

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



**Osamělost lidí s duševním onemocněním a možnosti jejího
řešení v rámci sociální práce**

Ing. Marina Jermářová

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Magdalena Koťová, Ph.D.

Praha 2024

Anotace

Bakalářská práce se zabývá osamělostí lidí s vážným duševním onemocněním a možnostmi intervencí na její snížení v kontextu poskytování služeb neziskové organizace. Cílem kvalitativní výzkumné sondy bylo prozkoumat zkušenosti lidí trpících vážným duševním onemocněním s pocitem osamělosti a způsoby, jak služby neziskových organizací přispívají k řešení tohoto problému. Výzkumná sonda je tvořena devíti polostrukturovanými rozhovory, které jsou analyzovány metodou IPA. V diskusní části práce jsou výsledky výzkumné sondy porovnány s výzkumy zaměřenými na intervence v dané oblasti, které jsou opřeny o vybraná vědecká zjištění.

Klíčová slova: osamělost, sociální izolace, duševní onemocnění, intervence, sociální práce.

Abstract

The bachelor thesis deals with the loneliness of people with serious mental illness and possibilities of interventions to reduce it in the context of non-profit organization services. The aim of the qualitative research probe was to explore the experiences of people suffering from serious mental illness with feelings of loneliness and ways in which non-profit organization services contribute to addressing this issue. The research probe consists of nine semi-structured interviews, which are analyzed using the IPA method. In the discussion section of the thesis, the results of the research probe are compared with studies focused on interventions in the given area, which are based on selected scientific findings.

Key words: loneliness, social isolation, mental illness, intervention, social work.

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně, pouze a jen s využitím pramenů a literatury uvedené v seznamu.

V Praze dne: 16.04.2024

Ing. Marina Jermářová

.....

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Magdalena Koťová, Ph.D. za laskavý přístup, inspiraci, odborné vedení a podporu poskytovanou při psaní této práce.

Velké díky patří i mé rodině a blízkým, kteří mi po celou dobu studia byli velkou oporou.

Obsah

Obsah.....	5
Úvod.....	6
Teoretická část.....	8
1. Osamělost.....	8
1.1 Definice osamělosti.....	8
1.2 Moderní dějiny osamělosti.....	11
1.3 Výzkumy týkající se osamělosti.....	13
2. Specifika fenoménu osamělosti u lidí s duševním onemocněním a sociální práce.....	16
2.1 Osamělost u lidí s duševním onemocněním.....	16
2.2 Klient s duševním onemocněním v sociálních službách.....	19
2.3 Co dnes nabízí sociální práce pro klienty s duševním onemocněním.....	20
2.4 Možnosti intervence zaměřené na osamělost v sociální práci.....	20
Empirická část.....	23
1. Výzkumný problém, cíl výzkumné sondy a výzkumné otázky.....	23
2. Výběr participantů výzkumné sondy.....	23
3. Struktura rozhovoru.....	24
4. Sběr dat.....	25
5. Metoda analýzy dat - Interpretativní fenomenologická analýza.....	26
6. Postup analýzy dat.....	26
7. Etické aspekty výzkumné sondy.....	27
8. Validita a reliabilita výzkumné sondy.....	27
9. Vlastní předporozumění zkoumanému tématu.....	28
10. Výsledky.....	28
10.1 Kontext životních situací respondentů.....	28
10.2 Témata.....	34
11. Zodpovězení výzkumných otázek.....	45
12. Diskuse.....	46
13. Závěr.....	52
Zdroje.....	53
Přílohy.....	57
1. Scénář rozhovorů a seznam otázek.....	57
2. Číslování citací k tématům.....	59

Úvod

Bakalářská práce se zabývá fenoménem osamělosti lidí s duševním onemocněním a možnostmi a mezemi jejího řešení v rámci poskytování sociálních služeb. Toto téma jsem si zvolila, protože se velmi často objevuje u uživatelů sociálních služeb pro lidi s duševním onemocněním a zároveň se lze domnívat, že v českém kontextu není u dané populace dostatečně prozkoumáno. Výstupem této práce je nástin možností intervencí neziskové organizace v rámci řešení tématu osamělosti u klientů.

V teoretické části je téma osamělosti uvedeno z různých úhlů pohledu, včetně jeho vývoje v moderní době. První kapitola se věnuje osamělosti obecně, druhá kapitola nahlíží na fenomén osamělosti lidí s duševním onemocněním a způsoby sociální práce s ní. První kapitola se zabývá definicemi osamělosti. Dále se kapitola věnuje krátkému exkurzu do moderních dějin osamělosti, v poslední části je pojednáno o výzkumech o osamělosti, jaké typy osamělosti jsou definovány, jaké existují aspekty osamělosti, včetně zdravotních rizik.

V kapitole zaměřené na specifika osamělosti lidí s duševním onemocněním se opět podívám na výzkumy spojené s tímto tématem. Dále se zabývám definicí klienta s duševním onemocněním v sociálních službách. Další část zkoumá, co dnes nabízí sociální práce pro klienty s duševním onemocněním. Poslední se dívá na možnosti intervencí zaměřených na osamělost v sociální práci, které jsou založené na výzkumech.

Pro účely zkoumání osamělosti u lidí s duševním onemocněním se opírám o definici osamělosti jako pocit nespokojenosti mezi požadovaným a aktuálním množstvím nebo kvalitou sociálních vztahů. Tato formulace vyplynula jako vyhovující na základě prostudovaného teoretického a výzkumného materiálu a zároveň dobře podchycuje problematiku participantek výzkumné sondy.

Empirickou část práce tvoří kvalitativní výzkumná sonda týkající se tématu osamělosti klientů neziskové organizace, která se zaměřuje na pomoc a podporu lidem s chronickým duševním onemocněním. Sondu tvoří 9 polostrukturovaných rozhovorů s klientkami sociálních služeb. Výzkumná data jsou zpracována metodou Interpretativní fenomenologické analýzy. Pro empirickou část jsou vybrány klientky z klientů sociálních služeb na základě výsledků dotazníku UCLA se skóre prokazujícím vysokou míru osamělosti.

Pro účely výzkumu jsou vybrány celkem tři klientky služby, s každou byly provedeny tři hloubkové rozhovory s časovým odstupem. Výzkumná otázka zní: „Jaká je zkušenost lidí trpících duševním onemocněním, kteří jsou osamělí dle výsledků testu škály osamělosti UCLA

(verze 3)?“ Dílčím cílem bylo zjistit, co jim sociální služby přináší ve smyslu řešení prožívané osamělosti.

Teoretická část

1. Osamělost

1.1 Definice osamělosti

Existuje více definic termínu osamělost. Přehled v úvodu zahrnuje exkurz přes různé sociální vědy ve snaze podívat se na problematiku z více stran. Avšak práce se opírá ve své teoretické části především o moderní výzkumy na poli sociálních neurověd, sociální psychologie a kognitivních neurověd.

V nejstarší doložené publikaci o osamělosti, knize *Über die Einsamkeit* od J. G. Zimmermanna (rok vydání 1784) jsou rozlišeny dva druhy osamělosti – **pozitivní a negativní**. Autor nabízí filozofický pohled. Pozitivní typ osamělosti je spojen s opuštěním každodenních povinností a se zaměřením se na vyšší cíle – například na reflexe, meditace či na komunikaci s Bohem. Osamělost v pozitivním smyslu je spojená spíše se soukromím. Odchod do soukromí je dobrovolný a znamená omezení kontaktů s dalšími lidmi na určitou dobu. Negativním typem osamělosti se míní nedostatek osobních vztahů a kontaktů s lidmi, které jsou důležité.

Peplau & Perman (1982), představitelé sociální psychologie, vytvořili přehled teoretických přístupů osamělosti od čtyřicátých let do roku 1982, kdy vydali souhrnnou publikaci na téma osamělost. V tu dobu autoři napočítali osm různých teoretických směrů. Některými z nich se budu zabývat dále v textu. Peplau & Perlman jsou autoři **kognitivního přístupu, který se dívá na osamělost jako na subjektivní prožitek vnímání rozporu mezi aktuálním stavem a přáním mít sociální vztahy**.

Weiss ve své teoretické sociologické práci (1973) rozlišuje mezi **emoční osamělostí**, která pramení z absence blízké figury nebo emočního pouta (k partnerovi, nejlepšímu kamarádovi), a **sociální osamělostí**, která je výsledkem nedostatku kontaktů s širší sociální skupinou (přátelé, kolegové, sousedé). Emoční osamělost vzniká jako následek rozpadu důležitého blízkého vztahu a je charakteristická intenzivními pocity prázdna, opuštěnosti, úzkosti. Sociální osamělost je prožívána jako nuda a pocit, že člověk je vyřazen ze společnosti. Peplau & Perlman zmiňují, že teoretická práce Weisse byla zařazená do tzv. interakčního přístupu ze dvou důvodů. Prvním je to, že osamělost podle Weisse není jen výsledkem faktorů osobnostních, individuálních, a není ovlivněna jen faktory situačními. Osamělost je produktem interakce mezi faktory osobnostními a situačními. Za druhé, Weiss psal „o ustanoveních společenských vztahů - o takových věcech, jako jsou připoutanost, vedení a pocit

hodnoty.“ Prožívaná osamělost je produktem kombinovaného účinku všech výše uvedených zdrojů.

Za zmínku stojí **psychodynamické** pojetí osamělosti. Psychoanalyticky zaměřená doktorka psychiatrie Fromm – Reichmann (1959) spojuje zkušenost s osamělostí se zážitky v dětství. Vztah s rodiči nenaplnil dětské základní potřeby uspokojujícího fyzického kontaktu a láskyplné intimity. Dítě vstupuje do dospělosti s pocitem izolace, se strachem z lásky a intimity, a zůstává osamělé. Sullivan (1955) považuje osamělost za nesmírně nepříjemnou zkušenost spojenou s nenaplněním potřeby lidské blízkosti ve vztahu s pro dítě významnými dospělými.

