nebo deficitu spojeného s nemocí. Vychází se z předpokladu, že každý nemocný má vnitřní i sociální zdroje, které je možné mobilizovat. Na ty je třeba se zaměřit v zájmu dosažení co nejvyššího stupně nezávislosti. Je nutné respektovat, že každý člověk léčící se s duševním onemocněním je nejvíce kompetentním expertem ve svém procesu uzdravy. Nezbytností je nabídnutí individualizovaného plánu terapeutických kroků a intervencí, na jehož sestavení a průběžném přehodnocování se aktivně podílí. Přehodnocování tohoto plánu by mělo odrážet aktuální motivovanost daného člověka a jeho aktuální, na reálných zkušenostech podloženou funkčnost. Integrální součástí podpory procesu uzdravy je adekvátní znalost lokální komunity nemocného, jejího potenciálu i slabých stránek. Bariéry, které mohou nemocného brzdit v procesu uzdravy či jej blokovat by měly být identifikovány a aktivně odstraňovány, například vnější stigma, vnitřní traumata nebo komorbidní zneužívání návykových látek.

Může tento přístup přispět k destigmatizaci lidí s duševním onemocněním?

Samozřejmě, je to je věc, která přesahuje do společnosti, která souvisí také se stigmatizací. Je dobré si připomínat, že každý z nás je v určitém ohledu duševně nemocný, minimálně to, že trpíme neorganickou nespavostí nebo třeba sezónně podmíněným propadem nálady, každý má nějakou povahu, z něčeho strach... Neexistuje jasná hranice mezi zdravým a nemocným člověkem, ale pouze mezi tím, jestli lidé více nebo méně zvládají svůj život, jestli ten život je kvalitní a jestli je s ním daný člověk spokojen a to je úkol pro každého. Protože je to obecně lidský úděl, tak myslím, že není jasný rozdíl mezi tzv. duševně nemocným a duševně zdravým člověkem. To je také argument pro to, proč bychom měli žít pohromadě, v jedné komunitě a ti silnější by měli pomáhat těm slabším.

Jak by to mělo prakticky vypadat?

Mám na mysli dobrovolnictví, svépomocné spolky, to, co se nazývá občanská společnost. V tomto směru může reforma společnosti mnoho přinést – otevírat otázky a nabízet způsoby řešení obecně lidských věcí, což je třeba určitý dluh, který nám tu zůstal po socialismu. Došlo k určitému rozbití vazeb, na základě kterých se lidé sdružují, na základě kterých si přirozeně pomáhají a nepotřebují k tomu pomoc instituce, ať už se jmenuje psychiatrická nemocnice nebo centrum duševního zdraví. Protože soused zná nejlépe svého souseda, syn svou matku, atd. Vidíme to třeba v reformě péče o děti. Je velice špatné, když dítě žije v ústavu, mělo by žít v rodině, i když není jeho vlastní. Platí to také pro staré lidi. Je lepší starat se o ně tam, kde celý život žili a poskytovat jim donáškovou službu, pečovatelskou službu, než je zavírat do domova důchodců, někde, kde to neznají. Tyto principy prostupují celou společností a nevím, proč bychom u psychiatrické péče měli dělat nějakou výjimku.

Takže bychom se měli starat o lidi v přirozených komunitách...

Tady bych vás opravil, ne se o ty lidi starat, ale nechat lidi, ať se o sebe co nejvíc starají sami, podle toho, jak můžou a s uplatněním těch zdrojů, které si vyberou. To znamená, ať jim pomáhají kamarádi, rodina, sousedi, ať chodí do nejrůznějších kroužků, chráněných zaměstnání, svépomocných skupin. Pak bude role odborníků v oblasti duševního zdraví více partnerská. Měla by to být role zkušenějšího průvodce, který pomoc nabízí, ale nevnucuje, pomáhá danému člověku najít místo v životě, zorientovat se ve složité situaci propuknutí nemoci, nastavuje mu zrcadlo, reálné limity, pomáhá mu stanovovat reálné, dosažitelné cíle, tak aby člověk získal nemocí ztracenou sebedůvěru a došel tam, kam dojít chce, může a potřebuje.

Josef Gabriel

Dobré místo, o.s.
projekt CZ.11/MGS/004

dobre-misto.cz
dobre.misto.lml@gmail.com

19. pavilon PNB
Ústavní 91/7
181 00 Praha - Bohnice