

**UNIVERZITA PARDUBICE**

**FAKULTA FILOZOFICKÁ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2019**

**ANEŽKA MATYÁŠOVÁ**

Univerzita Pardubice

Fakulta filozofická

Diagnostikování a léčba psychických nemocí: percepce normativity

Anežka Matyášová

Bakalářská práce

2019

Univerzita Pardubice  
Fakulta filozofická  
Akademický rok: 2017/2018

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Anežka Matyášová**  
Osobní číslo: **H16070**  
Studijní program: **B6703 Sociologie**  
Studijní obor: **Sociální antropologie**  
Název tématu: **Diagnostikování a léčba psychických nemocí: percepce normativity**  
Zadávací katedra: **Katedra sociální a kulturní antropologie**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Studentka se bude zabývat percepcí normy a abnormality v západní medicíně. Z tohoto úhlu pohledu zmapuje současnou diskuzi o diagnostikování psychických nemocí. V rámci terénního výzkumu se zaměří na rozhovory s odborníky i s "pacienty". Práce bude mít obecnou teoretickou část o situaci západní medicíny skrze optiku medicínské antropologie, poté praktickou se zaměřením na schizofrenii a její způsoby diagnostikování a léčby.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

Kolářová, K. 2013. Jinakost, postižení, kritika aneb Společenské konstrukce nezpůsobilosti a hendikepu. Antologie textů z oboru disability studies. Praha: Slon.

Komárek, S. 2015. Tělo, duše a jejich spasení aneb kapitoly o moci, nemoci a psychosomatice. Praha: Academia.

Kubátová, H. 2006. Metodologie sociologie. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, FF.

Kuře, J., M. Petrů a kol. 2015. Filosofie medicíny v českých zemích. Praha: Triton.

Ogburn, C. 2016. War on Autism: on the Cultural Logic of Normative Violence. Michigan: The University of Michigan Press.

Orel, M. a kol. 2016. Psychopatologie: Nauka o nemocech duše. Praha: Grada.

Probstová V., O. Pěč 2014. Psychiatrie pro sociální pracovníky. Praha: Portál.

Šmídová O., B. Tollarová, K. Čada a kol. 2017. Po stopách moci v nemoci.

O morálce, moci a komunikaci v českém zdravotnictví. Praha: Slon.

Vedoucí bakalářské práce:

**PhDr. Hana Synková, Ph.D.**

Katedra sociální a kulturní antropologie

Datum zadání bakalářské práce: **31. března 2018**

Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2019**



prof. PhDr. Karel Rýdl, CSc.  
děkan



L.S.



PhDr. Adam Horálek, Ph.D.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 30. listopadu 2018

## **PROHLÁŠENÍ**

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 31. 5. 2019

Anežka Matyášová

## **PODĚKOVÁNÍ**

Mé poděkování za tuto práci patří vedoucí bakalářské práce, PhDr. Haně Synkové, Ph.D., která nejen dohlédla na dodržení hlavní myšlenky, ale byla mi i laskavým a vstřícným rádcem.

Dále děkuji všem svým informantům, díky kterým jsem měla opět příležitost si uvědomit, že lidé s diagnózou nejsou definováni pouze svou nemocí.

## **NÁZEV**

Diagnostikování a léčba psychických nemocí: percepce normativity

## **ABSTRAKT**

V této práci se zabývám percepcí normy a abnormality v západní medicíně. Z tohoto úhlu pohledu zmapuji současnou diskuzi o diagnostikování psychických nemocí. Hlavní výzkumná otázka se soustředí na emický pohled lidí se schizofrenií a jejich chápání „normálního“. V rámci terénního výzkumu se zaměřuji na rozhovory s odborníky i s „pacienty“. Práce má obecnou teoretickou část o situaci západní medicíny skrze optiku medicínské antropologie, poté následuje část praktická se zaměřením na schizofrenii a způsoby jejího diagnostikování a léčby.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

normativita, psychická nemoc, schizofrenie, diagnóza, západní medicína

## **TITLE**

Diagnosis and Treatment of Psychological Illnesses: the Perception of Normativity

## **ABSTRACT**

In this thesis I deal with perception of the norm and the abnormality in the Western medicine. From this point of view I document current discussion about diagnosis of psychological illnesses. The main objective is concentrated on emic perception of what is „normal“ for people with schizophrenia. Within the fieldwork I focus on qualitative research through interview with doctors and „patients“. The work has the general theoretical part about the situation of Western medicine through the lens of the medical anthropology and the following practical part focuses on the schizophrenia and the way of its diagnosis and treatment.

## **KEYWORDS**

Normativity, Psychological Illness, Schizophrenia, Diagnosis, the Western Medicine

# OBSAH

Úvod .....	9
<b>1. METODOLOGIE.....</b>	<b>12</b>
1.1 Výzkumná otázka .....	12
1.2 Použité metody výzkumu .....	13
1.3 Etika výzkumu .....	14
1.4 Sběr dat .....	14
<b>2. NORMATIVITA A ZÁPADNÍ MEDICÍNA .....</b>	<b>17</b>
2.1 Diagnostika aneb jak se dělá blázen .....	20
2.2 Současná diskuze o normativitě.....	24
2.3 Schizofrenie .....	25
<b>3. INTERPRETACE A VYHODNOCENÍ ZÍSKANÝCH DAT .....</b>	<b>29</b>
3.1 Důvody propuknutí schizofrenie .....	29
3.2 Reakce pacientů na vlastní diagnózu .....	31
3.3 Reakce rodiny na diagnostikování schizofrenie .....	33
3.4 (Ne)pravdy o schizofrenii aneb předsudky .....	34
3.5 Percepce vlastní normálnosti/ nenormálnosti .....	36
3.6 Ataky.....	36
3.7 O procesu léčby .....	39
3.8 Antipsychotika .....	40
3.9 Vztah pacientů a psychiatrů či jiných doktorů .....	43
3.10 Budoucnost .....	44
<b>4. ZÁVĚR .....</b>	<b>47</b>
<b>5. SEZNAM LITERATURY.....</b>	<b>50</b>



## ÚVOD

My všichni žijeme ve světě norem. V současnosti bychom jen těžko hledali oblast, na kterou by se v nějaké podobě nevztahoval nějaký ideál, norma či průměr. Každý z nás usiluje o to být normální, nebo se naopak záměrně snaží tomuto stavu vyhnout. Jsou to ale rozhodnutí dělaná vědomě. Lidé žijící s psychickou nemocí, konkrétně se schizofrenií, takovou volbu nemají. Mnohdy jsou ze dne na den vtrženi do „nenormálního“ světa a jiné reality.

Moje bakalářská práce si klade za cíl zprostředkovat vhodné prostředí pro možné redefinice normálnosti a nenormálnosti v percepci odborníků i pacientů. Tato práce má za úkol problematiku duševních nemocí (už i jen etymologicky nám český jazyk vykresluje polaritu mezi pojmy moc a nemoc) popisovat, ne reformovat, „pravdou nicméně zůstává, že málokterý úsek současného společenského fungování je tak zralý pro hloubkovou reformu jako zdravotnictví západního typu, přes mnohé své neuvěřitelné úspěchy“ (Komárek 2015: 9). Ač by se na první pohled mohla zdát kritická k současné medicíně, moje bakalářská práce se nebude věnovat polemice, nakořik jsou alternativní medicíny účinnější, nebo méně účinné než západní medicína. Není cílem zpochybňovat tu či onu stranu, ale je nutno říci, že podle západního vzoru diagnostiky toho „nenormálního“ se pak řídí i ostatní normy a mechanismy léčení, které zodpovídají za následné napravování. Doufám, že moje práce bude alespoň trochu přínosná do diskuze o sociální péči pro lidi se závažným duševním onemocněním a přispěje do přehledu současných

poznatků o statusu quo v provádění úspěšné transformace psychiatrické péče. Je nezpochybnitelné, že kvalitní biologická léčba je podstatnou, často nezbytnou, avšak nikoli jedinou podmínkou zlepšení života těchto lidí. U nás se osvětě a nabídce komplexní péče věnuje Česká psychiatrická společnost, která ve svých programech komunitní psychiatrické péče zahrnuje i psychosociální složku. Avšak nesmíme zapomínat na deformace způsobené podmínkami nastavenými obdobím reálného socialismu, kdy se sociální problémy pacientů řešily jinými (náhradními) prostředky. Často neadekvátním využíváním zdravotnické péče. „Bylo, a dosud je nesnadné nasměrovat zavedený systém psychiatrické péče na cestu, kterou před několika desetiletími nastoupily země s nepřerušenu demokratickou tradicí“ (Probstová, Pěč 2014: 13). Moje práce ale nemá v úmyslu naznačovat, že zavedené normy jsou špatné, a tudíž je musíme zrušit. Nenavrhuji nový koncept; pouze zprostředkovávám pohled samotných aktérů: lidí se schizofrenií a jejich doktorů. Svoboda každého člověka (i nemocného) končí tam, kde začíná svoboda druhého. Právě v této, současným psychiatrickým diskurzem nastavené, asymetrii moci mne zajímá, jak se zdraví („mocní“) jedinci starají a snaží pomoci (zlepšit stav) nemocným. Je pro mě podstatné, jakou roli v tom hrají nastavené normy. Neaspiruji na to podat vyčerpávající argumentaci pro tu či onu stranu. Chci přispět do dialogu mezi pacienty a jejich doktory. Velmi podnětné a zajímavé jsou rozhovory, které jsem měla příležitost provést a zapsat s lidmi, kteří (s) psychickou nemocí žijí. Duševní choroby se rozhodně netýkají úzké skupiny lidí. Konkrétně prevalence schizofrenie ve světové populaci je celé jedno procento (Liu C. a kol. 2019). Neuropsychiatrické poruchy jsou na třetí příčce nemocí nejvíce snižujících kvalitu života. Systémem ambulantní psychiatrické péče pak ročně projde kolem 750 tisíc lidí a počty stále stoupají – například VZP zaznamenala mezi lety 2013 a 2016 více než desetiprocentní nárůst. Bohužel, tomuto nárůstu počtu pacientů neodpovídá množství odborníků, kteří se o ně mají starat. Na psychiatrickou péči u nás navíc jdou zhruba čtyři procenta ze zdravotnických nákladů a ještě nedávno to dokonce byla jen necelá tři procenta. To je mnohem méně, než je

v Evropské unii běžné. Čtyři pětiny financí pak putují do lůžkové péče soustředěné ve velkých léčebnách, zbytek jde do ambulancí – komunitní složka dosud de facto scházela (Koubová 2018).

V první, teoretické, části se pokusím obecně nastínit problematiku definic „normy“ a „abnormality“ a diskuzi k tomuto tématu. Ve druhé části zanalyzuji vnímání problému pevných hranic norem a možné redefinování určitých zavedených pořádků a procesů diagnostikování skrze rozhovory s odborníky a pacienty. „Některými klinickými pracovníky je kritizován deskriptivní přístup, na kterém je založena (klasifikace duševních poruch) a který není pro mnohé terapeuty v souladu s jejich způsobem uvažování o dynamice potíží. Pracovníci v oblasti psychiatrické/psychosociální rehabilitace poukazují na zužující pohled, který přináší“ (Probstová 2014: 78). Nejvíce mne zajímá vlastní emický pohled lidí, kteří se schizofrenií žijí, na jejich vnímání normy a hranic normalnosti. Nadpisy článků, které mají informovat o povaze této duševní nemoci, jsou často nálepkující, kvůli čtenářské přitažlivosti – např. „Život v bludu“ (Bedrnová 2010: 30) apod., a přispívají tak k asymetrii vztahů a udržují nerovnováhu mezi světem nemocných a zdravých. Namísto informování veřejnosti se tedy podílejí na stereotypizování lidí, kteří s psychickou nemocí žijí.

# 1. METODOLOGIE

## 1.1 Výzkumná otázka

Vymezení a ohraničení tématu bakalářské práce tohoto zaměření je vskutku obtížné, zahrnuje několik fenoménů a mohla by se tříštit do mnoha různých směrů. Moje základní vymezení je, jak západní medicína chápe a pracuje s pojmy jako je norma a její opak, tedy abnormalita. Výzkumné otázky jsou dvě: první se ptá, jak je chápána norma a odchylky – těmi, kteří spadají do kolonky odchylek, tak i odborníky. Druhá otázka zní, jaký vztah k samotné diagnóze mají „pacienti“. Výzkum je omezen na území České republiky, informanti pochází z různých míst ČR.