Sociální izolace znamená absenci vztahů s dalšími lidmi. Sociálně izolovaný člověk se může cítit osaměle, ale nemusí. Stejně tak se může cítit osaměle někdo, kdo žije v rodině nebo komunitě. Vnímání osamělosti je velmi individuální. Někdo se cítí osamělý, když má jen několik sociálních kontaktů, jiný je v podobné situaci spokojený (Gierveld, Tilburg & Dykstra, 2006). Některé studie ukazují, že osamělost je více spojená s prožívanou **kvalitou vztahů** s lidmi, než s jejich kvantitou (Wheler, Reis, & Nezlek, 1983). Lidé nepotřebují být pouze mezi ostatními lidmi, ale potřebují, aby je druzí ocenili, aby jim mohli věřit, mohli komunikovat, plánovat, pracovat spolu a starat se dostatečně dlouho o společné potomstvo (Cacioppo & Patrick, 2008).

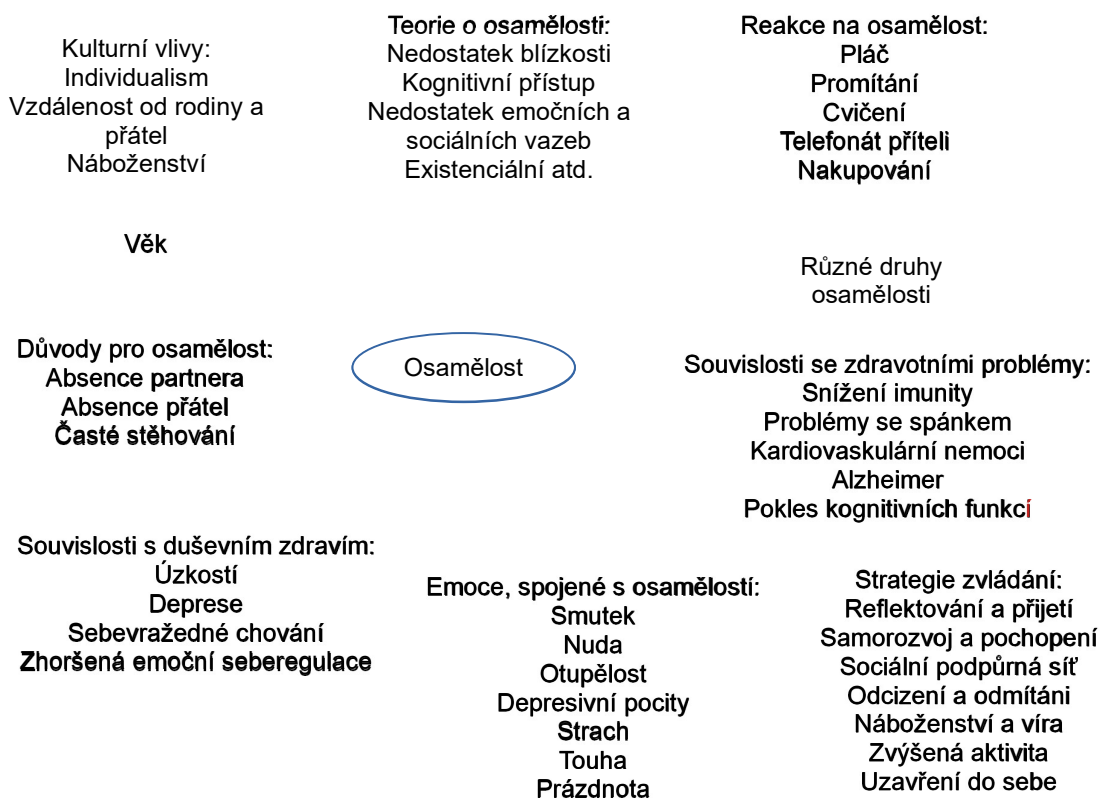
Někdo může prožívat osamělost jako letmou nepříjemnou náladu, anebo jako úpornou a velmi nepříjemnou zkušenost. Většina lidí vnímá osamělost jako pocit, který pomine, ale někteří nejsou schopni uniknout mocnému stisku osamělosti, který přetrvává (Masi, Chen, Hawkley & Cacioppo, 2011).

Moderní analytické studie různých faktorů vztahujících se k osamělosti prokázaly, že je to komplexní konstrukt, který je možné rozdělit na 3 samostatné roviny nebo dimenze: 1. **intimní osamělost**, která souvisí s prostorem kolem člověka, s jeho nejbližšími vazbami; 2. **vztahová osamělost**, kam patří sociální vrstva rodiny a přátel; 3. **kolektivní osamělost**, zahrnující vzdálenější sociální prostředí, počet sociálních skupin, ke kterým se vztahuje. Všechny tři dimenze se navzájem ovlivňují (Hawkley, Brown, & Cacioppo, 2005).

Sonderby ve své studii usiloval o integrativní pohled na fenomén osamělosti, kde odkazuje na celou řadu dalších výzkumů osamělosti, které se snažily osamělost změřit a zjistit mechanismus fungování. Například se zkoumal vliv věku a vliv kultury (Höllinger & Haller, 1990; Rokach, 2007; Rokach & Bauer, 2004; Scharf & Gierveld, 2008; Sundström et al., 2009), nebo struktury osobnosti a psychického zdraví (Heinrich & Cullone, 2006). Existuje shoda

odborné veřejnosti na tom, že prožitek osamělosti je subjektivní zkušenost. Dále autor na základě těchto výzkumů vytvořil přehled různých aspektů spojených s osamělostí (Sonderby, 2013):

Obrázek 1 - Různé aspekty osamělosti.



Yalom (2020), představitel existenciální psychoterapie, popisuje tři tzv. kategorie osamělosti zažívané člověkem: **interpersonální, intrapersonální a existenciální**. Interpersonální osamělost je prožívaná jako samota a týká se izolace od druhých lidí. Intrapersonální osamělost souvisí s oddělením jedné části člověka od sebe samého, která souvisí s obrannými mechanismy. Člověk potlačí svoje vlastní pocity, emoce, přání a za vlastní přejímá příkazy a zákazy z venku. Nevěří svému vlastnímu úsudku, může zahrnout a neuskutečnit svůj vrozený potenciál. Současná psychoterapie se zabývá pomocí pacientům zpětně propojit dříve odštěpené části psychiky.

Existenciální osamělost je ještě jiný druh izolace. Je to osamělost, která se váže k bytí, nelze ji překonat i přes spokojené vztahy s druhými lidmi. Je to „nepřeklenutelná propast mezi

člověkem a kýmkoli druhým. Označuje také ještě zásadnější osamělost – odloučení mezi člověkem a světem“ (s.382). „Existenciální osamělost je údolím samoty, do nějž vede mnoho cest. Konfrontace se smrtí a se svobodou člověka nutně do tohoto údolí vede“ (s.383). Každý člověk se setkává se svojí smrtí sám, a v tom „je umírání tím nejosamělejším lidským prožitkem“ (s. 383). Podle autora může člověk intrapersonální a interpersonální osamělost překonat, aby se poté nevyhnutelně utkal s osamělostí existenciální.

V rámci sociálních věd existují různé pohledy na osamělost, které se tvořily postupně společně s jejich rozvojem. Osamělost bývá spojována s prožitkem negativním, ale samota může mít i pozitivní kontext. Sociální izolace je jev, který se spojuje s osamělostí. V moderních studiích se na osamělost nahlíží jako na komplexní teoretický konstrukt.

1.2 Moderní dějiny osamělosti

Během druhé poloviny 19. století a začátkem 20. století proběhly v tzv. západních společnostech velké změny. Rychlý rozvoj vědy a industrializace, přesun velkého množství obyvatel z venkova do měst velmi citelně proměnil život každého člověka. Eugene O`Neill (1888-1953) mluvil o velkém selhání americké civilizace v její historii, protože toto období bylo z jeho pohledu charakterizováno prázdnotou lidské duše. Jednotlivý člověk byl jen příslušenstvím v systému a využíván pro hromadění bohatství hrstky lidí. Pocit harmonie a duševního bohatství, kterého bylo možné docílit tvorbou něčeho smysluplného, byl těžce dosažitelný. Dvacáté století přišla ve znamení pocitu nejistoty a beznaděje spojeného se ztrátou religiozity, kterou nahradila víra v industriální pokrok. Moderní městský člověk ze začátku století spirituálně a morálně trpěl, život se mu nezřídka jevil jako nesmyslný. Masivní migrace lidí do měst změnila charakter společností, zasáhla do příbuzenských vztahů i vztahu mezi pohlavími. Život ve městě se velmi lišil od života na venkově. Rychlé tempo urbanizace a nastolení nových životních podmínek vyústilo v oddělenost a vzájemnou rezervovanost lidí, což nevyhnutelně vedlo k většímu pocitu osamělosti a izolace (Parihar & Kumar, 2020).

Sociální vědy se začaly intenzivně zabývat fenoménem osamělosti až v druhé polovině dvacátého století. V sedmdesátých letech minulého století se téma osamělosti stalo významnou oblastí vědeckého zkoumání jako důsledek dalších společenských změn. Už od 60. let dvacátého století je vidět dramatický nárůst jednočlenných domácností v mnoha zemích západních společností. V období před industrializací jednočlenných domácností bylo jen kolem 5 %, zatímco v roce 2011 v některých moderních evropských a severoamerických zemích počet takových domácností dosahoval až 60 %. Autor článku Snell (2017) spojuje tento jev s

rozvojem tzv. „epidemie osamělosti“, která se stala sociálním problémem ovlivňujícím životní spokojenost lidí.