Nejen společnost, ale i schizofrenie samotná ovlivňuje vnímání normality – někteří pacienti nevidí důvod, proč brát léky a chodit na kontroly. Svůj stav hodnotí jako normální, neboť se například podařilo zamezit vracení ataků. Ale větší část nemocných si postupně s probíhající léčbou začne svůj stav uvědomovat a pomalu se přiklánět k tomu, že to, co zažili během ataky, nemohlo být doopravdy a tyto stavy se poté učí rozlišit na normální a nenormální. Jenže myšlenky v hlavě, či následné prožitky jsou mnohdy tak intenzivní, že si nemohou být úplně jisti, zda to, co viděli/slyšeli/zažili, se skutečně neodehrálo (Bedrnová 2010: 31).

Základním pravidlem pro lékaře by mělo být jak nestigmatizovat pacienta, tak i nepodcenit diagnózu. „Jenže když se v praxi postaví tato pravidla proti sobě, většinou vítězí to druhé: i když byl pacient hospitalizován a bere léky na schizofrenii, měla by se diagnóza schizofrenie stanovovat nejdřív rok po první atace. To ale neznamená, že se tak vždycky děje. Průměrná doba od vzniku psychotických příznaků do zahájení léčby je v České republice jeden rok. A to je příliš dlouho. Záchvat pak propukne divoce, třeba skokem z okna nebo napadením. Nemocný se dostane na psychiatrii, předepíší se mu silné léky a je z něj schizofrenik“ (Bedrnová 2010: 33-34).

## 1.2 Použité metody výzkumu

Dávám přednost sběru tzv. měkkých dat, pomocí kterých se snažím propojit vnímání, rozumění a jednání (Blažek, Olmrová 2006: 79-80). Kvalitativním postupem se budu snažit porozumět prožívání každodennosti spojené s psychickou ne-mocí. Pokud bych měla charakterizovat svůj přístup, tak jako antipozitivistický: dle myšlenek Maxe Webera kladu důraz na to, že (mi) samotné vysvětlení vztahů mezi sociálními jevy k poznání sociální reality nestačí. Snažím se především o rozumějící výzkum (ne pouze deskriptivní, aj.) (Kubátová 2006: 120). Výběr informantů-pacientů se snažím provádět pomocí networkingu – tedy přes své sociální sítě sehnat cílovou skupinu lidí, kterým byla stanovena diagnóza psychické nemoci (ať už tím, že poptávám přes spolužáky, kamarády, rodinu). Druhou cílovou skupinou jsou i lékaři, psychologové a psychiatři, kteří je léčí - zkrátka skupina lidí, která se snaží těm ne-mocným pomáhat vrátit zpět do normy. Metodologie méj bakalářské práce se opírá o sběr dat pomocí kvalitativního výzkumu. Podařilo se mi zkontaktovat pět informantů – lidí s diagnózou schizofrenie, jejichž výpovědi zanalyzuji, porovnáám a popíšu. Pro účely výzkumu nakonec s rozhovorem souhlasili tři informanti – odborníci.

Otázky pro výzkum volně vycházejí z probíhajících přímých osobních rozhovorů, otázky jsou otevřené, uzavřené i polouzavřené. Taktéž ale mám čtyři otázky pro všechny dotazované. Tyto otázky vycházejí z mého osobního předporozumění, nebo naopak neporozumění kontextu života s nemocí. Jsem si vědoma toho, že v době rozhovorů je možné, že informanti nebudou plně „v realitě“, ale ovlivněni nemocí. I tak však jejich výpovědím přisuzuji plnou hodnotu, protože z jejich vlastní podstaty jsou „objektivní“. Všech informantů se postupně ptám, jaká byla reakce blízké (i široké) rodiny na diagnostikování nemoci, pokračuji otázkou na to, jak sami reagovali na diagnostikování nemoci. Dále mne zajímá, jak oni sami vnímají svou „nenormálnost“: To, že si byl/a jiná, v „nepořádku“, vnímáš už od dětství? Nebo bys řekla, že až v době dospívání? Během rozhovorů se samozřejmě ptám i na možnou marginalizaci

těchto lidí žijících s psychickou nemocí – zdali se setkávají s předsudky, s nepochopením. A jestli se tyto předsudky dají nějak souhrnně pojmenovat, popsat.

Na informanty není vyvíjen nátlak, mohou např. cíleně neodpovědět. Tyto čtyři otázky jsou rámcové, další otázky směřují k vývoji jejich nemoci, ke způsobu diagnostiky a terapie, jejich vztahu s terapeutem, jejich zkušenostem s psychofarmaky, atd. Jejich percepce normy a abnormality, přijetí sebe a nemoci, reflektování vývoje nebo regrese nebude dotazována přímo, ale spíše vyvozována ze získaných rozhovorů.

### **1.3 Etika výzkumu**

Pro dodržení etických pravidel výzkumu nebudu uvádět celá jména, tento výzkum je zcela anonymní (takto jsme se s informanty dohodli). Stále je totiž v naší společnosti přítomná stigmatizace duševních nemocí. Lidé se schizofrenií shodně mluvili o tom, že se často setkávají s předsudky, nejčastěji takovými, že si za to mohou sami např. svým způsobem života. Záměrně se bráním tomu vytvářet určité případové vzorky pro vykreslení a uchopení informantů, protože právě tento „nálepkovací“ systém kritizuji. V textu se snažím místo označení „schizofrenik“ používat „lidé s diagnózou schizofrenie“, neboť se domnívám, že člověk není zcela definován svou diagnózou, a je mnohem víc, než přidružená diagnóza.

### **1.4 Sběr dat**

Rozhovory, ačkoliv byly náročné, tak proběhly bez problémů, podařilo se mi s dotazovanými až na výjimku navodit atmosféru důvěry a klidu. Standardně jsem se ptala na čtyři pevně stanovené otázky, a poté se doptávala. Nejprve jsem vnímala jako velkou překážku, že téma je velmi intimní, protože dotazovaní se setkávají s neporozuměním, které může jejich stav(y) zhoršovat – frustrace z nepřijetí a nepochopení atd., ale poté jsem intimitu brala jako výzvu, jak antropologicky/výzkumně, tak lidsky: jak co nejopravdověji, nejautentičtěji a citlivě, byť

věcně, zachytit nelehko popsatelné prožívání a percepci ne-mocných. Analýzou rozhovorů vyšlo najevo, že všichni informanti se setkali, či setkávají s předsudky a nějakou formou odmítnutí společností vlivem stigmatizace jako schizofreniků. Jedna informantka také zmiňovala přímý opak - že ji zranilo mnohem více, když se dostala do kontaktu s lidmi, kteří porozumění hrají, protože se poté cítí lepšími, potřebnými („nemocný je přeci potřebuje“), ale po uvědomění si toho, že není chápána jako rovnocenný partner prožívala zklamání. Vyplývalo, že buďto dochází ke stigmatizaci, nebo se lidé se schizofrenií setkávají s hraným porozuměním a shovívavou laskavostí. Mým úkolem bylo nepřiklonit se v rozhovorech ani k jedné z těchto skupin. Výsledkem mnoha rozhovorů bylo, že informanti ode mne očekávali nějakou radu nebo pomoc v jejich diagnóze, což jsem poté musela vysvětlovat, přestože jsem se v žádném případě neprofilovala jako alternativní léčitel. Prezentovala jsem se všem z pozice výzkumníka, takže jsem musela nutně zklamat jejich očekávání o tom, že jim nabídnu jiný směr léčby, než jaký si zvolili (či jim byl eventuálně zvolen).

Jak se dařilo kontaktovat vhodné informanty? Vzhledem k ochraně osobních údajů svých pacientů mi oslovená pracoviště či lékaři nemohli sdělit kontakt na lidi s diagnózou schizofrenie, takže jsem zůstala odkázána na poptávání skrz networking. Shánění vhodných informantů bylo náročné a domluva uskutečnění rozhovorů taktéž. Navíc mnoho potenciálních informantů mi nakonec žádné informace neposkytlo. Jejich rodiny tomu zabránily se slovy, že nechtějí, aby se o tom mluvilo a aby se to řešilo. Mnoho rodin se za lidi se schizofrenií ve své rodině stydí. Z tohoto důvodu mi přímo odmítlo poskytnout kontakt na člověka žijícího se schizofrenií šest lidí. Tito lidé tak zamezují jejich kontaktu se světem, pokud se o ně starají v domácí péči, protože sami vnímají duševní onemocnění jako nějaké stigma. S tímto zamezením kontaktu jsem se setkala jen ve vesnickém prostředí.

Avšak kontaktování odborníků bylo nakonec ještě obtížnější, než kontaktování lidí se schizofrenií, ačkoli jsem před samotným výzkumem předpokládala, že bude mnohem obtížnější

sehnat informanty-schizofreniky, než odborníky. Oslovení informanti-odborníci odmítali účast na výzkumu ještě častěji. Zda to bylo z důvodu časové vytíženosti, či z důvodu nesympatií k těmto alternativně znějícím tématům, se mi nepodařilo zjistit.



## 2. NORMATIVITA A ZÁPADNÍ MEDICÍNA

Latinské slovo norma znamená původně průřez, přeneseně pak také průměr. V některých jazycích poté nabylo významu vzor, předpis. Je-li něco normální, je to cosi běžného, očekávatelného, nevybočujícího z řady. Ve slovníku cizích slov se dočteme, že normativita je: „předpisování určitých způsobů chování a jednání a zavrhování jiných“ (Slovník cizích slov 2019). Kdo určil, nebo určuje normy, a dle čeho je definuje? „Otázka, co je normální a co ne, je velmi ožehavým tématem nejen akademicky, ale i politicky. Poučný je v tomto směru příklad Americké psychiatrické asociace, která v roce 1973 po dlouhé a bouřlivé diskuzi vyškrtnla homosexualitu ze seznamu nemocí a vad – tomuto počínu předcházelo hlasování, metoda ve vědeckých kruzích, kde ‚se ví, jak to je‘, naznačující krajní rozpaky“ (Komárek 2015: 29).

Polemika o významech slova norma a jeho opaku či zamyšlení nad etymologickou krásou používaných výrazů nás svádí filosofovat nad současným poznáním lidského těla a mysli, což ovšem není nic nového: „Medicína byla předmětem filosofické reflexe od nejstarších dob. Od svých antických počátků se medicína a filosofie setkávaly a protínaly, a to i navzdory rozdílům jejich východisek, přístupů, cílů a metodologie; přesněji řečeno právě proto. Přemítání o člověku, uvažování o extrémních situacích lidského života, jakými jsou narození, zdraví, nemoc a smrt, bylo a zůstává předmětem filosofie, stejně jako jsou tytéž situace předmětem medicíny a lékařské péče. Je to především hippokratovská tradice, která chápala profesi lékaře úzce propojenou s profesí filosofa. Lékař má být zároveň filosofem. Termín *iatrós filósofos*, lékař-filosof, se průběžně objevuje v pětisíciletí dějin vzniku hippokratovských spisů zvaných *Corpus Hippocraticum*. V latinské tradici antické medicíny jde římský lékař Claudios Galénos ještě dále, když ve svém traktátu *Quod optimus medikus sit quoque philosophus* dovozuje, že dobrý lékař má být zároveň filosofem. K fysis nemocného podle Galéna náleží nejen to, co se děje v těle, ale i to, co se odehrává v jeho psychickém ustrojení“ (Kuře, Petrů 2015: 9-10).

V průběhu let se měnily naše představy o tom, v jakém a jak úzkém vztahu jsou spolu navzájem fyziologické a psychologické funkce. Tyto společné a sdílené představy měly vliv na pochopení různých nemocí, a na způsob jejich léčení. Již Platón psal, abychom se nikdy nesnažili léčit oko, aniž bychom zároveň nevěnovali pozornost i hlavě. A když už věnujeme pozornost hlavě, ať věnujeme při léčbě oka i pozornost tělu. A neděláme dobře, pokud se věnujeme jen tělu, a již ne duši. Léčení jedné části by nikdy nemělo probíhat bez věnování pozornosti dalším částem (Faleide a kol. 17: 2010).

Po dlouhá léta vědě vládl pozitivistický přístup, ale časy se mění. Avšak západní medicína (myšleno medicína Evropy a Ameriky) je stále silně pozitivistická, už od svých počátků roztržena dualistickým pohledem na člověka, tedy na somu (tělo) a psyché (duši). Ostatně dualistické vnímání je „západnímu“ člověku zcela přirozené, je jednodušší pro rozlišování věcí a procesů. „Naše myšlení a vnímání světa, zejména ve své západní variantě (zde je míněno včetně Indie), je svou povahou polární, tj. není schopno vnímat nějakou věc ‚panoramaticky‘ jedním pohledem, ale rozpadá se mu do párových protikladů, mezi nimiž je možný jen náhlý přeskok“ (Komárek 2015: 15). Nezbyvá než doufat, že v reflexi současných a mladších generací připravujících se na povolání lékařů bude více než striktně pozitivistický pohled na medicínu, pohled skrze optiku neopozitivismu, který spolu s tvrzením, že medicínu rozvíjíme kumulací poznatků, taktéž druhým dechem rychle a důrazně dodá neoddiskutovatelnou přítomnost naakumulovaných chyb či nepřesností (Kubátová 2006: 40).

Duálním aspektem lidského vnímání světa se zabýval ve svých výzkumech a dílech například i C. G. Jung – uvádí, že archetypální obrazy v lidské mysli mají podvojný, ambivalentní charakter. Týká se to všech věcí a prožitků, které jsou pro člověka z nějakého důvodu emočně silné, a je tedy důvod, aby se jimi člověk zabýval. Úplná pravda je ale složená ze dvou polárních polopravd, tedy na dualisticky rozloženou věc je třeba se podívat celistvě (stejně jako na nemocného člověka). Vzpomeňme na lidové zobrazování binární rozpolcenosti v postavách

d'ábla, či jiných stvoření, kterým se připisovaly znaky rozpolcenosti: rohy, rozeklané jazyky, kopyta atd. (Dethlefsen 1978 in Komárek 2015: 13), nebo na jídelní zvyky Semitů/Židů, pro které sudokopytná zvířata představují cosi nepřirozeného, necelého, špinavého. Byť nám polární rozlišování různých aspektů světa pojmovými páry (zlý-dobry, horký-studený) pomáhá v každodenním životě (a také v urovnávání si různých vztahů s různými lidmi), kamenem úrazu se stává ve chvíli, kdy lidsky přirozené rozdělování věcí na polární přisoudíme něčemu/někomu jen jednu polaritu a tu pokládáme jim za bytostně vlastní. Sigmund Freud (1910) upozornil, že v řadě archaických jazyků jedno slovo původně zahrnovalo oba polární protiklady, například latinsky *altus* znamená vysoký i hluboký, řecky *farmakon* – lék i jed, *hagios* – svatý i ohavný, anglicky *apparent* – zjevný i domnělý atd. I slovo psychosomatický je podobné povahy (Komárek 2008: 13).

Vinit můžeme nejen lidskou přirozenost, ale i starořeckou filosofii, neboť z ní medicína vzešla. Rozlišování v západní medicíně se děje na kategorie somatické versus psychické, ale ještě předtím se musíme vypořádat s konstruováním toho, co je normální (tedy nepatogenní, neškodící, zdravé) a co je abnormální (nezdravé, nutně vedoucí k napravení). Pro abnormality, které nelze zařadit do kolonky somatické či psychické existuje i kategorie psycho-somatických poruch, ale není jich mnoho a pohledy odborníků na tyto nemoci se liší (např. poruchy chování mohou být v určitých zemích nazírány jiným pohledem, jinak chápány a léčeny).

Pokud se podíváme na většinu známých medicínských/léčitelských systémů toho, co západní medicína označuje jako "alternativní", tedy etnické, národní či kulturní způsoby terapie se zpravidla na člověka a jeho problémy dívají holistickým přístupem.

## 2.1 Diagnostika aneb jak se dělá blázen

Zajímavá je také odlišnost přístupů k již zmiňované kategorii psycho-somatických poruch, či západní medicínou diagnostikovaných duševních nemocí a poruch. Diagnostikováním nemoci či poruchy se tedy cosi označí za nenormální, protože nesplňuje určitou formu. Novověká klasifikace a chápání nemocí systematizuje určité poznatky o symptomech, příznacích, které jsou významné a nápadné (tzv. nosologická jednotka). „Je samozřejmě na první pohled zřejmé, že jednotlivé nosologické jednotky nejsou mezi sebou souměřitelné a hojně používaná mezinárodní číselná klasifikace nemocí a vad je prostředek ryze pomocný, (...), umožňující rychlou orientaci a neobrážející nějakou skrytou hlubší souvislost“ (Komárek 2015: 34).

Sami odborníci tedy poukazují na to, že stanovovat diagnózu podle zaběhnutých norem není vždy přesné: „U duševních poruch je stanovování nosologických jednotek ještě mnohem těžší, protože příznaky jednotlivých poruch se mohou často překrývat. Jednotlivé klastry příznaků, se označují například jako – schizoidní, paranoidní, hysteroidní, depresivní, manický atd. Často jsou vyjádřeny úvahy, zda nosologické jednotky nepředstavují jen pomocný konstrukt a v praxi by nebylo lépe brát v úvahu jen jednotlivé příznaky a o chorobách jako takových vůbec nehovořit – nečiní tak jen některé větve alternativní medicíny, třeba homeopatie, ale i některá odvětví psychosomatiky“ (Komárek 2015: 42). „Despekt či skepse vůči diagnózám a jejich klasifikacím jsou ovlivněné širokým spektrem úvah, které se týkají jejich přesnosti a přínosu. Hovoří se o distanci od problémů a bolesti prostřednictvím diagnóz, o vlivu nálepkování a stigmatizace (vnitřní – samotného člověka vůči sobě, a vnější – okolí vůči němu) na osud jedince. Ostatně i mnozí psychoterapeuti (jak psychiatři, tak psychologové) shledávají diagnózy založené na pouhém popisu jevů za neuspokojivé a preferují popisy založené na dynamice vnitřních stavů. Příkladem je Psychodynamický diagnostický manuál z roku 2016“ (Probstová 2014: 32). K pochopení člověka je nutné mít na zřeteli, že funkce a souvislosti organismu pokračují daleko za jeho hranice dané povrchem těla – to, co se v naší medicíně často opomíjí,

pojmenovává biolog a filosof Stanislav Komárek jako umwelt (životní prostředí člověka, nemyšleno jen geograficky), rozdělené na merkwelt (sít' vazeb, subjektivní vlastní svět umocňovaný smyslovými vjemy) a wirkwelt (konání a jednání). Představme si, že umwelt je taková banánová slupka, na které se nějaký nešťastník sklouzne a zlomí si nohu – samozřejmě má znehybnění a náprava nohy přednost před odstraněním slupky, ale nesmí se zacházet do bodu, kdy se popírá samotná existence slupky (Komárek 2015:18).

Diagnóza je pro současnou západní medicínu krajně důležitá – odvíjí se od ní celá terapeutická strategie. Vzhledem k tomu, že jde v zásadě o cit či umění, vyžadující určitý druh talentu, které se teprve kultivuje výcvikem, není překvapivé, že mnoho jedinců navzdory své inteligenci, péli a obezřetnosti, jsou v diagnostice horšími než jejich kolegové. I těmto méně talentovaným se snaží novodobá medicína pomoci – tuto potřebu vhledu, který zkušenému klinikovi umožňuje rozpoznat správnou diagnózu už při vstupu pacienta do ordinace, umožňuje obejít zmnožením rozmanitých laboratorních či zobrazovacích procedur, z nichž zcela mechanicky na základě určitého analytického klíče „musí“ ke správné diagnóze „bezproblémově“ dojít. Tato klíčová metoda ale skrývá podstatné riziko úrazu – vyžaduje jakéhosi geniálního hlupáka, luštitel detektiva, který nevnímá celek, zato zcela správně interpretuje detaily (kvantitativně-číselné) (Komárek 2015: 41).

Velmi vysoké procento duševních poruch či nemocí je léčeno pomocí psychofarmak, tedy ne psychoterapií ale již něčím, co působí na tělo a následně na psychiku. Poukazuje se ale na to, že potlačení bludů a slyšení hlasů nemusí být ta nejlepší cesta léčení: „Emočním zážitkům ze slyšení hlasů, jejich zpracování a úplné nápravě zabraňují antipsychotika. Tradiční praxe behaviorální psychologie se zaměřuje na ignorování hlasů, aby se daná osoba zaměřila na věci ‚reálnější‘. Některé studie prokázaly, že asi u 77 % osob s diagnózou schizofrenie je slyšení hlasů spojeno s některými traumaty“ (Hasanbašić 2017: 7). Ukazuje se tedy, že potlačování bludů a slyšení hlasů nemusí být nejlepší možná cesta léčení. Avšak doktoři se shodují v tom,

že právě odstranění bludů je hlavním cílem léčby. Jak dále psycholog Adi Hasanbašić uvádí: „Hlasy slyší až čtyři procenta světové populace, a to že slyšíte hlasy neznamena, že máte schizofrenii“ (Hasanbašić 2017: 7). Takže čistě teoreticky vzato, může být psychofarmaky léčen i někdo, kdo schizofrenii nemá, právě z toho důvodu, že je často slyšení hlasů bráno jako symptom schizofrenie. Hnutí Hearing Voices navrhuje místo užívání psychofarmak zlepšení a zvýšení kvality života lidí se zážitkem slyšení hlasů skrze psychoterapii. Dále upřednostňuje přestat užíváním psychofarmak tlumit stavy napětí a nutkání, které provází slyšení hlasů a slyšené hlasy přijmout. Přiznat si, že je slyší a snažit se o vnitřní duševní psychoanalýzu (Hearing Voices Network 2019). Ta by ideálně měla vést k přijetí těchto stavů. Nakonec tedy to, co vnímali jako nenormální si přenastavit na normu. V případě psychofarmak byla reálná příčina těchto výjimečných, nenormálních stavů pouze otupována a zklidňována – ale neřešena. Tudíž se opakoval nekonečný kolotoč: mimořádný stav – otupení psychofarmaky, „nenormální“ projevy (deprese, agrese, sebevražedné sklony) - chvíli stav odpovídající nastavené normě..., a znovu dokola.

Pro srovnání můžeme zmínit sociologickou teorii známou jako Thomasův teorém: když bude někdo označován jako problémový, tak se i problémovým stane... Nejde tedy jen o nastavenou normu od lékaře, ale zároveň i o myšlenkové pochody pacientů s diagnózou spojených: „Jedním z úskalí psychosomatické medicíny je to, že nutí pacienta k větší odpovědnosti za vlastní osudy a k určité míře sebeuvědomění, sebeodpovědnosti a vzhledu do vlastní i rodinné situace (ochota k dialogu je především ochotou dovědět se něco, co jsme se dovědět nechtěli), která jej vzdaluje od pohodlné mentality ‚objednatelů oprav‘, v rámci níž se role lékaře neliší od role řekněme instalatéra“ (Komárek 2015: 37). Již Michel Foucault ve svém slavném díle *Naissance de la clinique* z roku 1963 popisuje zrod moderní medicíny: základní je specializace a verbalizace patologického. Od 18. století medicína navázala nové spojení mezi slovy a věcmi umožňujícími vidět a mluvit. Pohled již neomezoval, ale zakládal individuum v jeho

neredukovatelné kvalitě. A okolo něj se organizovala racionální řeč. „Objekt diskurzu může být stejně tak dobře subjektem, bez něž by figury objektivit byly znehodnocené. Spíše než opuštění starých teorií a systémů otevřela možnost klinické zkušenosti právě tato formální a hlubinná reorganizace; zrušila dávný aristotelský zákaz: konečně bylo možné vytvářet strukturovaný vědecký diskurz o individu“ (Foucault 1963: 14). Nástup klinické medicíny je dle Foucaulta ztotožněn jako historický fakt se systémem těchto reorganizací. Tato nová struktura je ohlašována, nikoli však vyčerpána, sice malou až nepatrnou, ale rozhodující změnou, kdy otázkou „Co je vám?“, již byl v 18. století zahajován rozhovor lékaře s nemocným, který měl svou vlastní gramatiku a styl, byla nahrazena jinou otázkou, v níž rozpoznáváme hru kliniky a princip celého jejího diskurzu: „Kde vás to bolí?“ (Foucault 1963: 19). Zatímco v otázce „Co je vám?“ měl potenciaální pacient možnost volby a také větší moc nad sebou samým, v otázce „Kde vás to bolí?“ je zcela pasivně odkázán na zásah a diagnózu zvenčí. „Od tohoto okamžiku se veškeré vztahy mezi označujícím a označovaným přeskupují, a to na všech úrovních lékařské zkušenosti: mezi symptomy, jež označují, a nemocí, jež je označována, mezi popisem a tím, co popisuje, mezi událostí a tím, co předpovídá, mezi poškozením a problémem, na nějž poukazuje“ (Foucault 1963: 19). Moderní medicína, jak uvádí Foucault, tedy rozvíjí svou moc a kontrolu: „Medicína již nemusí být pouhým souborem technik uzdravování a věděním, kterého je k němu zapotřebí; bude také rozvíjet poznání zdravého člověka, to znamená zároveň znalost člověka nikoli nemocného a definici člověka modelového. V řízení lidské existence nabývá medicína normativního postavení, jež jí nedovoluje pouze rozdávat rady moudrého života, ale rovněž určovat fyzické a morální vztahy jedince a společnosti, v níž žije“ (Foucault 1963: 55).