Data Eurostatu z roku 2020 zobrazují průměr Evropské unie, kde je počet jednočlenných domácností bez dětí kolem 35 %. Na prvním místě se umístilo Švédsko s 70% ukazatelem, Finsko má takových domácností zhruba 45 %.

Průměrný ukazatel jednočlenných domácností ve Spojených státech amerických je 29 % v roce 2022. Pro srovnání v roce 1960 takových domácností bylo 13 % (United States Census Bureau, 2022).

Lze se domnívat, že za nárůstem osaměle žijících jedinců může být například nárůst rodinné dezintegrace - vysoká míra rozvodovosti, rozpad širší rodiny. Dalším jevem je sociální mobilita, díky kterým se zvyšují velké vzdálenosti mezi obydlím členů rodiny, příbuznými i blízkými přáteli. S důsledkem osamělosti jsou spojené i takové sociální jevy jako problémy dospívající mládeže, rozvoje závislosti, zločiny a sebevraždy. Je otázkou, jak velkou cenu platí vyspělá společnost za chránění vysoce ceněných hodnot jako soukromí a individuality člověka, když současně, dle výzkumu, miliony lidí trpí osamělostí. Osamělost není problémem jen starších opuštěných lidí, jak by se očekávalo. Příkladem toho jsou plné noční bary i moderní sociální online platformy jako seznamky osamělých mladých lidí. Osamělost se týká všech věkových skupin a sociálních tříd (Singh, 1991).

Lze tvrdit, že životní styl tzv. západních lidí doznává ve 21. století. převratných změn. „Lidé žijí déle, než kdykoliv jindy, vzestup Internetu změnil způsob, jakým Američané pracují, hrají, hledají, nakupují, studují, komunikují a jak se navzájem chovají“ (s.1). Lidé jsou více propojeni digitálně, ale pocit sociální izolace roste. Prevalence osamělosti byla v amerických výzkumech v 70. letech uváděna na 10-17 %, u lidí ve středním věku a starších se zvýšila na 40 %. Osamělost se netýká jen starších lidí, kteří žijí sami, nebo nemohoucích. Týká se lidí během celého životního cyklu. Osaměle se dnes cítí mládí lidé, kteří jsou obklopeni velkým množstvím jiných mladých lidí nebo s velkým množstvím přátel a kontaktů na sociálních sítích (Cacioppo, Grippo, London, Goossens & Cacioppo, J.T., 2015).

Sociální vědy se začaly systematicky věnovat osamělosti až od poloviny dvacátého století. Na to postupně vzniklo velké množství studií a vědeckých výzkumů. Během posledního více než půl století je evidentní strmý nárůst jednočlenných domácností jak v Americe, tak v Evropě. Zároveň se mluví o „epidemii osamělosti“, se kterou jsou spojeny různé negativní sociální jevy moderní společnosti.

1.3 Výzkumy týkající se osamělosti

Pro přežití lidského druhu je důležité přežití jednotlivců a narození potomků. Lidské mládě je ve srovnání s ostatními živočichy nejdéle závislé na svých rodičích. Rodič, který necítí silný stesk po svém potomkovi, se o něj s menší pravděpodobností bude dlouhodobě a intenzivně starat. Jak naznačují někteří autoři, prožitky stesku mohou být jedním z faktorů, které zajišťují výchovu dětí a jejich zdárný vývoj. Stejně stresujícím způsobem působí pocit odloučení při ztrátě kontaktů s rodinou nebo sociální skupinou. Být v kontaktu s vlastní skupinou a získání podpory může být klíčové pro překonání složitých životních situací. I když prožívání osamělosti je pro jedince nepříjemné, je nezbytnou zkušeností pro přežití druhu (Cacioppo et al., 2006).

Z dánského longitudinálního výzkumu dvojčat vyplynulo (Boomsma, Willemsen, Dolan, Hawkey, & Cacioppo, 2005), že způsob, jakým člověk prožívá osamělost, je přibližně z 50 % dědičný a z 50 % je ovlivněn prostředím. Ze studie vyplývají následující zjištění: prožívání osamělosti jedincem je významně podmíněno geneticky. Každého člověka ovlivňuje prostředí unikátním způsobem a není zde rozpoznatelná společná proměna vztahující se k osamělosti. Vliv genetické podmíněnosti prožívání osamělosti může s časem klesat pod intenzivním vlivem prostředí. Tím se myslí, že prostředí hraje důležitou roli v tom, zda člověk bude prožívat osamělost a jakým způsobem. Nejlepší je situace, kdy jedinec dokázal svůj život lépe přizpůsobit svojí přirozenosti, neboli prostředí přizpůsobí svým potřebám. V této studii dále vyšlo, že pohlaví jedince nemá vliv na míru a způsob prožívání osamělosti. Ženy i muži měli podobné výsledky.

Metaanalýza Masi, M.Ch., Chen, H.Y., Hawkey, L.C., Cacioppo J.T., (2011) zkoumající intervence snižující osamělost, vychází z řady výzkumů a pokouší se o integraci sesbíraných poznatků o mechanismech osamělosti. Úzkost, nepřátelství, negativismus a tendence k sociálnímu vyhýbání jsou pocity a chování, které se objevují u lidí, kteří trpí osamělostí. Ve snaze přiblížit se pochopení souvislostí prožívání osamělosti a dalších jevů, které se vedle ní projevují, se autoři studie zabývali zkoumáním, jestli je určitá spojitost mezi osamělostí a třemi dimenzemi osobnosti u mužů a žen jako jejich charakteristikami: extravertí, hledáním nových silných zážitků a neuroticizmem. S extravertí má osamělost velmi malou korelaci ($r=-0,27$), souvislost nebyla prokázána. Lidé, kteří dosahují vysokého skóre na škále extraverte, se vyznačují společenskou aktivitou, sebejistotou, energičností. Neexistuje žádný vztah mezi prožíváním osamělosti a takovým rysem osobnosti, jako je hledání nových zážitků. Korelace je 0. Tento rys je v testu spojen se zaujetím pro nové zkušenosti a prožitky. Korelace

osamělosti s neurotizmem ve studii byla 0,55 u mužů a 0,61 u žen. Z výsledků výzkumu vyplývá, že mezi osobnostními rysy neurotizmem a pocity osamělosti může existovat vztah. Škála neuroticismu zjišťuje individuální rozdíly v emocionální stabilitě a emocionální labilitě, jak jsou prožívány negativní emoce. Právě jejich silnější prožívání přidává na skóre.

Dále se v téže **meta studii** ukázalo, že osamělí jedinci přistupují k ostatním s větším cynizmem a nedůvěrou, hodnotí sebe a ostatní negativněji a mají tendenci čekat od ostatních odmítnutí. Mají nižší pocit vlastní hodnoty a mají ve zvyku se obviňovat ze sociálních nezdaru. Dále se výrazněji prosazují v sociálních situacích a pravděpodobněji vyvolávají odmítnutí. Lidé se dostávají do cyklu, kdy očekávají negativní reakce od okolí a jejich očekávání se potvrzuje, jako sebenaplnující se předpověď. S rostoucím pocitem samoty roste také plachost, úzkost a zlost, klesá optimismus, sebevědomí, vědomí sociální opory a horší se ovládání sociálních dovedností. Studie zdůrazňuje myšlenku, že jedinci, kteří se cítí osaměle, se chovají a uvažují jinak, než když se osaměle necítí (Masi, Chen, Hawkey & Cacioppo, 2011). Lze si položit otázku, zda mohou předkládaná data poukazovat na to, že člověk v důsledku osamělosti postupně začíná vnímat svět výše uvedeným způsobem a mění se jeho prožívání. Nebo se stává osamělým díky negativním, nesrozumitelným reakcím vůči okolí, lidé pak nevyhledávají kontakt s takovým člověkem. Pravděpodobně obě tvrzení platí současně.

Výzkumy poukazují na významný výskyt osamělosti jak u dospělých, tak i u dětí. Výzkumy dětí z amerických školek a z prvních ročníků základních škol uvádějí, že 12 % dětí se cítí osaměle ve školním zařízení (Cassidy & Asher, 1992). Mezi třetími a šestými ročníky základních škol se ukázalo, že 8,4 % dětí se cítí osaměle podle škály Asher et al. Loneliness Scale (Asher, Hymel, & Renshaw, 1984). Mezi dospělými středního věku a pozdní dospělosti cítí intenzivní a trvající osamělost 5-7 % lidí (Victor, Scambler, Bowling, & Bondt, 2005) a až 32 % dospělých ve věku nad 55 let oznámilo, že se cítí osamělí neustále (Gierveld & Tilburg, 1999). Pro srovnání nejnovější studie poukazují na ještě víc alarmující čísla. Britská studie Nadace duševního zdraví z roku 2010 zkoumala dospělou populaci napříč zemí. Jen 22 % lidí se nikdy necítilo osaměle, 11 % obyvatel, tj. každý desátý člověk, se cítí osamělé často. 42 % respondentů uvádělo, že se cítilo depresivně kvůli osamělosti, přitom 53 % lidí bylo ve věku 18-34 let, 32 % ve věku nad 55 let. 57 % respondentů odpovědělo, že prožívali deprese nebo úzkosti, když se ocitli v izolaci od přátel nebo rodiny. Skoro 48 % účastníků výzkumu věří, že se lidé stávají víc osamělí obecně (Griffin, 2010). Studie ze Skotska (Mental Health Foundation, 2017) uvádí, že 24 % dospělých ve věku 65 + se cítí depresivně a 16 % úzkostně kvůli prožívané osamělosti.