## 2.2 Současná diskuze o normativitě

„Normativita byla a je tématem, které se těší značnému zájmu v novověké filozofii. V etické filozofii se například tradiční otázka o síle a autoritě morálních tvrzení začala rychle ohraničovat otázkou o normativitě morálních tvrzení“ (Wallace 2004: 452).

Normativitě se také věnují texty a odborníci ve vědecké disciplíně tzv. Disability studies, které nabízejí jiný pohled na „postižení“. Odborníci tohoto diskurzu kritizují konstrukt a konstruování „postižení“, neboť se shodují v tom, že je ideologicky zabarvený. Tyto konstrukty poté označují velkou skupinu lidí, jejichž nedostatečnosti jsou považovány za abnormální a defektní. Tato označení slouží k patologizaci, stigmatizaci, znehodnocování a vylučování (Kolařová 2012: 17). Disability studies se soustředí na možné cesty, které by vedly k depatologizaci, odstranění asymetrickému rozdělení moci a chápání „postižených“ jako těch méněcenných.

Poprvé se termín normativita objevuje v odborném textu až v 1. polovině 20. století, konkrétně roku 1930 v německém článku od profesora literatury na Karlově Univerzitě: Herberta Cysarze s názvem *Zur Geissengeschichte des Weltkriegs* (překládám jako Duševní dějiny za světové války). Ten se ve svém díle zajímal o poetické změny v německé literatuře. V tomto kontextu jde tedy o normativitu v literární vědě – jak se tvoří normy a odchylky (Cysarz 1930 in Mueller 1931: 271). Dále se téma objevuje o pár let později, 1935 opět v německém textu *Staatslehre* od Hermann Hellera. Normativita se zde objevuje v kontextu jurisdikce – tedy jak správně vést stát (normy v tomto pojetí rovná se zákony a odpovídající tresty atd. ) (Heller 1934 in Kunz 1935: 543). Autor zmiňuje meta-pozitivistický přístup ke sběru a analýze dat, tedy v podstatě to, co já ve své bakalářské práci předpokládám: normativita v sobě ukrývá pozitivistický náhled na svět. Takto chápaná normativita předpokládá nějaký rámec, univerzálně platný pro všechny, nepřipouští abnormality a anomálie – víceméně jako západní medicína v dialogu



s takzvanými alternativními formami léčby (jenže mnoho novodobých výzkumů ukazuje nedostatečnost západní medicíny v mnoha oblastech, takže proč by měla být tou jedinou správnou?). Další články se vyjadřují k normativitě v jiných kontextech. V současné době se normativitě věnuje Gilles Deleuze a Félix Guattari ve své knize *Anti-Oedipus*, kde kombinují poznatky filozofie a psychoanalýzy do vhledu spojitostí kapitalismu a schizofrenie (Deleuze and Guattari 2015). Mluví o tzv. schizoanalýze (místo psychoanalýzy).

### **2.3 Schizofrenie**

Schizofrenie je často označována jako ta nejděsivější a nejzáhadnější duševní nemoc, jakou si psychicky zdravý člověk dokáže představit. Je tedy vskutku obtížné nejen pro „normálního“ člověka, ale i pro zdravotnický personál pochopit, co se s nemocnými děje a jaké mají prožívání. Možná právě proto je schizofrenie opředena tolika mýty a tajemstvími. „Lidé s diagnózou schizofrenie jsou zbytkem té takzvaně normální veřejnosti hodnoceni jako podivná individua nebezpečná sobě i svému okolí, žijící dva i více životů, stíhaná stihomamy, vidící duchy. Z pohledu laiků jsou to prostě normální blázni, od nichž je ve vlastním zájmu lepší se držet dál, protože i kdyby náhodou nebezpeční nebyli, navazování bližšího kontaktu by stejně nemělo cenu“ (Bedrnová 2010: 30).

Přetrvávají představy, že schizofrenik je zcela definován svou diagnózou, a že zůstane navždy ponořen ve svém chorém světě, do něhož my, zdraví, možná máme občas/jednou/výjimečně šanci nahlédnout, ale rozhodně ne ho pochopit. Pravda to je i není. Izolace a přehlížení společností stav schizofreniků každopádně zhoršuje. Odborná literatura uvádí, že u dvaceti procent nemocných dochází jen k jedné epizodě schizofrenie. U šedesáti procent se onemocnění vrací a po každém novém záchvatu se jejich zdravotní stav zhoršuje. U posledních dvaceti procent dochází k úplnému rozpadu osobnosti a k následné demenci – tito lidé nejsou schopni samostatného života. Jenže až dvě třetiny všech schizofreniků by byly schopny po značnou

část svého života normálně fungovat, pokud by se jim bylo bývalo dostalo co nejrychlejší a nejlepší možné zdravotní a sociální péče. Pasivní nebo dokonce nesvéprávné osoby se z nich stávají až po dlouhodobých a opakovaných hospitalizacích v léčebnách. Schizofrenií přitom může onemocnět každý stý člověk na světě. V České republice schizofrenií trpí asi 40 000 lidí) (Bedrnová 2010: 31).

Schizofrenie je děsivá nemoc, před kterou není úniku. Nemocný si může představovat, že je cílem spiknutí tajných služeb, že je poslem mimozemšťanů, nebo novým Mesiášem. V danou chvíli, nebo i dlouhodoběji, jsou právě tyto představy jedinou pravdou a prožívanou realitou. Můžete si myslet, že jste nový Ježíš, tudíž že máte uzdravovací schopnosti a moc konat zázraky. Tyto dlouhodobé představy nebo krátkodobé bludy nemají žádnou souvislost s IQ pacienta. Schizofrenie je duševní porucha, která je definovaná MKN-10. „Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) je klasifikace onemocnění používaná v České republice. Ta jsou popisována na základě skupiny znaků a příznaku, které se vyskytují společně, v daném souboru se odlišují od ostatních a nerepresentují jiné onemocnění. Duševní poruchy v MKN-10 tvoří samostatnou kapitolu“ (Probstová 2014: 21). Ve výčtu základních diagnostických kategoriích duševních poruch podle MKN-10 má svoje místo jako F 20-F 29: „Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy“. Schizofrenie se projevuje štěpením vjemů a následným „nenormálním“ vyhodnocením vjemů v mozku. Léčena je jak psychofarmaky, tak psychoterapií. Včasným odborným zásahem, vhodnými léky a individuální péčí je možné stav nemocného výrazně zlepšit, někdy ho dokonce i zcela uzdravit. Hlavním úkolem lékařů bývá minimalizovat riziko návratu ataky, a tím zvýšit jeho šance na samostatný, plnohodnotný život (Bedrnová 2010: 31). „Klinické pojetí schizofrenního onemocnění prodělávalo v historii řadu změn a tento stav se nevyhýbal ani posledním dvěma stoletím. Jako samostatné onemocnění schizofrenií identifikoval Kreapelin tím, že ji oddělil na základě příznaků a průběhu od onemocnění mani-

odepresivního. Krapelin nazval onemocnění jako „dementia praecox“ neboli předčasná demence, aby podtrhl charakteristický soubor příznaků se začátkem v rané dospělosti s postupným kontinuálním úbytkem psychických funkcí. Další posun v nazírání na schizofrenii přinesl Bleuler, který na základě pečlivých zkoumání, uvedených v *Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien* z roku 1911, došel k závěru, že jednou z nejvýznamnějších charakteristik onemocnění je štěpení různých psychických funkcí“ (Probstová 2014: 56). Projevy této nemoci jsou například pocity paranoi. Dále můžete mít pocit všemocného zachránce planety, či spiklence marťanů, kdy si vsugerujete umění telepaticky přenášet a tlumočit přání z vesmíru. Nutno podotknout, že tyto představy mohou mít nebezpečné důsledky nejen pro samotného člověka žijícího se schizofrenií, tak i pro jeho okolí – mnoho advokátů a státních zástupců u soudu odkazovalo na schizofrenní ataku jako důvodu zproštění viny v případě vraždy (např. Česká tisková kancelář 2011).

Důvody, proč někdo onemocní schizofrenií, nebo proč u něho nemoc propukne ještě nejsou zcela přesně známy. V současné úrovni poznání se ví jen tolik, že jde o důsledek vzájemného působení vrozených dispozic a podnětů zvnějšku (tzv. psychosociálních faktorů). Dítě schizofrenika má deseti procentní pravděpodobnost vzniku této nemoci. Pokud jsou postiženi oba rodiče, vzroste riziko na třicet procent. Dalšími biologickými faktory jsou infekce – prokázán byl vliv prodělání těžké chřipky těhotnou ženou v prvním trimestru těhotenství. Nebo těžký porod, při kterém dojde k přidušení miminka. Dispozice pro propuknutí nemoci znamená, že mozek takového člověka je zranitelnější. Ale co přesně se v něm odehrává jinak, to se zatím neví. Předpokládá se, že klíčovou roli při propuknutí schizofrenie hrají neurotransmitery dopamin a serotonin. Za normálních okolností jsou tyto dvě chemické látky v mozku rovnoměrně rozloženy, to ale u schizofreniků neplatí. Usuzuje se, že dopamin a serotonin se u nich více koncentrují například ve spánkovém laloku, který je považován za centrum vzniku halucinací. Za co konkrétně je ale ta která chemická látka při propuknutí schizofrenie zodpovědná, není

ještě přesně známo. Velmi obecně řečeno rozlišují serotonin a dopamin důležité od nedůležitého. Vyplavují se totiž v životně důležitých situacích – například když máme strach, hlad, cítíme bolest nebo jsme vzrušeni. Ovlivňují a regulují tak naši náladu i aktivitu. Jenže u schizofreniků jsou tyto látky mimo kontrolu a vyplavují se i ve chvílích, kdy se nic důležitého neděje. To je důvod, proč si spojují do souvislostí věci, které se sebou vůbec nesouvisí. Nebo kterých by si zdravý člověk nevšiml. Například vidí na ulici příliš mnoho modrých aut. Nebo sedí u televize, listují novinami a herec najednou pronese slovo, které před vteřinou četli. Jsou přesvědčeni, že nejde o náhodu, vidí v tom pro sebe skrytý důležitý vzkaz, který musí dešifrovat (Bedrnová 2010: 31-32). Schizofrenik si nikdy nemůže být jistý, zda se to, co viděl, slyšel nebo zažil, skutečně stalo. Obtíže spojené s tímto onemocněním můžeme vidět například ve filmu *Čistá duše*, který se inspiroval životním příběhem talentovaného matematika Johna Nashe. Uvádí se, že se schizofrenií žili i tak významní lidé jako Vincent van Gogh nebo Isaac Newton.

### **3. INTERPRETACE A VYHODNOCENÍ ZÍSKANÝCH DAT**

V této části bakalářské práce představím odpovědi na výzkumné otázky a také témata, která se ve výpovědích mých informantů shodně objevovala. Informanti nejsou charakterizováni podle určitých měřítek – nevytvářím schematické typy schizofreniků (věk, způsob léčby, místo pobytu atd.), protože sama v předchozí části kritizuji neindividuální přístup k diagnostikování duševních nemocí a s tím i existující typologizaci. Pro potřeby výzkumu mám ale data od informantů různého věku, různých způsobů léčby a také různých typů schizofrenie (tzn. informanti s jedním atakem za celý život, lidé s atakou jednou za čas, a lidé s pravidelnými atakami).

„Vstup do terénu“ pro mne nejprve znamenal nastudovat velký objem literatury lékařské povahy o tom, jak je schizofrenie lékařsky definovaná, a poté prozkoumat zdroje o současné diskuzi o schizofrenii. Rozhovory s „pacienty“ mi však ukázaly ještě další rozměry emického chápání nemoci a diagnózy. Následující podkapitola přiblíží, jak moji informanti z řad odborníků i pacientů interpretují vznik nemoci.

#### **3.1 Důvody propuknutí schizofrenie**

Často je rozvoj schizofrenie kladen za vinu kouření marihuany, prokazatelně toto ale nebylo nikdy dokázáno. Nicméně celé jedno procento lidí má ke schizofrenii predispozici, takže nemoc se u nich může, a nemusí projevit. Mnoho autorů ale dává vinu za spuštění psychózy právě marihuaně, přestože nejsou prokazatelné výzkumy. Jeden z oslovených odborníků říká: *„Nejčastějším spouštěčem u lidí co mají genetické predispozice, může být nadměrný stres*

*(rozpad rodiny, smrt blízkého, náročné studium), ale klidně taky joint marihuany. “ Další odborníci tyto zátěžové stavy popisují detailněji: „Nejčastěji se říká, že je to vlivem nějaké stresující, závažné situace, nebo časového období. Léčila jsem mladýho kluka, kterému se rozjela schizofrenie kvůli závěrečným zkouškám. Byl to nějaký elektrotechnický, technický obor na ČVUT, takže asi dost stresu. Schizofrenie se objevuje takhle při přelomových a zátěžových událostech, a těch je hodně v období raný dospělosti, kdy se nemoc nejčastěji objeví. Takže by ideálně děti lidí se schizofrenií měli chodit na předběžné prohlídky, aby se to podchytilo, pokud mají předpoklad pro propuknutí. Jenže vlastně na druhou stranu většina schizofreniků si nenajde partnera, a žije osamoceně – právě kvůli té emoční oploštělosti. To znamená, že pak ani nemají děti... No ale to může být i strejda, teta, žejo. “*

*„Ono je jedno, jestli seš vysokoškolák, nebo dělník, to nesouvisí s inteligencí, to prostě..., takhle ke mně přišel kluk z fabriky, on si myslel, že čaruje. Že umí kouzlit, něco jako Harry Potter, ale spíš trochu do takovýho mága. On si doma na půdě zkoušel vařit lektvary a čaroval tam, prováděl magii, nějaký rituály. To teda vím, to řekl až když byl hospitalizovanej, protože on měl výbuchy agrese, myslím, že napadl svýho otce, nebo někoho. A potom byl teda takhle diagnostikovanej. On potom ke mně chodil až léčenej. Ono se mu to rozjelo právě nástupem do té práce, ono to bylo hodně náročný, něco manuálního, ale fakt že dostával zabrat, no a to mu rozjelo schizofrenii. “*

*„Mluví se o trávě, o marihuaně, že by mohla bejt spouštěč, jenže to nevíš, jestli je kouření trávy příčina, nebo následek. Nebo to i to, záleží v jakým případě. Jenže když mi pacienti mluví o tenzi, o tom, že mají prostě hrozný tlaky v hlavě, v těle..., tak se chtějí na chvíli uvolnit. Schizofrenici obecně hrozně kouří cigarety. Protože jim to na chvilku uleví. To třeba jsou schopný vykourit 40 cigaret denně. Mají žlutý prsty, to pak poznáš schizofrenika jen ti podá ruku... No*

*a s tou trávou, to je sporný no. Oni můžou slyšet hlasy, mít bludy, halucinace, tenzi v těle, napětí...a z toho důvodu začnou kouřit – a když potom přijde první atak, nebo se to začne řešit, tak se o tom mluví, jestli to nezpůsobila ta tráva. Já si spíš myslím, že ne.“*

K diagnóze dochází až poté, co se nemoc „spustí“ vlivem určitého stimulu, tedy ukáže určité své projevy. Je tedy odborníky popisována, jako něco co „se objeví“ a upozorní na sebe jako nějaké chování, které vybočuje z „normy“, avšak před tím, už může existovat v určité latentní, spící podobě třeba jako rodinná genetická predispozice. Je tedy otázka, odkdy je možné člověka se schizofrenií chápat jako „nemocného“.

Informanti s nemocí úvahy o spouštěcích potvrzují (nebo přebírají lékařská vysvětlení) a mluví rovněž o marihuaně či stresu: *„Dědičnost – sice to nemám oficiální, jako oficiálně potvrzený, ale babička od taťky měla deprese, což je porucha serotoninu. A schíza je porucha dopaminu. Navíc moje sestřenice, dcera tety, má teď taky schizofrenii. Byla na tom špatně, ale už se lepší. Takže to máme ob generaci. A nemám vůbec lékařsky potvrzený, ale myslím si, že za to může tráva. S bývalým přítelem jsem hulila, kouřili jsme trávu skoro pořád. Hodně často. Protože on hulil, a já s ním pak taky. Nemám lékařsky potvrzenou ani tu dědičnost, ani tu trávu. Takže nevím.“*

*„Možný spouštěče jsou: nedostatek spánku, stres, upřednostnění potřeb druhých před těma svýma, alkohol... To jsem tak nějak splňoval, no.“* Nemoc se tedy „spustí“ a odborníci ji nějak označí, tedy diagnostikují, aby jí mohli nějakým způsobem uchopit a „léčit“. Diagnóze se budou věnovat následující kapitoly.

### **3.2 Reakce pacientů na vlastní diagnózu**

Ještě před tím, než jsme probíraly důvody vzniku nemoci, se moje první otázka v rozhovoru vždy týkala toho, jak reagovali informanti sami na diagnózu schizofrenie – na to, že byli takto

označení. Vztah k diagnóze (přijetí, nepřijetí, nebo přijetí s výhradami) poté ovlivňuje celý proces léčby, jejich vztah s psychiatrem atd. Někteří autoři uvádějí, že právě označení (etiketizace) člověka může negativně ovlivnit, jak jeho postoj k nemoci, tak vztahy okolí k „nemocnému“. Jedna informantka odmítala svou diagnózu z toho důvodu, že její matka má stejnou diagnózu, a informantka se odmítá ztotožnit s takovou představou.

Jak uvádí Jiří Šupa ve své disertační práci: „Kód diagnózy vytváří základ pro vytvoření představy o pacientovi, která je dále upravována na základě přijímání léčby pacientem a jeho dalšího prosperování v psychiatrickém zařízení“ (Šupa 2011: 139). Jazyk diagnózy překrývá osobu a stává se základem pro atribuci jeho chování. Dá se tedy předpokládat, že osvobození se z diagnózy znamená zlepšení? Ne nutně, některé informantky uvedly, že právě znalost diagnózy a pojmenování „nenormálních“ stavů jim pomohlo v procesu léčby:

*„Nejdřív přišly ty ataky, ale já jsem nevěděla, že je to něco nenormálního, v tu chvíli to neřešíš, přijde ti to normální. Tak jsem to neřešila. Ten první atak. U druhého už jsem si říkala, že je tady něco v nepořádku, že to není ok a potřebuju pomoc, protože jsem to nemohla pochopit. Jsem byla do té doby úplně v pořádku. Ten první atak, to mi bylo asi 18. Při tom třetím jsem se úplně jakoby zbláznila, to mi bylo 21. Poslouchala jsem hlasy ve své hlavě, který mi říkaly, ať si lehnu, že jsem hrozně vyčerpaná. A tak jsem si lehla. Jenže na 4 proudovou silnici. A měla jsem štěstí, že mě nic nezajelo, zrovna svítila červená. Okamžitě mě sebrali a šoupli do ústavu. A tam jsem byla ani nevím jak dlouho. Moc si to nepamatuju... Tu svou cestu ke schizofrenii jsem si jakože musela najít. Ale zpětně si říkám, že je lepší to pojmenovat. Lepší je znát diagnózu.“*

Pocity ohledně diagnózy mohou být i ambivaletní, vlivem zažité zkušenosti s člověkem ze schizofrenií ze svého okolí nebo na základě předchozí zkušenosti s jinou diagnózou: „Když mě takhle doktorka označila, tak mě to vyděsilo. Strojda je totiž schizofrenik, a moji mámu (svoji



*sestru) jednou málem uškrtil, v záchvatu. Na druhou stranu se mi ulevilo, že ví, co se mnou je, protože předtím mě léčili na deprese a to bylo strašný. A hlavně mi to vůbec neulevilo.“*

Jedna informantka svou diagnózu nepřijala. Domnívá se, že všechny příznaky, které jí sužují, jsou nějaká nová nemoc, a podstupuje mnoho vyšetření, aby zjistila, co jí vlastně je. Nutno dodat, že její neochota smířit se s diagnózou velmi ovlivňuje její okolí (respektive rodinu), protože si neustále stěžuje na různé okolnosti, a je nespokojená se současným stavem věcí. Domnívá se, že lékaři možná vědí, co to je za nemoc, která jí trápí, ale nechtějí jí to sdělit.

Diagnóza tedy může na jednu stranu představovat úlevu, která umožní přičítat zvláštní stavy informanta nemoci a nasměrovat lékařský systém na určitý druh léčby. Na druhou stranu může být nepříjemnou nálepkou s ohledem na to, jak ji přijme nejen on sám, ale zejména okolí pacienta.

### **3.3 Reakce rodiny na diagnostikování schizofrenie**

Vliv na přijetí diagnózy schizofrenie „pacienta“ má vliv i to, jak diagnózu přijme či nepřijme jeho nejbližší okolí. Může se jednat o podporu, ale i o odmítnutí:

*„No, můj přítel reagoval nejdřív tak, že vůbec nevěděl, co se děje. Co to jsou ty ataky. A hned potom reagoval úplně úžasně. Kdybych byla na jeho místě, tak jsem nejdřív taky úplně v šoku. Jinak moje rodina reagovala..., no, že mamka nejdřív brečela. Byli z toho hrozně smutný, nic o tom moc nevěděli, měli málo informací. Mysleli si, že je to pro mě konec světa. A pro ně to tím pádem bylo taky blbý. Kvůli neinformovanosti to potom třeba někdo z mého okolí mohl nějak nálepkovat a odsoudit mě, ale rodina ne. Vysvětlila jsem jim, o co se jedná. Širší rodina, ostatní příbuzní, se ptala rodičů, nebo babičky, a tak už o tom něco ví. A hlavně jsme*

*v kontaktu, takže vidí, že funguju úplně normálně. Zvláštní, že v dnešní době jiný psychózy nebo deprese jsou OK, ale schizofrenie je něco divného. Že to lidi neberou, nemluví se o tom.“*

*„Já jsem to řekla našim, a oni se zachovali skvěle. Mamka, ta je pořád ledově klidná, a taťka se ani nerozčílil. Asi byli taky rádi, že se konečně ví, co mi je. Že se to dá pojmenovat. Ale protože strejda je schizofrenik, tak si ho určitě oba hned vybavili, a to není dobrá představa. Takže určitě měli i trochu strach...“*

Pro přijetí diagnózy nejbližším okolím byly podstatné informace o povaze nemoci, které mu umožnily překonat prvotní šok a dále další každodenní soužití s informanty. Přesto informanti poukazují na to, že schizofrenie je stále chápána jako více stigmatizující než jiné typy psychických nemocí, které už jsou dnešní společností lépe přijímány.

### **3.4 (Ne)pravdy o schizofrenii aneb předsudky**

Schizofrenie jako nemoc je přijímána hůře zejména proto, že odpovídá určité zažitě kulturní představě „blázna“, kterou jde hůře aplikovat například na výše zmíněnou depresi apod. a je rovněž spojována s agresivními projevy některých pacientů. „O schizofrenii se hovoří jako o rozštěpení osobnosti. Nejde ale o obecně vžitou představu bláznů, kteří si myslí, že mají dvě různé osobnosti. Termín označuje výskyt protikladných myšlenek, pocitů a postojů, které jim znemožňují normální život. Schizofrenie je vážné duševní onemocnění, není ale nevyléčitelné. S léčbou se však musí začít brzy – do tří měsíců po první atace. Schizofrenie se zpravidla projevuje dvojími příznaky – tzv. pozitivními a negativními. „Pozitivní“ neznamená příznivý, ale plusový – že má nemoc něco navíc. V tomto případě bludy a halucinace. Jedním z negativním příznaků je emoční oploštělost“ (Bedrnová 2010: 30).

Odborníci se shodovali v tom, že vlivem medializace negativních událostí, kdy schizofrenik někomu ublížil, jsou společností i zdravotnickým personálem bráni jako nebezpeční: „*Tak*

*tady jsou samozřejmě ty předsudky o agresivitě. Za to se nemůžu na lidi zlobit, ale třeba zdravotní sestry by se měly chovat míň odměřeně, když mají na službě schizofrenika. Ono když mají strach, tak je to cítit, a cítí to i ten pacient, a to mu prostě nepomáhá. Když cítí, že se ho bojí. Ale když jako jasně, ono se medializuje, že tamhle nějaký schizofrenik tamtoho zapíchnul, a tak, to já to nechci zlehčovat. Ale za svoji praxi, ti lidé se schizofrenií jsou neškodný, pokud berou prášky a mají nějaký režim. Tam pak maximálně, pokud by změnili nějak radikálně něco ve svém životě, že by vypadli z nějakýho toho zaběhnutýho řádu, tak se může objevit ta tenze víc, můžou se vrátit bludy nebo hlasy a takový lidi, aby se potom zbavili těchhle projevů, který si spojej s téma atakama, co měli před léčbou, tak jsou schopný si ublížit, jen aby bludy, hlasy přestaly. Nebo si vezmou život, protože se to nedá vydržet.“*

Lidé se schizofrenií uvedli, že s předsudky se setkávají kvůli nedostatku informací o této nemoci a malé osvětě: „Jo, setkávám se s tím. Jde o neinformovanost. Proto já třeba o tom takhle mluvím i otevřeně. Že lidi potom viděj, že nejsem žádný blázen. Některý moje kamarádky, když se dozvěděly o tom ataku, tak mě úplně odstříhly. Dostala jsem nálepku blázna. Vyděsilo je to. Vyděsila je jejich představa o schizofrenii. Která byla založená na nedostatku informací o týhle nemoci.“ Pro tyto informanty je podstatné dávat najevo, že „nejsou blázen“, jen že je součástí jejich života určitá nemoc, tedy jsou primárně individuálními osobnostmi, které něčím trpí, ale nemoc je zcela nedefinuje.