Americká studie (Luchetti et al., 2020) publikovaná v časopise *American psychologist* se zabývá důsledky působení COVID-19 na široké obyvatelstvo. Nejsilněji pocit osamělosti uvádí respondenti během lock downu, během doby, kdy bylo potřeba dodržovat restriktivní opatření. Lidé, kteří se už před Covidem cítili osaměle a patřili ke zranitelným skupinám obyvatelstva, například trpící duševním onemocněním, se během pandemie cítili ještě více osaměle. Starší lidé dopadli ve výzkumu tak, že se cítili méně osaměle než mladí, ale hůře prožívali lock down. Zajímavým výsledkem studie je informace, že i když byli lidé od sebe fyzicky izolováni, necítili se tak osaměle, protože cítili sociální podporu. Vědomí, že jsme v náročné situaci společně, pomáhalo zmírňovat pocit izolace.

Osamělost prožívaná negativně je spojována s různými zdravotními potížemi a nepříjemnými symptomy. Skotská studie osamělosti mezi lidmi staršího věku uvádí, že pocit chronické osamělosti je stejně devastující na zdraví jako kouření 15 cigaret denně. Studie také uvádí, že osamělost negativně ovlivňuje imunitu a kardiovaskulární systém, kvalitu spánku (Mental Health Foundation, 2017).

Dlouhodobé studie prokázaly, že u dospělých, kteří byli v dětství sociálně izolováni, je větší riziko vzniku a rozvoje kardiovaskulárních onemocnění, hypertenze, nadváhy, a k tomu jsou na seznamu i další nemoci. Ve srovnání s lidmi, kteří netrpěli osamělostí, je pravděpodobnější, že těmto lidem se budou zhoršovat kognitivní funkce a hrozí rozvoj Alzheimerovy nemoci. Chronická osamělost částečně oslabuje exekutivní funkce. Vede ke zvýšené bdělosti vůči sociálním hrozbám. Zvýšená citlivost přenáší pozornost směrem k negativním aspektům sociálního kontextu. Fokus na negativní stránky života se ve výsledku podílí na pocitech smutku a osamělosti, ovlivňuje duševní zdraví a pocit pohody. Osamělost může být předchůdcem depresivních symptomů, stejně tak jako sebevražedných představ nebo chování (Masi, M.Ch., Chen, H.Y., Hawkey, L.C. & Cacioppo J.T., 2011).

Osamělost se může stát motorem nadužívání návykových látek, nebo jiného závislostního chování, a podílet se na rozvoji závislostní poruchy. Užití drog nebo alkoholu je známý způsob sebemedikace, kdy látka krátkodobě působí proti negativním emocím, takovým jako osamělost, úzkost, smutek. V sedmdesátých letech byl proveden známý Alexanderův experiment na krysách, ve kterém byly krysy umístěny do oddělených přihrádek, kde nic neměly. Dostaly k pití obyčejnou vodu a vodu s heroinem nebo kokainem. Osamělá zvířata preferovala vodu s drogou a pila ji tak dlouho, až zahynula na předávkování. Krysám, které žily společně v tzv. krysím ráji, kde měly spoustu zajímavého vybavení, také dali k pití vodu bez drog a vodu s drogami. I když vodu s drogou občas užily, nikdy její užívání nepřeháněly a

nepředávkovaly se. Pozdější studie na zvířatech a lidech prokázala souvislost mezi izolací lidí, prožívanou negativně, a nadužíváním návykových látek (Alexander, Beyerstein, Hadaway & Coombs, 1981).

Longitudinální studie zkoumající souvislosti mezi osamělostí, zdravím a úmrtností Američanů ve vyšším věku potvrdila existenci těchto vztahů. Pocity osamělosti zvyšují riziko úmrtí v šestiletém horizontu následkem zhoršeného zdraví. Starší lidé, kteří dosahovali skóre s největší mírou osamělosti, měli 1.96 krát větší šanci, že zemřou následkem zdravotních komplikací (Louise, Hawkley, Waitec &, Cacioppo, 2012).

Shrneme-li kapitolu, prožívání osamělosti jako nepříjemného pocitu má důležitou funkci pro přežití lidského druhu. Jak prožíváme osamělost je podmíněno genetickými faktory, ale role prostředí je podobně důležitá. S pocitem osamělosti se dle výzkumů objevují další pocity a chování, konkrétně úzkost, nepřátelství, negativismus, ale i například zlost. Dále zažívaná osamělost může ovlivnit, jak člověk vnímá ostatní lidi a svět kolem sebe. Osamělost postihuje podobně obě pohlaví a znají ji lidé všech věkových kategorií. Je s ní spojena řada zdravotních potíží, symptomů a různé závislostní chování. Dokonce je prokázána souvislost mezi délkou života a osamělostí. Pandemie Covidu-19 měla velký vliv na široké obyvatelstvo i ve smyslu prožívané osamělosti.

2. Specifika fenoménu osamělosti u lidí s duševním onemocněním a sociální práce

2.1 Osamělost u lidí s duševním onemocněním

Pro účely zkoumání osamělosti u lidí s duševním onemocněním (přesnější označení duševního onemocnění míněného v této práci k nalezení v následující kapitole) **definujeme osamělost jako pocit nespokojenosti mezi požadovaným a aktuálním množstvím nebo kvalitou sociálních vztahů**. Tématu osamělosti bylo věnováno velké množství výzkumů, které však byly zaměřeny na zdravé jedince různých věkových skupin. Výzkumů týkajících se osamělosti lidí s duševním onemocněním je mnohem méně, jsou mladšího data a většina z nich odkazuje na potřebu dalšího hlubšího zkoumání.

Nejdříve je nutné se zaměřit na celou skupinu lidí s duševním onemocněním ve vztahu k osamělosti. Další část textu bude věnována studii, která pro svoje účely rozděluje duševní nemoci na tři velké skupiny a srovnává je ve vztahu k osamělosti. Poslední část kapitoly se bude zabývat osamělostí u lidí s duševním onemocněním z psychotického okruhu.

Dle výzkumů, uvedených v Perese a Wolf (2005), **je více než polovina lidí s vážným duševním onemocněním osamělá**. Subjektivně prožívají osamělost jako sociální izolaci a nedostatek vztahů, které by chtěli mít. Jejich osamělost je spojovaná s nedostatečnou schopností získávat a udržovat přátele, s nedostatkem příležitostí k účasti na sociálních aktivitách. Stigmatizace lidí s duševním onemocněním navíc vytváří bariéry mezi nimi a společností. Léčba lidí s vážným duševním onemocněním, která zahrnuje také intervence proti osamění a snahu o zapojení do sociální sítě, které by obě mohly snížit osamění, často selhává. **Povědomí o možnostech sociálních intervencí a jejich charakteristikách, efektivitě a aplikovatelnosti pro specifické typy klientů může nasměrovat pracovníky v praxi v pomoci klientům osamělost zmírnit nebo překonat.**

Ve výzkumech uvedených Cacioppo a Hughes (2006), byla osamělost identifikována jako rizikový faktor pro rozvoj depresivních symptomů. **Longitudinální studie potvrdily, že osamělost a deprese spolu souvisí a navzájem se podporují.** Úroveň osamělosti, která se v čase mění, lze dobře předpovídat podle existující úrovně sociální podpory. Čím je nižší sociální podpora, tím hrozí vyšší úroveň osamělosti a zároveň i deprese.

Výzkumné studie (Weitkamp & Midgley, 2016) týkající se duševních onemocnění ukázaly, že rozvoj deprese v adolescenci má silnou souvislost s dysfunkčními rodinnými vztahy. Mladí lidé trpící depresí informují o nižší úrovni koheze a blízkosti v rodině, menší míře podpory, více konfliktech, větší rodičovské kontrole a chudší komunikaci. **Děti pocházející z rizikového rodinného prostředí, budou mít velmi pravděpodobně obtíže s formováním zdravého sebevědomí a pocitu bezpečí, které následně vyústí v obtíže v sociálním kontaktu.**

Dle Anna Reetta Rönkäa, Vappu Sunnarib & Anja Taanilac (2020) zkušenost s násilím a traumaty ve škole je častým jevem, který provází respondenty ve studii osamělosti a duševních onemocnění. V této studii byly prokázány souvislosti mezi raným zážitkem násilí ve škole, osamělosti a duševním onemocněním. Cítit se sám mezi množstvím lidí, zažívat fyzické a psychické násilí, je velmi traumatizující. Když osamělost a duševní onemocnění zasáhnou do života mladého člověka, mohou vážně narušit přechod do dospělosti, ve smyslu studijního snažení, sociálního života a kariérních příležitostí. Mohou vést až k sociálnímu vyloučení, a v kritickém případě k sebevražednému chování. Nebezpečné prostředí v rodině, charakteristické zneužíváním návykových látek, fyzickým a emočním násilím, nebo složitými vztahy s rodiči, významně přispívají jak k rozvoji duševního onemocnění, tak k životu v osamělosti.

Existence alespoň jednoho kamaráda může významně pomoci proti možným emočním nebo psychologickým nesnázím. Odborná pomoc z řad pedagogů, psychologů a sociálních pracovníků s velkou pravděpodobností ochrání před procházením dalšími těžkými zkušenostmi. Důležitým faktorem v překonání nebo zmírnění osamělosti je formování přátelských a romantických vztahů. Podporující síť a rodina, které lze věřit, se ukazují jako klíčový protektivní faktor. Když má dítě nebo adolescent zkušenost s osamělostí delší než několik měsíců, může být velmi těžké zjistit, co za ní stojí a pomoci ji překonat. Tady by mohla dobře posloužit prevence a včasné rozeznání problémů. **Vznik duševního onemocnění je důležitým rizikovým faktorem v rozvoji osamělosti** (Anna Reetta Rönkäa, Vappu Sunnarib & Anja Taanilac, 2020).