Diagnózu schizofrenie totiž jen tak neodstraníte – nemoc sice není vyléčitelná, ale pod vlivem medikace může člověk se schizofrenií prožít celkem „normální“ život (jak se dočtete snad v každém článku či příručce o schizofrenii – např. Skopová 2016: 8). I proto se odborníci snaží být při diagnostikování opatrní a přesní, aby člověka touto nálepkou „nepoškodili“: „Při samotným postupu diagnostikování se hrozně dlouho snaží většinou vyhnout tý nálepce ‚schizofrenie‘. Protože to už pak neodlepíte. Takže když si nejsou doktoři jistí, tak se napíše do papírů, že je to schizoidní porucha, nebo afektivní porucha. Anebo když je velká pravděpodobnost,

*že je to schizofrenie, tak se napíše ,okruh schizofrenie'. To ještě pořád není taková nálepka, ale už to hodně pomůže v procesu léčby, protože vědí, na co se zaměřit.“ Tento posun a jistou opatrnost v diagnostice vnímám jako zajímavý s ohledem na míru stigmatizace diagnózy.*

### **3.5 Percepce vlastní normálnosti/ nenormálnosti**

Ptala jsem se, jak lidé s duševním onemocněním vnímají normativitu ohledně svého stavu tzn. že jsou označeni za nenormální, tj. nesplňující normu odborníky a poté i společností. Kromě vnímání určité ostražitosti od zdravotnického personálu, nebo od kamarádů, kteří ví o jejich nemoci a mají určití předsudky či obavy, se často zaměřují na to, jestli s diagnózou schizofrenie nejsou „horšími“ lidmi: *„Já jsem, ta nemoc vlastně začala tak, že jsem řešila, jestli jsem dobřej, nebo špatnej člověk. Ano, jsem oboje. Ale v tu chvíli to mohlo být jen tak, nebo tak. Nemohla jsem přijmout kompromis. Já nechtěla být dva v jednom. Protože jsem byla dvě. A chtěla jsem zažít ale tu „jedna“. Jednotu. Ztotožnění.“*

Právě tím, že zažívají „nenormální“, neobvyklé stavy, které jiní lidé nezažívají, se objevuje otázka toho, zda jsou tyto stavy za trest, zda představují například určitou zkoušku apod. Informantka v následující citaci se identifikuje jako věřící: *„Ne, to se projevilo až v 18. Předtím, řekla bych, že jsem vždycky byla nějak průměr. Možná trochu víc spirituální, ale to je asi tak všechno.“*

Sami informanti tedy vnášeli do svých úvah otázky morální – jsem dobrým nebo špatným člověkem, pokud se musím potýkat s touto nemocí? Je otázkou, do jaké míry je toto uvažování podníceno reakcemi okolí.

### **3.6 Ataky**

To, co je v rámci schizofrenie nejvíce spojeno s „nenormativitou“, jsou stavy, které se nazývají ataky. Ptala jsem se na prožívání ataků, tj mimořádných stavů vědomí, které je pro schizofrenii

charakteristické – jejich vnímání je najednou zaseknuto v nepravdivé, upravené realitě. V této části rozhovorů se všichni informanti velmi intenzivně snažili mi pomoci tento stav pochopit. Snažili se popsat svoje prožívání, aby právě svou percepci těchto nenormálních stavů přiblížili. Všechny provedené rozhovory byly v tomto úplně uniformní – tzn. mimořádné stavy nejsou závislé na intelektu, lidé se schizofrenií si většinou po odeznění ataku uvědomují, že ta prožívaná „nenormální“ realita nebyla „normální“. I literatura definuje podstatu schizofrenie jako ztrátu kontaktu s realitou, z emického pohledu jsou však v momentě ataky vnímány jako „normální“ i věci pro jiné lidi „nenormální“ či „neexistující“: „Schizofrenie je psychóza, těžká duševní porucha, při které pacient ztrácí kontakt s realitou, jeho psychické funkce jako myšlení, vnímání, cítění, vůle i pozornost jsou silně narušeny. To, že je nemocný, si minimálně při atace (akutním záchvatu) neuvědomuje“ (Bedrnová: 30-31). Nenormální stavy a povaha atak je u různých lidí různá. Následující citace ponechávám bez interpretace, chci jimi přiblížit určitou „žitou zkušenost s atakou“:

*„Máš prostě celý den pocit pnutí. Jako by tě to mělo roztrhnout, jenže ten pocit vychází z hlavy. A jde do celého těla. A ta tenze se zvyšuje a zvyšuje, až potom přijde ten atak, a ty o sobě nevíš. Jsi najednou v úplně jiné realitě. Já jsem se takhle minulý týden rozběhla do parku, a chtěla jsem skočit z té vyhlídky a zabít se, protože to pnutí už bylo nesnesitelné, a hlavně jsem měla pocit, že mě všichni nenávidí a jsem jen na obtíž, a kdyby za mnou neběžel táta a nechyt mě, nedohonil mě v tom parku, tak jsem teď mrtvá. Já bych skočila. To není o tom, že mám v sobě nějaký nevyřešený věc, že bych se normálně chtěla zabít. Tohle bylo úplně poprvé. Nevím, kde se mi ten nápad vzal v hlavě. Kdyby mě táta nechyt, tak teď tady nejsem. Jenže u sebe nemůžu mít pořád nějakýho hlídače. To se nedá, to přece po nikom nemůžu chtít. Takže jako prostě nikdy nebudu mít vztah? Ale tohle na nikoho hodit nemůžu, chápeš...“*

*„Před týdnem jsem měla ten nejhorší atak ze všech, zatím. A to jsem si myslela, že hloub do vlastního nitra už nemůžu, ale bylo to strašný. Pocitově...jak bych to vysvětlila... Zase to pnutí, který mě má jakože roztrhat, hrozně mocná síla... měla jsem představu, že lidi v tomhle světě, každý je na takovém kolotoči prostě ... a tak nějak se točí, různě pomalu. A když jsem měla ten atak, jako by se ten můj kolotoč šíleně roztočil, a já z něj spadla, ale nějak se zachytila za nohu a točila se dokola a dokola a hlavou mlátila o zem, a všichni to viděli, ale nikdo ten kolotoč nemohl zastavit... Je to hrozná bezmoc.“*

*„Já už tyhle ty stavy měla tak nějak odmala. Že jsem třeba byla v místnosti a najednou jsem se dívala na sebe a ty lidi, co tam byli se mnou z nějakýho rohu místnosti. Nebo třeba trochu seshora. Pocity, že nejsem ve svém těle, to mám odjakživa.“*

*„Slyšela jsem hlasy, jakoby zvenku. Hele slyšet hlasy je dar, ale je třeba s tím umět pracovat. Léky tě nenaučí, jak to zvládat. Slyšela jsem hlasy, co mi říkaly: Vysaju ti duši. Nebo: Zabiju tě!“*

*„Byly tam i fyzický příčiny: tlaky v hlavě, ve spánkové oblasti. Jinej typ bolesti a tlaku než u migrény. No a halucinace já jsem měla třeba i čichový. Chuťový. To nechápeš! Já jsem byla doma a šla jsem dolů do kuchyně, protože jsem cítila vůni pečenýho masa. A jdu k troubě a ona byla prázdná. A žádný maso tam nikde nebylo! A potom jsme asi o hodinu později jeli k babičce, a tam bylo přesně to maso, co mi vonělo! Ale blbost, abych to cítila na 50 kilometrů. To fakt nepochopíš.“*

*„No a měla jsem i prostorový halucinace. Byla jsem například v pokoji a nemohla jsem najít dveře. Začala jsem panikařit, že se z toho pokoje nedostanu. Přitom samozřejmě měl dveře.“*

Právě návraty ataků jsou často důvodem ústavní péče, neboť člověk může být nebezpečný, pokud se i po léčbě psychofarmaky stav nemění: *„Takhle jsem měl pacientku, kdy ze začátku ona byla úplně normální, zdravá holka. Potom ale přišel několikrát její táta, že ona bydlí sama v bytě, a že ho prý demoluje... a taky že si tam nechce nikoho pustit. Jenže já nemám pravomoc tam poslat policii, nebo prostě sanitku, když se nic nestalo, tohle jsou těžký situace na vyřešení... Ono to dopadlo nakonec, že se to vyřešilo tak, že ona jednoho dne vyběhla někam k přehradě, kde zničila nějaký věci, myslím, že si zničila i notebook, a něco tam na tý přehradě. A potom chtěla nějak skočit z ní dolů, chtěla se zabít. Byli tam ale lidi, a někdo někoho zavolal, odchytili ji, diagnostikovali, zaléčili...“* Nemoc se „projeví“ a je léčena, člověk léčený je takzvaně „zaléčen“, stabilizován a uveden do normy. V následující kapitolách se tedy budeme věnovat procesu léčby.

### **3.7 O procesu léčby**

V České republice existuje řada soukromých i neziskových organizací, které pomáhají schizofrenikům zapojit se do společnosti. Informují je (a okolí), vzdělávají o průběhu nemoci, nabízejí jim různé volnočasové aktivity, rozvíjejí s nimi sociální a kognitivní dovednosti. Třebaže služby takovéto psychiatrické rehabilitace už nabízí i řada státních zdravotnických zařízení a klinik, není jich zdaleka dost (Bedrnová 2010: 33). Pokud ale odborníci preferují léčbu primárně antipsychotiky (tzn. snaží se potlačit nenormální projevy), nebude zde prostor pro léčení například psychoterapií (snažit se nenormální projevy nepotlačovat, ale pochopit a tím i částečně „vyřešit“):

*„Cítala jsem, že jsem do té normy nasunutá; ze začátku, že dobrý, že to nějak půjde, ale potom mi došlo, že ta norma není moje, že jsem do toho nasunutá. Což vede k tomu sebepoškozování. Teda nikdy jsem neudělala nic, abych si ublížila. Tyhle myšlenky mě ale začaly napadat až po začátku léčby, ale stejně jsem si neublížila...“*

*„Potom přišla divná chvíle úlevy, nejdřív to byl neklid. Vše bylo v nepořádku; a potom najednou bylo všechno v pořádku. Potom jsem ale začala pochybovat o tom, co je iluze a co ne. Je iluze to, co prožívám s tou léčbou?“*

Některým informantům se tedy přičilo přizpůsobovat se normě za každou cenu, u jiných došlo k určitému rozostření toho, co je realita a iluze nebo norma a abnormalita. Každopádně zdůrazňovali, že pro ně bylo důležité najít v celé situaci určitou „svoji cestu“, svoji vlastní normu.

### **3.8 Antipsychotika**

Jak uvedla jedna dotazovaná psychoterapeutka, v praxi je primární nasadit psychofarmaka pro potlačení nenormálního, tedy určitých stavů, které jsou nežádoucí: *„Tak u nás se většinou nasadí léky, protože ty utlumí právě projev bludů. Tlumí se to, aby ty nenormální stavy neměly. Protože ty jsou nežádoucí. Pacient není schopný rozeznat realitu od bludu a může být nebezpečný. Nejen okolí, ale především sobě. Kvalita těch bludů je samozřejmě různá – psychofarmaka zabírají, ale když se mě ptáte, jestli jsou případy, kdy ne, tak musím říct, že jsou i takový případy samozřejmě. Ale výjimečně. To se děje ze dvou důvodů – že by ty dávky psychofarmak byly moc vysoký – že by musel denně spolýkat tři hrsti prášků. Nebo že ty psychofarmaka na něj neúčinkují. Takový lidi potom jsou hospitalizovaný často, na kratší dobu. Že si je víc hlídáme.“* Psychofarmaka tak pomáhají v určité „kontrolé“ pacienta a potlačení nejvíce negativních jevů nemoci.