Ve studii londýnských vědců (Alasmawi, Mann, Lewis, White, Mezey & Lloyd-Eyans) z roku 2020 dělí pro účely výzkumu duševní onemocnění na tři velké skupiny: diagnózy spojené s poruchami osobnosti (včetně emočně nestabilní poruchy, závislé poruchy nebo nespecifické poruchy osobnosti), diagnózy z psychotického okruhu (včetně schizofrenie, bipolární afektivní poruchy, nebo schizoafektivní poruchy) a ostatní duševní onemocnění (depresivní poruchy, úzkostné poruchy nebo obsesivně kompulzivní poruchy). Smyslem studie bylo zjistit, jaké jsou rozdíly v prožívání osamělosti mezi širšími diagnostickými skupinami a její vztah k afektivním symptomům, sociální izolaci, vnímané míře diskriminace a stigmatizace. **Ze studie vyplynulo, že nejvíc se z celé skupiny cítí osaměle lidé s poruchou osobnosti.** Lidé s diagnostikovanou poruchou osobnosti (s 24,81 body v mediánu) a z velké skupiny ostatních duševních onemocnění (s 23,49 body v mediánu) se cítí více osaměle než lidé s nemocemi z okruhu psychotických onemocnění (s 19,69 body v mediánu). Medián celého vzorku byl 21,65, který odpovídá mírné úrovni osamělosti – tedy znamená, že respondent se cítí osaměle občas. Všechny diagnostikované skupiny dostaly podobné množství bodů v hodnocení afektivních symptomů a sociální izolace. Nejvíce se cítí být diskriminováni lidé s poruchou osobnosti. Lidé z této skupiny častěji bydlí sami. Osamělost je obvyklým problémem a působí oslabujícím způsobem na lidi s duševním onemocněním.

Výsledky jiné meta studie (Michalska da Rocha, Rhodes, Vasilopoulou & Hutton, 2018) která se zaměřila jen na psychotické symptomy, poukazují na významnou pozitivní souvislost mezi osamělostí a psychózami. Může existovat několik mechanismů, které propojují osamělost s psychotickými symptomy. **Osamělost může například přímo zvýšit úzkost a deprese, které zhoršují projevy psychózy.** Izolace od ostatních lidí může podporovat psychotickou produkci, například slyšení hlasů. Někteří autoři uvádí případy, kdy si osamělý nemocný člověk vymyslí

svoje kamarády místo chybějících skutečných. Jsou známé zpětné vazby klientů, kteří se zotavují z psychózy a uvádějí, že během zotavení poklesla úroveň jejich vnímané osamělosti. Na druhou stranu studie uvádí, že příčina osamělosti lidí s psychózou může být porucha myšlení a snížený cit pro radost. Pokusy socializovat takového člověka mohou být neúspěšné. V takových případech je kvalita vztahu mnohem důležitější než kvantita a obnáší větší nároky na pomáhajícího pracovníka v klinické praxi. Je důležité mít na paměti, že klienti s psychózou často touží po sociálním kontaktu, ale nemají vlastní zdroje pro vybudování a udržení vztahů.

Souvislosti mezi osamělostí a duševním onemocněním se jeví jako prokázané, avšak hlubší a detailnější výzkumy související s konkrétními potížemi ještě chybí. Zdá se, že více než polovina lidí s vážným duševním onemocněním se cítí být osamělá. Vznik duševního onemocnění je důležitým rizikovým faktorem v rozvoji osamělosti, zároveň osamělost ovlivňuje projevy duševního onemocnění negativním způsobem. Jako nejosamělejší skupiny se ukázali lidé s poruchou osobnosti, potom záleží na dlouhodobosti onemocnění. Pro lidi s duševním onemocněním je velmi důležitý kvalitní lidský kontakt. Povědomí o možnostech sociálních intervencí zaměřených na snížení osamělosti se jeví jako klíčové v nasměrování profesionálů pracujících s lidmi s vážným duševním onemocněním.

2.2 Klient s duševním onemocněním v sociálních službách

Probstová & Peč (2014) uvádí, že klientem v sociálních službách pro lidi s duševním onemocněním je člověk, kterému byla stanovena lékařem diagnóza duševního onemocnění a je spojena s přítomností duševních obtíží. Lidé s duševním onemocněním netvoří homogenní skupinu, ale naopak je to skupina velmi různorodá.

Podle Matouška (2010) je často klientem v sociálních službách člověk, kterému hrozí sociální vyloučení v důsledku vážného duševního onemocnění a problémů, které jsou s tím spojené. Nebo již žije život v izolaci od lidí, jeho kontakty jsou omezeny jen na nejbližší rodinné příslušníky, případně v úplné osamělosti. V tomto případě se jedná o skupinu klientů se závažnými diagnózami z psychotického okruhu, afektivní poruchy s chronickým průběhem, ale i některých typů neurotických poruch, poruch osobnosti a jejich kombinace. K závažnosti onemocnění některým klientům přispívají různé typy závislosti. Na sociálního pracovníka se kladou poměrně vysoké nároky pro úspěšnou spolupráci s klientem. Kontakt je založen na vzájemném respektu a partnerství. Sociální pracovník by se měl orientovat v tématech duševního zdraví a nemoci, rozumět jednotlivým typům psychiatrických diagnóz a jak mohou zasahovat do života klienta a ovlivňovat spolupráci s klientem.

2.3 Co dnes nabízí sociální práce pro klienty s duševním onemocněním

Matoušek (2010) popisuje, že sociální práce s duševně nemocnými může nabývat různých podob, od krizové intervence pro rychlé zažehnutí duševní krize až po spolupráci na dlouhodobé léčbě v rámci multidisciplinárního týmu. Kvalifikovaná práce sociálního pracovníka je velmi důležitým opěrným bodem pro nemocného člověka, zahrnuje cílenou pomoc s orientací v oblasti rodinného, občanského práva, v oblasti sociálního zabezpečení, v síti sociálních služeb. Intervence v rámci každodenního fungování může mít formu pomoci zvládnout telefonát lékaři, zařízení pracovního pohovoru, pomoc s finančním plánováním nebo překonání krizového stavu. Sociální pracovník pracuje s klienty s duševním onemocněním v rámci instituce, například psychiatrická léčebna, domov důchodců, v léčebních komunitách a různých komunitních zařízeních, jako jsou krizová centra, centra denních aktivit apod. Současný trend vývoje v oblasti pomoci lidem s duševním onemocněním směřuje k postupné deinstitucionalizaci a přesunutím klíčové péče o pacienty z institucí do přirozeného prostředí klienta, do komunitní péče v rámci Centra duševního zdraví nebo terénní sociální služby.

2.4 Možnosti intervence zaměřené na osamělost v sociální práci

Součástí sociální služby může být snaha sociálního pracovníka o posílení sociálních kontaktů klienta a motivování k překonání sociální izolace. Cíle spolupráce vždy vychází z potřeb klienta a jsou sestaveny společně s klientem. Toto úsilí spočívá po navázání kontaktu s klientem v mapování jeho potřeb a vedení rozhovorů mimo jiné o tom, jaká je životní situace klienta v této oblasti. Klientovi se nabízí možnost zařadit se do volnočasových aktivit, které většinou služba organizuje. Další možností je zapojit se do programu například tréninkové kavárny, nebo jiné pracovně rehabilitační činnosti, kterou organizace nabízí. Když se klient služby dostane do kolektivu s dalšími lidmi, dostane se do prostoru, kde může navazovat nové vztahy a rozvíjet sociální dovednosti a komunikaci. Součástí podpory je pomoc s hledáním pracovního uplatnění pro klienta na volném trhu práce nebo v chráněném prostředí, díky které se znovu vytváří další prostor pro rozšíření sociálního života.

S každým klientem se pracuje individuálně a sociální pracovník hledá možnosti, jak klienta lépe zapojit do sociálního společenství a pomoci s pokusem navázat nové smysluplné vztahy. Překážkou v uskutečnění záměru je osobnost klienta poznamenaná nemocí, a často souvisí i se specifickou strukturou povahových vlastností klienta. Sociálnímu pracovníkovi se často podaří navázat bližší pracovní vztah s klientem, ale praxe ukazuje, že tento vztah není

dobře přenositelný mimo organizaci. Klient špatně nese změnu sociálního pracovníka. Důvodem může být mimo jiné špatná adaptace klienta na změnu v důsledků duševního onemocnění. Cílem služby není upoutat klienta na pracovníka, ale pomoc mu s navazováním a udržováním bližších vztahů mimo organizaci.

Ve spojitosti s omezenými možnostmi klienta s navazováním a udržováním mezilidských vztahů se nabízí zařazení psychoterapie do programu duševní rehabilitace klienta. V praxi se ukazuje, že úkol přesvědčit klienta využívat služby psychoterapeuta není jednoduchý. Důvodem je nedostatečné povědomí o tom, co psychoterapie nabízí, špatné zkušenosti s minulými pokusy nebo předčasný odchod z psychoterapie.

Metaanalýza zaměřená na intervence snižující osamělost (Masi, Chen & Cacioppo, 2011) naznačuje, že intervence určené k modifikaci maladaptivní sociální kognice mohou být nejúčinnější. Kvantitativní přehled literatury odhalil jen málo důkazů o lepší účinnosti individuálních terapií jeden na jednoho ve srovnání se skupinovými terapiemi. Avšak typ intervenčního programu je důležitý. Bylo vyhodnoceno dvacet studií, které splnily kritéria pro randomizovanou skupinu srovnávacího designu. Všechny studie obsahovaly čtyři primární typy intervencí, o nichž je známo, že snižují osamělost. Tyto čtyři základní typy intervenčních programů byly: a) které zvýšily příležitosti pro sociální kontakt, b) které zvyšovaly sociální podporu (mentoring programy, buddy programy, atd.), c) které zvyšovaly sociální dovednosti (mluvení po telefonu, dávání a přijímání komplimentů, zlepšení neverbální komunikace) a d) zaměřené na maladaptivní sociální kognice (například kognitivně behaviorální terapie). Poslední typ intervence měl největší efekt.

Časopis klinického a diagnostického výzkumu nabízí návod na odbornou intervenci proti osamělosti. Podle autorů jsou vhodné čtyři druhy intervence v práci s klientem: 1) Rozvoj sociálních dovedností 2) Podpora v sociální oblasti 3) Hledání příležitostí pro sociální interakce 4) Rozpoznání maladaptivních sociálních vzorců (Mushtaq, Shoib, Shah & Mushtaq, 2014).

Práce dalších odborníků (WHO, 2021) navrhuje soustředit pozornost při provádění intervence na tři mechanismy: 1) udržení a zlepšení mezilidských vztahů 2) podpora v navazování nových vztahů 3) pracovat na změně, jak klienti uvažují a jak se cítí v souvislosti se vztahy. Kognitivně behaviorální psychoterapie nabízí příslib možných změn k lepšímu. Terapie pracuje s maladaptivními vzorci chování, nevhodným očekáváním, myšlenkami nebo pocity, které lidé mají ohledně svých vztahů. Prvky kognitivně behaviorální terapie a některé její nástroje je možné zařadit do intervence sociálního pracovníka. Konkrétněji je míněna práce

s pocitem ohrožení, odmítnutím nebo strachem z vyloučení. Další možnosti nabízí trénink sociálních dovedností individuálně nebo ve skupině a psychoedukace. Jako výhodná strategie se ukazuje hledat možnosti vytváření nových kontaktů ve skupinách podle zájmů klientů. Zapojení peerů a „befriending“ se jeví jako efektivní v rozvoji sítě sociálních kontaktů. Pomoc klientům s ovládním digitálních technologií se ukazuje jako důležitá. Práce s Internetem, chytrými telefony a sociálními médii může poskytnout další možnosti zapojení do sociální sítě. Video komunikace, účast na online diskuzích a fórech a dalších moderních kanálech komunikace rozšiřují příležitosti klienta účastnit se sociálního života, i když ve virtuální podobě.

Nabídka a uskutečnění volnočasových aktivit, různých akcí zorganizovaných neziskovou organizací se nabízí jako prostor, ve kterém lze uskutečnit velkou část výše uvedených intervencí proti osamělosti. Tím se vytváří příležitost pro sociální interakce, možnosti pro rozvoj sociálních dovedností a získání zpětné vazby od pracovníků a ostatních klientů služby. Podporu pro aktivity mimo organizaci je možné získat od pracovníků organizace. Dle výše uvedené metaanalýzy a samostatných výzkumů existují již prozkoumané intervence s doložitelným efektem, které se dají zapojit do práce s klienty služby.

Empirická část

1. Výzkumný problém, cíl výzkumné sondy a výzkumné otázky

Výzkumným problémem je osamělost lidí s duševním onemocněním a možnosti jejího řešení v rámci sociální práce. Cílem výzkumu je prozkoumat fenomén osamělosti klientů trpících duševním onemocněním a čerpajících sociální služby.

Hlavní výzkumná otázka zní: *jaká je žitá zkušenost lidí trpících duševním onemocněním, kteří jsou osamělí dle výsledků testu škály osamělosti UCLA (verze 3) s osamělostí? „Jak vnímají svůj život tito lidé?*

Další výzkumnou otázkou je zjistit, co klientům sociální služby přináší ve smyslu řešení prožívané osamělosti.

2. Výběr participantů výzkumné sondy

Výběr participantů lze označit za nenáhodný, záměrný, kriteriální. V centru zájmu této práce jsou klienti sociální služby a zároveň jsou to lidé, kteří se cítí osaměle, a tím se trápí. Prvním kritériem výběru participantů bylo splnění podmínky čerpání sociální služby pro lidi s duševním onemocněním. Věková skupina dospělých lidí je v rozmezí 18 let až do důchodového věku. Dalším kritériem bylo: existence psychiatrické diagnózy, stanovené lékařem. Za druhé, respondenti měli být vybráni na základě výsledků dotazníku UCLA Loneliness Scale verze 3, když svými odpověďmi dosáhli více než 44 bodů. Podle dotazníku to jsou respondenti s vysokou mírou osamělosti. Dotazníky v českém jazyce byly rozdány přes terénní sociální pracovnice. Návratnost se ukázala jako velmi malá, zpět se podařilo získat jen 15 vyplněných dotazníků. Z výsledků 15 dotazníků vyplynulo, že 12 respondentů dosáhlo 44 bodů a více (44-75 bodů). Dva respondenti vykazovali střední míru s 41 a 34 body a jen jeden respondent dosáhl nízké míry osamělosti v dotazníku s 23 body.

Posledním krokem byl výběr 3 klientů služeb s vysokým skóre osamělosti. Osloveno bylo náhodně několik klientů služby. Dva muži a jedna žena účast na rozhovorech odmítli. S účastí v rozhovorech souhlasily 3 ženy ve věku mezi 30 a 60 lety. Dvě z nich pravidelně navštěvovaly šicí dílnu, jedna občas. Šicí dílnu jsem vedla jako aktivizační činnost pro klienty

sociální služby. Žádné výhody z účasti na výzkumu pro participantky neplynuly. S ženami jsem se znala v době vedení rozhovorů v průměru dva roky.

Revidovaný dotazník UCLA Loneliness Scale je nejčastěji využívaný na měření osamělosti v různých výzkumech po celém světě. Je považován za kvalitní nástroj měření s vysokou mírou reliability a validity. Dotazník má 20 otázek, které měří pocity sociální izolace a nespokojenosti s kvalitou sociálních kontaktů. Odpovědi na každou otázku je zakroužkování jedné z variant reakcí na tvrzení 1. vždy, 2. občas, 3. zřídka, 4. nikdy s bodováním na škále od 1 do 4. Vysoká míra osamělosti je definována součtem 44 bodů a více, střední míra osamělosti se pohybuje v rozsahu mezi 33 a 39 body a nízká míra je součet 28 bodů a méně (Russell, Peplau & Cutrona, 1980). Verze 3 dotazníku byla přeložena pro české prostředí Vejrostová (2011), dále upraveno na vykání Kumstátová (2014).

3. Struktura rozhovoru

Cílem polostrukturovaných rozhovorů bylo porozumět žité zkušenosti respondenta ve vztahu k tématu a zjistit, jaká je daná zkušenost pro tohoto člověka a jaký význam přisuzuje tento člověk své zkušenosti s osamělostí. IPA výzkumník se snaží aktivně doptávat na to, co bylo naznačeno a podporovat respondenta v porozumění jeho zkušenosti. Během celého rozhovoru je potřeba sumarizovat a parafrázovat, o čem respondent mluví, pro lepší uvědomění zkušenosti.

S každou participantkou byly naplánovány tři polostrukturované hloubkové rozhovory, celkem tedy 9 rozhovorů. Scénář rozhovorů a seznam otázek nalezne čtenář v Příloze 1. Scénář a seznam otázek sloužily jako orientační vodítko, mohl být měněn během rozhovorů, není potřeba zařadit do rozhovorů všechny připravené otázky. První rozhovor se týkal historického kontextu života daného participanta, bylo potřeba zjistit biografii a zároveň směřovat sběr informací ve vztahu k tématu. Zájmem byly dětství, rodina, škola, partnerství a vše důležité pro respondenta. Nebylo nutné se dotknout každé oblasti života, ale bylo nezbytné neopomenout okolnosti, které měly velký vliv na respondenta a mají vztah k tématu osamělosti. První rozhovor byl vzhledem k rozsahu časové náročnější, než další dva.

Druhý rozhovor se zabýval jednotlivými detaily zkušenosti. Jedná se o rekonstrukci vzpomínek vztahujících se k tématu. Fokusem byly současnost i minulost. Součástí rozhovoru byl popis typického dne, který respondent prožíval. Nebo také byly rozvinuty některé z témat z prvního rozhovoru.

Třetí rozhovor se soustředil na reflektování zkušeností respondenta. Cítil na prožívání a subjektivní vnímání respondenta, zaměřené na důležitá životní témata. Tato část se také v závěrečné části zabývá zkušeností respondenta s čerpáním sociálních služeb neziskové organizace v souvislosti s řešením témat spojených s osamělostí.

Otázky pro tvorbu rozhovorů byly vytvořeny na základě studia literatury (Hendl, 2016, Smith, Flowers & Larkin, 2009), konzultace s vedoucí práce a na základě vlastních zkušeností práce s lidmi trpícími duševním onemocněním.

Cílem je, aby dotazovaný konstruoval (co se stalo?), a ne vzpomínal (na co si vzpomínáte, že se stalo?). Zásady pro formulování otázek: nemají být příliš empatické (můžu si představit, že to bylo nudné), manipulativní (práci jste popsala jako dost nudnou, nebo je to ještě horší?), zavádějící (nepředpokládala jsem, že řeknete, že vaše práce je prospěšná), uzavřené (A tak jste tam pracoval ještě pět let?)(Smith, Flowers & Larkin, 2009).

4. Sběr dat

Vzpomínání na dětství a dospívání a téma osamělosti jsou pro klienty služeb velmi náročné, jak se potvrdilo během vedení rozhovorů. Během setkání přicházely těžké chvíle. Když se účastníkům přitížilo, udělalo se smutno či začalo být do breku, bylo těžké pokračovat dále. Dělal se pauzy podle potřeby, kdy bylo možné si odpočinout. S každou participantkou byly nahrány rozhovory, které probíhaly s časovým rozestupem nejméně dvou týdnů. Každý účastník byl poučen o možnosti neodpovídat na otázku, kdykoliv přerušit účast na studentském výzkumu. Ženy byly seznámeny s plánem a byly požádány o svolení s nahráváním rozhovoru. Po ukončení rozhovoru byly požádány o informaci ohledně toho, jak se cítí, a o krátkou zpětnou vazbu. Časový rozestup umožnil participantkam i tazatelce nechat si informace rozležet pro případ, že něco důležitého nezaznělo, ale mohlo by být vyřčeno v příštím rozhovoru. Jednotlivá setkání probíhala v klidném místě, v prostoru, kde nikdo jiný kromě respondenta a tazatele nebyl přítomen.