Někteří informanti chápali léčbu psychofarmaky jako nutné zlo, jiní jako první část cesty k uchopení nemoci a získání větší kontroly nad svým prožíváním:

*„Já jsem ze začátku léčbu vnímala jako záchranu. Hlavní cíl bylo neumřít. Byla jsem totiž nebezpečná sama sobě. Potřebovala jsem nějak uchopit to, co se se mnou najednou děje, čemu jsem absolutně nerozuměla. S lékama jsem ale nesouhlasila – třeba se příčina nemoci nevyřeší, navíc jsou návykové. Ale je pravda, že nějak se začít muselo. Takže jsem je brala. Ale postupně snižovala dávky. Ted' už nějaký čas funguju bez léků.“*

*„Těch ataků nebylo tolik a naštěstí od doby, kdy jsem se začala léčit a postupně si přijít na důvod téhle nemoci, se nevrátily. Pro tebe jako nemocného je hlavním úkolem najít příčiny ataků. Co ataky způsobuje, jejich spouštěče. U každého to může být něco jiného. Lékama se to jen otupí, nevyřeší. I když samozřejmě pokud jsi v ataku, tak je otupení rozhodně lepší než nic, lepší než se tomu poddat. Otupení ti může pomoci v pochopení té nemoci.“*

U informantů se ale objevovaly i velmi vyhraněné názory na psychofarmaka, snad i proto, že vyzkoušeli více možných kombinací, se kterými přišly i nežádoucí vedlejší, nebo později abstinenční příznaky:

*„Léky jsou sračka, víš, že nikdy nebudeš vědět, jaká tvoje forma jsi ty. Nakolik to jsou léky a nakolik to jsi ty... což vede k sebepoškozování, protože chceš pocítit bolest... ta ti ukáže pravdu, realitu, probudí tě. Uvědomuju si, že hledání pravdy pro mě bylo zásadní, ale s lékama jsem na to byla víc zatížená, řeším, co je pravda a co ne...“*

*„Jakmile začneš brát prášky, tak sama se sebou polemizuješ, jestli ještě to je to ‚špatný‘ vnímání, nebo už to ‚dobrý‘. Dlouho jsem se s lékama smiřovala... No věděla jsi, že jsi ovlivněná věcmi z venku, co není z tebe, co ti chemicky ‚opravujou‘ mozek, tak se nemůžeš 100% spolehnout na svůj úsudek, a já jsem se nemohla smířit s tím, že by byl můj úsudek špatnej – že nemůžeš věřit svému úsudku – že je nevíš, co je tvoje já, kdo jsi – ty léky se nejenže snaží ‚napravit‘ tvůj*

*úsudek, ale tvoří z tebe jinou osobnost, s různějma lékama jsem byla jinej člověk... to, co se označuje jako ‚problém‘ je ve mě samotný, jak to můžou zlepšit prášky z venku?“*

*„S lékama je to těžký, musí mít přesně nastavené dávky podle tebe, což se ale ne vždycky děje. Drtivá většina léčebných dávek u farmaceutických výrobků se vztahuje na 75kg člověka. Když já mám ale nějakých 50 kilo, tak to znamená, že beru o 33% víc. Že jsem předávkovaná. A to i bez předávkování moje tělo nefunguje, natož potom.“*

*„Teď mám zase novou kombinaci, nový prášky. Zmizely problémy s usnutím, ale tlumí mě to až moc. Mám celý den hrozný pocit únavy. Jako když jsi unavená, a jdeš si zaběhat, aby ses probrala – jenže se nedostaví dobrý pocit z proběhnutí se, ale jen další vlna únavy. A s tím musím fungovat celý den. Nevím, jestli s tím budu schopná vydržet v práci.“*

Informanti tedy kritizují zejména to, že jim léky neumožňují rozlišit, co je jejich následkem a co už „upracovali“ sami, nebo dokonce, co jsou a nejsou oni sami. Interakce s psychofarmaky se dotýkají samotné podstaty naší identity a možnosti cítit se „pravdivě“.

Ptala jsem se na negativní vliv psychofarmak na „pacienty“. Odborníci se shodovali v tom, že pozitivní výsledky převažují nad negativními: „*Nežádoucí vliv psychofarmak? Tak jsou tam vedlejší účinky samozřejmě, ale obecně převažuje názor, že ty dobrý účinky dalekosáhle převažují, takže tohle se jako vůbec neřeší. Po několika z nich se hrozně ztloustne – není to primárně kvůli lékům samotným, ale oni povzbuzují chuť k jídlu. No a v důsledku léčby, protože tam se řeší dopamin, kterej schizofrenikům tam trochu dělá paseku, mají třesy. Později mají třesy. Klepou se jim ruce a tak.*“ Je evidentní, že pro odborníky je podstatná určitá základní funkce léčiv, která umožní potlačení těch nejviditelnějších projevů nenormativity, a rozměr týkající se identity pacientů je pro ně těžko uchopitelný. Pokud jde o psychiatry, mluví také

spíše o nežádoucích účincích na fyzické úrovni. Psychofarmaka upřednostňují i kvůli tomu, že kromě tlumícího účinku také mají působit preventivně: „Zaléčí se (myšleno psychofarmaky), aby zmizely bludy, a aby se nevrátily a nevracely.“

### 3.9 Vztah pacientů a psychiatrů či jiných doktorů

Informantů jsem se ptala, jaký mají vztah ke svému psychiatrovi, nebo jinému doktorovi, který je doprovází v léčbě. Zajímalo mě, jak si myslí, že ovlivňuje proces léčby právě vztah pacienta a odborníka. Jedna z informantek zcela zavrhuje svou diagnózu schizofrenie, takže všem doktorům již z principu nevěří, protože si myslí, že trpí jinou, zvláštní nemocí, kterou jí ale oni nechtějí říct. Anebo ji nejsou schopni vyzkoumat: „*Tak já přece nemám schizofrenii. Tu má moje máma, a ona..., není normální, ale já jsem přece jiná, vždyť se na mě podívejte. Zvládnou se postarat, a vůbec, vždyť jsem jinak normální, ale to já mám nějakou jinou nemoc, to není v hlavě, to je v těle.*“

Další informanti se lišili v odpovědi kladného typu, tedy že svému doktorovi důvěřují a že si myslí, že jsou v dobrých rukách: „*Já a můj psychiatr? Jednoznačně důvěra.*“ Nebo uvedli, že se jejich doktor snaží co nejlépe zmírnit projevy schizofrenie: „*Když ona už moc asi neví, co se mnou. Všechny kombinace léků, který jsem měla doted' mi nepomohly – ataky se vrací. Sice jsem více schopná nyní rozpoznat, kdy se blíží atak, než předtím, ale nijak ho nedokážu odvrátit. A co je další problém, že nemůžu usnout, a to taky nepřidává k celý současný situaci. Ale jedinej lék, kterej by mi na to pomohl, a chvílku jsem ho i brala, protože jsem spala třeba jen tři hodiny každý den, mi sice pomůže usnout, ale není to takovej ten spánek, kdy si doopravdy odpočineš. Že jsem jako zavřela oči, to jo, ale to spaní bylo divný. A bylo mi z nich špatně od žaludku. Tak to neberu. A nespím moc, no. Ted' čekám na další sezení, co s ní budu mít, ale to je tak jednou za 4 měsíce, což nestačí... Už půl roku jsem se pořádně nevyspala.*“

Odborníci byli rovněž dotazováni na to, jaké mají oni sami zkušenosti s pacienty se schizofrenií:

*„Já se se schizofrenikama moc nepotkám, teda jako pár jich léčím, ale ono když už mají léky a dodržují nějaký režim, tak to není jako extra dobrodružství – prostě normální pacienti.“*

*„Setkávám se nejčastěji se zaléčeným typem schizofrenie – ty lidi berou léky a ambulantně třeba dochází za nějakým, nejlépe svým, psychiatrem. Když se mě ptáte na to, jestli změna sociálního prostředí jim může nějak ulevit – tak jasně, že jo. Lepší, když mají rodinu, která na ně dohlídne, postará se o ně. Ale tady je prostě faktem, že oni jsou dost samotářští a nevyhledávají ani lidskej kontakt. Třeba s nimi mluvíte a oni vám nevydrží koukat do očí. Mají takovej jakoby zamlženej pohled, když už se na vás podívají... Ale nějaký svépomocný skupiny? Tohle pro ně moc není.“*

Pro informanty-odborníky tedy zaléčený schizofrenik znamená „normální“ schizofrenik, jakmile jsou tam účinné psychofarmaka, tak je vše, jak má být. Odborníci uvádí, že svépomocné skupiny většinou nefungují, kvůli tomu, že schizofrenie se projevuje emoční oploštělostí (neochota socializace, špatné čtení sociálních signálů atp).

### **3.10 Budoucnost**

Tato podkapitola by měla spíše nést název: „Budoucnost?“, neboť co bylo všem informantům společné, jsou jejich obavy ohledně budoucího života. Objevovaly se různé otázky: Najdu si partnera? Uzdravím se? Vrábí se bludy? Bude to ještě horší? Ublížím někomu koho mám rád? Bude se o mě mít kdo postarat? Odborníkům jsem se ptala, zdali si myslí, že je trvalá hospitalizace řešením. Shodovali se v tom, že není, neboť na to nejsou ani kapacitní možnosti, ani se to nedělá

kvůli pacientům samotným, neboť pokud berou prášky, tak se odborníci domnívají, že prý mohou žít celkem spokojený život. Uvedli ale několik možných problémů, jako je bezdomovectví, osamělost, závislosti (na kouření, alkoholu), deprese:

*„Velký problém je, že mezi bezdomovci je hrozně moc schizofreniků – o tom se ví, mluví se o tom, jenže tyhle ty lidi, to je pak to, že oni k té schizofrenii mají přidruženou nějakou závislost, která jim třeba alespoň na chvíli uleví od příznaků té nemoci – nejčastěji alkohol, ale můžou v tom být i drogy. No a pokud ten člověk ale vlivem schizofrenie a jejich příznaků, to znamená například, že je emočně plochej, nemá emoce a nevytváří si vazby na lidi (oni jsou obecně dost samotáři, záдумčivý), no tak prostě nemá nikoho, kdo by na něj dohlídnul, přijde o práci, protože je prostě divnej, nebo už moc pije nebo něco, zadluží se, přijde o bydlení, a je na ulici, nemá peníze a ani nikoho, kdo by se o něj postaral... Domnívám se, že příčina je schizofrenie, a bezdomovectví jako následek. I když neříkám, že se nemůže najít člověk, co nejprve kvůli závislosti či dluhu přijde o bydlení, a kvůli tomu stresu se mu neprojeví schizofrenie jako následek.“*

*„Ptáte se na to, jestli je trvalá hospitalizace řešením? Není, a většinou se to ani nedělá. Drtivá většina je zaléčená, to znamená, že bere prášky a občas zajde na kontrolu ke svému psychiatrovi, nebo na nějakou ambulanci. Celoustavní léčba, to možná dřív. Ted' funguje chráněný bydlení, tam můžou jít, tam můžou bydlet. Taky snahy o nějakou částečnou socializaci, to neuškodí: třeba vím, že chodí na pár hodin denně do stacionáře, nebo tak. Jenže ta schizofrenie, ona se vážně projevuje i tak, že nejste společenskej. Největší problém bývají mládenci, co žijou sami, se schizofrenií. To ženy se schizofrenií si spíš najdou partnera, než schizofrenik partnerku. Asi fakt nějaký samotářský geny... No, tohle je jen taková moje úvaha, to tam nepište, to nemám ozdrojovaný.“ Omlouvám se informantovi za uvedení „neozdrojované“ citace, poukazují tímto*

spíše na velkou osamělost lidí žijících s nemocí a na to, že naše společnost stále nemá vybudovanou kvalitní záchytnou sociální síť pro všechny nemocné, která by jim umožnila vnést do svého života určitý bezpečný „režim“.

Ani moji informanti žijící s nemocí nevidí pobyt v léčebně jako řešení: *„Jestli je otázka, abych šla někam do ústavu, a měla klid? Že by ataky způsoboval stres z běžného života? Já vím, že někomu krátkodobá odmlka pomůže, ale já bych se tam fakt zbláznila, někde zavřená. Můj život, tak jak je teď, mě naplňuje. Moje práce je moje jediná jistota, ať už jsem měla všechny možné druhy ataků, kdy se vyjevily i ty úplně nejhorší představy o mě, o světě, o mojí rodině – tak nikdy, nikdy nebyla zpochybněná moje práce. To je fakt to jediné, o co se tady můžu opřít, co ani moje schizofrenie nemůže popřít. Těžko ale budu učit z Bohnic...“*

Pokud je podstatou nemoci určité „zkreslené vnímání“ reality, může být pro nemocné poměrně těžké obhájit si vlastní názor a získat šanci žít život podle svých představ. Zbývá jen přání toho, aby společnost umožňovala smysluplný život s individuální mírou podpory i lidem, kteří určitým způsobem „vybočují z norem“.