Sběr dat proběhl v delším časovém období tři čtvrtě roku. Nejdříve trvalo několik měsíců, než se vrátily dotazníky UCLA a byly vyhodnoceny. Dále následovalo oslovení potenciálních účastníků a domluvení termínů setkání. Rozhovory proběhly v rozmezí 4 měsíců na jaře a v létě roku 2023, žádná z participantek neodmítla v průběhu rozhovorů ve výzkumu pokračovat.

5. Metoda analýzy dat - Interpretativní fenomenologická analýza

Interpretativní fenomenologická analýza (interpretative phenomenological analysis, dále jen IPA) byla vybrána jako metoda výzkumu v této práci z důvodu zájmu prozkoumat prožitou zkušenost lidí s chronickým duševním onemocněním do větší hloubky, komplexně. IPA je vhodným nástrojem pro detailní zkoumání toho, jak člověk utváří význam své zkušenosti, pomáhá pochopit, jak vnímá jednotlivé události nebo životní procesy.

Teoretická pozice IPA je založena na třech sloupech, fenomenologie, hermeneutice a idiografickém přístupu. Fenomenologie zachycuje zkušenost deskriptivně, ve snaze o podchycení fenoménu v jeho čisté podobě. Středem zájmu je jedinečná zkušenost člověka, jakým způsobem je svět zažíván v určitém kontextu a časovém úseku. Hermeneutická stránka analýzy se zakládá na uvědomění, že v porozumění životní situace respondenta hraje roli zkušenost výzkumníka a jeho pohled na svět. Porozumění může také ovlivňovat interakce mezi ním a respondentem. Tyto roviny by měly být zvědomeny a reflektovány. Idiografická stránka analýzy je zaměřením na konkrétního člověka a detailním prozkoumáním do potřebné míry porozumění jeho jedinečné perspektivy ke vztahu ke zkoumanému fenoménu. Součástí výzkumného procesu je práce s hermeneutickým kruhem, tzv. dvojitou hermeneutikou, kdy respondent usiluje o pochopení své zkušenosti, výzkumník se snaží přijít na to, jak respondent k tomuto porozumění dospěl (Čermák, Hytych & Řiháček 2013).

6. Postup analýzy dat

Cílem analýzy je formulace témat, které tvoří esenci fenoménu osamělosti a jsou předmětem výzkumu. Analýza dat probíhala podle metod fenomenologické interpretace dle Smith, Flowers & Larkin (2009) a Hendl (2016). Proběhly následující kroky analýzy dat: reflexe zkušenosti výzkumníka s tématem výzkumu, přepsané texty nahraných rozhovorů byly vytištěny a několikrát přečteny, součástí čtení byla tvorba poznámek a komentářů. Postupně stejný postup proběhl u dvou dalších respondentek. Dále jednotlivá témata byla sledována napříč všemi rozhovory, hledaly se souvislosti, vzorce. V interpretaci dat podle IPA je potřeba „za“ to, co se v hovorech ukazuje, porozumět možným skrytým souvislostem, čtení „mezi řádky“. V analýze je důležité používat slovní výrazy respondenta a přímou citaci, to bylo zohledněno během zpracování dat.

Každé tvrzení v kapitole zabývající se analýzou témat je podloženo citací z rozhovoru s participantkou. Jednotlivé citace jsou očíslované v tabulce v příloze číslo 2.

Dle Smith, Flowers & Larkin (2009) by analytický postup měl být sestaven z následujících kroků: reflexe výzkumníkovy zkušenosti s tématem výzkumu, čtení a opakované čtení, počáteční poznámky a komentáře, rozvíjení vznikajících témat, hledání souvislosti napříč tématy, analýza dalšího případu, hledání vzorců napříč případy. Interpretace podle IPA je subjektivní a závislá na výzkumníkovi, bez ohledu na snahu vlastní životní zkušenost reflektovat a vyhnout se zkreslenému pohledu na věc. Na druhou stranu se analýza považuje za věrohodnou, pokud je založena na výrazech respondenta, je podložena přímými citacemi.

7. Etické aspekty výzkumné sondy

Každý účastník výzkumu podepsal informovaný souhlas pro účastníky výzkumu. Účast respondentů je dobrovolná a anonymní, jména v přepisu rozhovoru jsou změněná tak, aby se nedala poznat, stejně tak jako důležité geografické údaje. Výzkumník má povinnost mlčenlivosti. Před začátkem rozhovorů byli budoucí respondenti srozuměni s cílem, podmínkami a obsahem práce. Účastníci mohli neodpovídat na jakoukoliv otázku, rozhovor přerušit a ukončit. Respondenti nenesou žádná rizika, vyplývající ze spolupráce. Pro uskutečnění rozhovorů bylo zajištěno klidné a nerušivé prostředí, byla zajištěna anonymita. Přepisy rozhovorů nejsou veřejné.

8. Validita a reliabilita výzkumné sondy

Zdrojem validity jsou bohatá data získaná od respondentek výzkumné sondy, která jsou zajištěna doslovným přepisem. Interpretace dat je podložena citacemi z rozhovorů, průkaznost dat možností všechny citace dohledat v jednotlivých prepisech. Realizace empirické části práce byla důkladně konzultována s vedoucí práce ve všech jejích částech. Pro zajištění reliability byly získány všechny přepisy rozhovorů a ty budou archivovány. Postup sběru i analýzy dat je detailně popsán.

Pravdivostní hodnota výzkumu zkoumá, jak je možné dosáhnout důvěry ve výsledky výzkumu u osob, jichž se zkoumání týkalo...? (Hendl, 2016). Na otázku jsou následující odpovědi: participantky měly zájem o sdílení svých životních zkušeností, účastnily se rozhovorů dobrovolně, mohly mluvit svobodně na témata, která chtěly. Setkání probíhala v nerušivém a příjemném prostředí. Rozhovory na sebe časově i tematicky navazovaly, poskytnuté informace lze vyhodnotit jako konzistentní. Dotazující se snažila vystupovat neutrálně.

9. Vlastní předporozumění zkoumanému tématu

Od doby, kdy jsem začala pracovat v sociálních službách, vnímám téma osamělosti lidí s duševním onemocněním jako významné. Viděla jsem v praxi klienty, kteří žili kvůli závažnému duševnímu onemocnění v izolaci, dobrovolné, nebo nedobrovolné. Na první pohled mně bylo jasné, proč se takto děje, onemocnění vede k větší izolovanosti. Klient často nezvládá udržování kontaktů s lidmi, které se postupně omezují na nejbližší příbuzné. Avšak při dalším zkoumání se ukázalo, že toto téma má mnoho vrstev a je poměrně komplikované. Otázkou pro mě bylo, co může sociální služba udělat pro osamělého klienta, aby intervence byla dobře mířená a úspěšná. Také jsem se začala zabývat možnostmi, které má sociální pracovník v rukou, pokud klient přijde se zakázkou, že se cítí osamělý a chce v tomto směru něco podniknout.

Kromě zájmu o téma osamělosti lidí s duševním onemocněním z praxe je motivací výběru tématu soucit s lidmi, kteří osamělostí trpí. Chtěla jsem téma prozkoumat do větší hloubky v zahraniční literatuře a člancích, udělat si přehled o výzkumech, které proběhly. Sebereflexe vlastního pohledu na osamělost mě přivedla na vzpomínky, že jsem sama zažívala období, kdy jsem se cítila osaměle z pocitu nedostatku množství a kvality sociálních kontaktů. Toto období souvisí se stěhováním v dětství, přetržením důležitých přátelských a příbuzenských vztahů a novými začátky na jiném místě. Negativní zkušenost tazatele s pocitem osamělosti může navodit předpojaté očekávání, že samota se prožívá spíše jako negativní fenomén. Ve skutečnosti to tak být nemusí. Tyto faktory jsem se snažila uvědomovat a zajistit, aby do výzkumu nezasahovaly.

10. Výsledky

10.1 Kontext životních situací respondentů

Charakteristika Markéty

Klientka sociálních služeb Markéta je žena ve věku třiceti let, částečně zbavená svéprávnosti a pobírá invalidní důchod nejvyššího stupně. Markéta žije sama v malém suterénním bytě ve vesnici v okrese působení neziskové organizace. Je klientkou terénních služeb třetím rokem. Má invalidní důchod třetího stupně, pravidelně chodí na brigády.

Markéta se dostala do dětského domova kolem čtyř let věku spolu se svými dvěma sourozenci. Nikdy už neviděla svoje rodiče, byla v občasném kontaktu s babičkou. Do osmi let věku, kdy se dostala do rodiny pěstounky, nemá skoro žádné vzpomínky. Pamatuje se na šikanu od dětí a zlomenou ruku, když ji kluk z dětského domova shodil ze schodů. Na základní škole

pokračovala šikana. Markéta se dostala do velké rodiny, kde vyrůstali dva další kluci a jedna holka. Máma pěstounka byla zaměstnaná a děti ji chodily pomáhat do práce s úklidem. Po základní škole si Markéta zkoušela dodělat střední vzdělání, ale byla vyhozená ze dvou škol a ukončila vzdělání rodinnou školou. Důvody vyhození ze škol Markéta vysvětluje tak, že se s někým nepohodla, probíhaly konflikty a nepřiznává, že by něco špatného zapříčinila. Spíše situace vnímá tak, že se něco stalo samo sebou a ona byla toho mimochodem součástí.

Markéta reflektuje, že měla těžká životní období, kdy byla v konfliktu s rodinou. Na jedno z nich vzpomíná tak, že kvůli silným hádkám se odstěhovala od rodiny do azylového domu. To se stalo během studia na střední škole. V tu dobu už se léčila na psychiatrii, ale nebrala léky. V silném afektu šla na most přímo do jízdniho pruhu a smetlo ji auto. Byla hospitalizována a operována v nemocnici, tam ale skočila z okna. Pak byla hospitalizována na psychiatrii.