## 4. ZÁVĚR

Cílem práce bylo zachytit a popsat vhléd do konstruování pacienta s diagnózou schizofrenie a nabídnout jeho vlastní, emický pohled. Dále jsem analyzovala i rozhovory s odborníky (psychiatry a lékaři) na téma jejich zkušeností s pacienty-schizofreniky. V teoretické části jsem nabídla stručný přehled současných diskuzí o normativitě, psychosomatice a způsobu diagnostikování schizofrenie. Na to nutně navazoval popis současného přístupu k léčbě této nemoci. Dnešní psychiatrický diskurz vytváří ze společensky problematického chování, které je pro lidi se schizofrenií typické, hlavně biologicky zakotvenou nemoc, a odmítá se z větší části zabývat jinými způsoby nahlížení na pacienty a tím i jejich léčení (z různých důvodů – časově náročnější, větší zodpovědnost za pacienta aj.). Odborníci se shodovali v tom, že schizofrenie má jasně dané biologické příčiny, a že léčba psychofarmaky je nevyhnutelná a nezbytná. Avšak jak jsem již v teoretické části zmínila, diagnostická jednotka schizofrenie je nejasná, psychiatrické koncepty jsou ovlivňovány historickými, ekonomickými, kulturními a sociálními souvislostmi. Diagnóza duševní nemoci, obzvláště pak schizofrenie, je přetrvávající nálepkou, která na jednu stranu sice může člověka uklidnit, ale také stigmatizovat.

Moje výzkumné otázky byly dvě: první řešila, jak je chápána norma a odchylky od ní odvozené. Tato percepce norem byla zjišťována primárně a s větším důrazem u lidí se schizofrenií, poté ale i u odborníků. Odborníci se víceméně shodovali v tom, že normální stav znamená potlačit až zamezit výskytu bludů, slyšení hlasů a všech těchto „nenormálních“ projevů u pacientů se schizofrenií. Léčba schizofrenie pro odborníky znamenala hlavně medikaci (užívání psychofarmak). Shodovali se na tom, že ostatní druhy terapie jsou pouze podpůrné. Dle mého názoru existuje obava, že pokud nepředepíšou a nenasadí chemickou léčbu, mohli by být poté zodpovědní za zhoršení stavu svých pacientů, či za jejich excesy (agresivní stavy aj.), protože z pořízených rozhovorů zcela jasně vyplynulo, že léčba psychofarmaky je vnímaná jako standartní postup, a ani mladší generace odborníků nezkouší alternativnější postupy či terapie

pro lidi s diagnózou schizofrenie. Ne snad, že by odborníci zpochybňovali výsledky svépomocných, psychoterapeutických skupin, spíše se přikláněli k tomu, že jedním z projevů schizofrenie je i nevyhledávání kontaktu – takže „správný“ schizofrenik by takovou léčbu ani nevyhledával. Preferování biochemické léčby souvisí i s tím, že schizofrenie je vysvětlována jako nemoc související s chemickou nerovnováhou v mozku (ačkoli jedna dotazovaná doktorka se zamýšlela i nad možným vlivem výchovy – uváděla jako příklad rodinu, kde se její členové učili navzájem si vkládat myšlenky).

Lidé s diagnózou schizofrenie se shodovali v tom, že ani tolik neřešili otázku svojí normality (tedy před sebou samými), jako toho, jak působí na své okolí. Proces přijetí faktu, že nejsou v normě byl u každého trochu jiný. Většina uváděla, že jakmile nastoupili na léčbu, a ta zabrala, vnímali se více normálně (tj. v normě), protože přece udělali vše, co mohli, aby se vyrovnali „normálním“ lidem a aby nebyli považováni za „blázný“. Někteří lidé se rovněž vůči společenskému tlaku na to být „normální“ vymezovali a bylo pro ně důležité si v životě s nemocí najít určitou vlastní cestu.

Druhá výzkumná otázka zjišťovala, jaký vztah k samotné diagnóze mají „pacienti“. Ukázalo se, že pouze jedna dotazovaná se úplně odmítla s diagnózou smířit – odmítá, že by mohla mít schizofrenii a všechny její projevy (respektive symptomy, podle kterých byla diagnostikována) považuje za projev jiné nemoci, kterou ještě ale lékaři neobjevili. Ostatní informanti ale svou diagnózu nakonec přijali, a vlastně jim vyhovovalo, že projevy schizofrenie jako bludy, hlasy, mimořádné stavy vědomí aj. neznamenaly pomatení a neměly nic společného s intelektem, ale jsou právě symptomy této psychické nemoci, která zasahuje kognitivní schopnosti, a ne intelekt. Diagnóza jim tedy do jisté míry umožnila oddělit svoji osobnost od nemoci.

Výzkum ukázal, že většina z lidí se schizofrenií se trápí otázkou budoucnosti. Neví, jak by mohli žít s touto nemocí v partnerském či manželském svazku, jak by se mohli starat o děti, či běžně chodit do práce. Většina z nich také mluvila o tom, že je okolí po diagnostikování



nemoci a nálepce schizofrenika začalo vnímat jinak. Všichni informanti se setkali s nějakou formou stigmatizace, či minimálně s předsudky.

Se stanovením diagnózy je neodmyslitelně spjata léčba psychofarmaky. Psychofarmaka někteří pacienti považovali za stabilizační prvek, jiní je odsuzovali. Kritizován byl zejména jejich otupující efekt, který nevedl k řešení příčin nemoci a nemožnost odlišit, jaké prožívání je způsobeno následky jejich užívání a jaké je „člověku vlastní“. Pro dotazované odborníky je ale léčba psychofarmaky nezpochybnitelná a u všech na prvním místě. Umožňuje totiž pacienty uvést do jisté „normy“ a zbavit některé z nich nejhorších projevů nemoci, pokud se podaří léky správně předepsat. Negativní rozměr psychofarmak týkající se identity pacientů je pro ně těžko uchopitelný a příliš zanedbatelný ve srovnání se stabilizačními účinky léčiv.

Přesto se stabilizace pomocí psychofarmak nemusí podařit – statistiky uvádějí velmi špatné prognózy: „U nemocných schizofrenií je sebevražda nejčastější příčinou předčasného úmrtí. Uvádí se, že až 60-80 % nemocných s psychotickou poruchou vykazuje přítomnost sebevražedných myšlenek, 20-40 % se o sebevraždu pokusí a 10 až 15 % sebevražedný pokus dokoná“ (Hadjipapanicolaou 2014).

Na závěr bych ráda uvedla, že provedené rozhovory mi dávají možnost říci, že diagnóza schizofrenie neznamená, že by člověk musel být vyřazen ze společnosti a svojí nenormalitou méněcenný. Myslím si ale, že se ještě nenašla rovnováha mezi „jejich“ a „naším“ světem, zejména kvůli předsudkům společnosti. Bude jen ještě poměrně obtížné vybudovat podpůrný systém tak, aby pacientům umožňoval co nejvíce naplněný a smysluplný život.

## 5. SEZNAM LITERATURY

1. Bedrnová J. 2010. Život v bludu. *Mladá fronta PLUS* 14: 30-34.
2. Blažek B., J. Olmrová. 2006. *Zvrácená pyramida*. Praha: Slon.
3. Česká tisková kancelář. 2011. *Priznal se k vraždě, do vězení ale nepůjde. Trpí schizofrenií*. Dostupné z: [https://www.tyden.cz/rubriky/domaci/krimi/priznal-se-k-vrazde-do-vezeni-ale-nepujde-trpi-schizofrenii\\_216541.html?showTab=nejctenejsi-7](https://www.tyden.cz/rubriky/domaci/krimi/priznal-se-k-vrazde-do-vezeni-ale-nepujde-trpi-schizofrenii_216541.html?showTab=nejctenejsi-7) [30.5. 2019]
4. Deleuze G., F. Guattari. 2016. *Anti-Oedipus*. Bloomsbury: Bloomsbury Academic.
5. Faleide A. a kol. 2010. *Vliv psychiky na zdraví*. Praha: Grada.
6. Foucault M., 2010. *Zrození kliniky*. Praha: Kosmas.
7. Green F. M., W. P. Horan. 2010. Social Cognition in Schizophrenia, *Current Directions in Psychological Science, Special Issue on Schizophrenia* 19(4): 243-248. Los Angeles: Sage Publications.
8. Hadjipapanicolaou D. a kol. 2014. Schizofrenie a sebevražedné jednání. Česká a slovenská Psychiatrie 110(3): 158 -164. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=958>. [13.6. 2019]
9. Hallucination and hearing voices. 2019. Dostupné z: <https://www.nhs.uk/conditions/hallucinations/> [30.5. 2019]
10. Hasanbašić, A. 2017. Slyšení hlasů jako běžný jev u člověka. Newsletter Greendoors Podzim 2017(4): 6-7. Dostupné z: <http://www.greendoors.cz/wp-content/uploads/2017/11/NL-podzim2017-web.compressed-1.pdf> [30.5. 2019]

11. Hearing voices Dostupné z: <https://www.mentalhealth.org.uk/a-to-z/h/hearing-voices>  
[30.5. 2019](#) [30.5. 2019]
12. Hooley, M. J. 2010. Social Factors in Schizophrenia, *Current Directions in Psychological Science, Special Issue on Schizophrenia* 19(4): 238-242. Cambridge: Harvard University.
13. Kolářová, K. 2012. *Jinakost, postižení, kritika aneb Společenské konstrukce nezpůsobilosti a hendikepu*. Antologie textů z oboru disability studies. Praha: Slon.
14. Komárek, S. 2008. *Příroda a kultura*. Praha: Academia.
15. Komárek, S. 2015. *Tělo, duše a jejich spasení aneb kapitoly o moci, nemoci a psychosomatice*. Praha: Academia.
16. Koubová, M. 2018. Kulatý stůl ZD: reforma psychiatrie si vyžádá navýšení peněz. Komunitní péče se zatím nevyplácí. *Zdravotnický deník*. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2018/04/kulaty-stul-zd-reforma-psychiatrie-si-vyzada-navyseni-penez-komunitni-pecce-se-zatim-nevyplaci> [30.5. 2019]
17. Kring, M. A., Caponigro M. J. 2010. Emotion in Schizophrenia: Where Feeling Meets Thinking, *Current Directions in Psychological Science, Special Issue on Schizophrenia* 19(4): 255-259. Berkeley: University of California.
18. Kubátová, H. 2006. *Metodologie sociologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, FF.
19. Kunz, J. L. 1935. *The American Journal of International Law*. 29(3): 543–543. Dostupné z: [www.jstor.org/stable/2190438](http://www.jstor.org/stable/2190438). [13.6. 2019]
20. Kuře, J., M. Petřů a kol. 2015. *Filosofie medicíny v českých zemích*. Praha: Triton.

21. Lečbych M., K. Kosáková. 2014. Posouzení interpersonální decentrace metodou tematického apercepčního testu u hospitalizovaných osob se schizofrenií. *Výzkumné studie, Československá psychologie* 58(2): 98-106.
22. Leede-Smith, S., E. Barkus. 2013. A comprehensive review of auditory verbal hallucinations: lifetime prevalence, correlates and mechanisms in healthy and clinical individuals. *Frontiers in Human Neuroscience* 7(16): 2013. Dostupné z: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnhum.2013.00367/full> [30.5. 2019]
23. Liu C a kol. 2019. *Interrogating the Evolutionary Paradox of Schizophrenia: A Novel Framework and Evidence Supporting Recent Negative Selection of Schizophrenia Risk Alleles*. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31114607> [30.5. 2019]
24. Mental Health Weekly Digest, Atlanta. 2017. *Mental Health Diseases and conditions – Schizophrenia* (Assessing patient-rated vs. clinical-rated adherence to the therapy in treatment resistant schizophrenia; schizophrenia responders; and non-schizophrenia patients). Dostupné z: <https://search.proquest.com/docview/1889925062?accountid=198115> [15.3.2019]
25. Mueller, G. 1931. *Books Abroad*. 5(3): 271–271. Dostupné z: [www.jstor.org/stable/40069929](http://www.jstor.org/stable/40069929). [13.6. 2019]
26. Ogburn, C. 2016. *War on autism: on the Cultural Logic of Normative Violence*. Michigan: The University of Michigan Press.
27. Orel M. a kol. 2016. *Psychopatologie: Nauka o nemocech duše*. Praha: Grada.
28. Probstová V., Pěč O. 2014. *Psychiatrie pro sociální pracovníky*. Praha: Portál.
29. Slovník cizích slov. 2019. Dostupné z: <https://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/normativita> [30.5. 2019]

30. Stöckelová T. (ed). 2013. *Etnografie: improvizace v teorii a terénní praxi*. Praha: Slon.
31. Škopová J. 2016. *Schizofrenie – vážné, ale dobře léčitelné onemocnění*. Informace pro pacienty a jejich blízké. Semily: Galén.
32. Šupa J. 2011. *Sociální konstruování pacienta s diagnózou schizofrenie, psychóza v diskurzu zdravotnických profesionálů*. Od člověka k diagnóze. Brno: Masarykova Univerzita.
33. Šmídová O., B. Tollarová, Čada K. a kol. *Po stopách moci v nemoci. O morálce, moci a komunikaci v českém zdravotnictví*. Praha: Slon.
34. Wallace J. R. 2004. *Constructing Normativity*, *Philosophical Topics* 32(1+2): 451-476. Berkeley: University of California.