Markéta vzpomíná, že velké psychické problémy začala mít kolem šestnáctého roku. Ve škole se chovala agresivně, což nakonec skončilo přetahováním s příslušníkem policie, kterému údajně v záchvatu překousla achylovu šlachu. Byla tehdy poprvé hospitalizována na psychiatrii. Markéta nemá dobré vztahy s rodinou, která se jí vyhýbá. Je v kontaktu s mámou pěstounkou, která je současně opatrovnící kvůli ztrátě svéprávnosti. Ale tento vztah není jednoduchý.

Markéta uvádí, že neměla žádné blízké kamarádky ani na základní, ani na střední škole. Za jedinou dobrou kamarádku považuje paní, se kterou byla společně hospitalizována. Jsou v občasném telefonickém kontaktu. Paní žije v jiném městě. Jsou dny, kdy si volají denně. Když byla hospitalizována společně s touto paní, přišly na společný koníček: malování olejovými barvami. Na pokračování v tom nemá finanční prostředky.

Jednou z hrozivých vzpomínek Markéty na dospívání je sexuální zneužití mužem. Markéta to nikomu neřekla a jako téma to otevírá teprve teď.

Na svoje dospívání Markéta vzpomíná jako na velmi osamělé období. Svůj současný život hodnotí jako zatím nejlepší období svého života. Cítí se osaměle o víkendech a některých svátcích. Přes týden chodí na brigádu, navštěvuje volnočasové aktivizační dílny v neziskovce, konkrétně šicí dílnu a keramickou dílnu, výlety a další aktivity. Ostatní dny si něco zařizuje kolem svého špatného zdraví. Markéta trpí velkou nadváhou, vysokým tlakem a dalšími problémy, které se týkají pohybového ústrojí. V místě kde žije, se seznámila s několika sousedy a udržuje s nimi přátelské vztahy.

Na otázku, kdy se Markéta cítila naposledy osaměle, odpověděla: „ Naposledy to bylo po Vánocích, to jsem byla sama doma. Hlavně na Silvestra, jsem si říkala, důvod trávit čas s tím slepým kamarádem. Bohužel to tak nevyšlo, usnula jsem. A když se cítím osamělá, tak se snažím s někým telefonovat, aspoň když k nikomu nejdu. A takže ty lidi, co většinou si voláme,

tak se snažím zavolat. A pokecat. A když nemají čas, což se mi právě stalo po Vánocích a tom Silvestru, tak jsem prostě šla spát“. Markéta tvrdí, že je to její strategie: když se cítí osamělá a nikdo nebere telefon, jde spát. I když spát původně nechtěla. Když je sama doma, začíná se cítit špatně a k večeru se může dostávat do silně nepříjemných emočních stavů, včetně agrese, kterou nemusí zvládat. Kvůli tomu Markéta nemá žádná domácí zvířata. I když zvířata miluje a moc ráda se s nimi mazlí.

Na otázku, jak hodnotí Markéta účast na aktivitách neziskové organizace, jestli ji to k něčemu pomáhá, odpovídá: “Jo, přes týden, od pondělí do pátku jsem jako mezi lidmi, což je fajn. Akorát ten víkend jako tam je to trošku horší. Ale za organizace nemůže. Za to může to prostě, že organizace o víkendu nedělá, což je, což je asi dobře, protože potřebuji odpočinout.“

V současnosti Markéta jezdí jednou za 14 dní na víkend za svojí pěstounkou, která žije s partnerem. V blízkosti žije širší rodina. Markéta mluví o tom, že dlouho mezi nimi sama nevydrží a utíká do samoty. Potřebuje se zavřít na pokoji, jinak se začíná cítit více a více naštvaná.

Když jsme otevřely téma náplně volného času, Markéta pověděla, že ráda něco vyrábí nebo maluje. Od mámy pěstounky má zákaz vyrábění věcí, protože u toho dělá velký nepořádek. Hlavním problémem je nedostatek prostředků na nákup materiálů pro tvorbu.

Svoji současnou situaci hodnotí velmi pozitivně. Podařilo se jí víc jak rok nebýt hospitalizována. Dříve končila v nemocnici každé tři čtyři měsíce. Uvědomuje si zlepšení vztahu se svou rodinou, ráda se setkává s malými dětmi sourozenců. V současné době má Markéta klíčovou pracovníci v neziskovce, která jí pomáhá řešit praktické věci. Může s ní sdílet problémy, se kterými se setkává v práci nebo v komunikaci s mámou pěstounkou. Markéta se také zapojila do individuální psychoterapie, která má spíše podpůrný charakter.

Charakteristika Evy

Evě je šedesát let. Má dva dospělé syny a je rozvedená. Eva žije sama v garsonce. Nedávno se přestěhovala z velkého města do okresu Beroun. Eva trpí silnými výkyvy nálad a únavou, kvůli které není schopna vstát z postele i celý týden. Přestože ještě není v důchodovém věku, není schopna pravidelné docházky do práce. Má invalidní důchod prvního stupně a je druhým rokem na nemocenské s možností vycházek.

Její první vzpomínky z dětství jsou na smrt dědečka. A na sexuální zneužívání z jeho strany. Eva měla velmi náročný start do života. Matka se o ni nemohla starat. Chvíli se o ni jako o batole staral otec, který ale péči zanedbával. Pak se o malou Evu starala babička, která ji nechala napospas člověku, který zneužíval i její dcery. Pak se Eva ocitla znovu u svého táty - babička již byla nemocná a už nemohla poskytovat péči. Táta Evu pravidelně sexuálně

zneužíval. Ve věku dvanácti let se Eva stěhuje k mámě. Máma žije v bytě bez hygienického zázemí, není tam možné se vykoupat. Žije nespořádaný život, o dceru se moc nestará a nezajímá. Na chvíli má Eva zastání u nového přítele mámy, který s nimi žije řadu let a k Evě se chová hezky. Nakonec po řadě hysterických výstupů mámy odchází jinam.

Eva vzpomíná na dětství tak, že se cítila být jiná, jako by nezapadala mezi ostatní děti. Má pocit, že musela rychle dospět a starat se o mámu, která pak začala trpět duševním onemocněním. Nerozuměla si s dětmi jejího věku, nechápala z čeho mají radost a nerozuměla jejich životu. Našla si útěchu ve čtení knih. V dětství měla pár kamarádek, ale přátelství trvalo jen chvíli. V dospělosti také neměla moc přátel, spíše ze sousedství. Máma dala Evu na rodinnou školu a tvrdila, že se Eva rychle vdá. Eva se rychle vdala, ale možná spíše proto, aby nebyla sama. Máma ji v 15 letech vystěhovala, což Evu moc mrzelo.

Evino manželství nebylo šťastné. Manžel se k Evě nechoval s láskou a péčí, měl velmi náročné povahové rysy. Staral se o rodinu finančně, ale neuměl naplnit emoční potřeby. Eva se dočkala dospělosti dětí a rozvedla se. Už nedokázala vydržet náročnou povahu manžela. Byl negativistický, žárlivý. Eva byla dvacet let ženou v domácnosti a s postupem času, když se únava stala nesnesitelnou, začala docházet na psychiatrii. Jak Eva sama popisuje, ta nemoc už musela být v progresu dříve. Vyhýbala se společenskému životu, neměla na něj sílu ani náladu. Eva odmítala představu, že trpí psychickou nemocí. Říká, že možná to nepřijala jako skutečnost do teď.

„Takže, napadá mě, při té otázce osamělosti, která tedy vlastně teď provází můj život. Že vychází...pomalou jsem se k tomu začala...neboť jsem se rozhodla to takhle mít. Vlastně když jsem když jsem přicházela na to, co potřebuji v případě tedy své nemoci, samozřejmě, ze začátku jsem to nechtěla přijmout. Nevím, jestli jsem už přijala. Každopádně mě ty určité stavy unavenosti a bylo to spojené se společností, i když mě v ní bylo dobře, tak třeba byly 2-3 dny, které jsem se z toho musela dostávat.“ Eva říká, že v samotě má možnost si odpočinout od lidí, a v tom ji vidí jako pozitivní.

Eva zažila blízkost a partnerskou lásku až ve vztahu, když odešla od manžela. To jí dnes chybí. S přítelem nechtěla žít společně, protože vnímala, že je nemocná a nebude schopná normálního fungování. Po letech a nemoci přítele vztah nakonec skončil.

Jak Eva mluví o osamělosti: „Ted' mě tedy napadá k té osamělosti.jsem si nějak rychle vzpomněla, ale zase trošičku z toho dětství, mě se tam ta osamělost vlastně prolíná i v tom dětství, kdy tedy jsem téměř žádný den nežila jakoby máma, táta, prostě nějak tak u večere, všichni nebo něco takového, nebo třeba, i když tam se objevovala, samozřejmě partnerka otce, ale to bylo taky takové jakoby zvláštní, moc si na to nepamatuji. Pak, tedy vlastně, když jsem

se vdala a měla děti, tak zase, vlastně jsem tu osamělost měla v tom, že jsem zůstala v domácnosti a vlastně celý den jsem buď tedy byla sama nebo s dětmi, když se potom tedy narodily a vlastně to zaměstnání manžela bylo doopravdy tak, jakoby na ten celý den. Pak se samozřejmě pak přišel nějaké to volno, taky odpočíval, takže zase svým způsobem ne, že bych byla úplně sama, ale té samoty bylo dost i toho rozhodování o věcech, jsem musela sama a tak dále“.

V dětství se Eva cítila osaměle, v manželství také. Vztah s přítelem probíhal často na dálku. Teď Eva říká, že se jí stýská po rodinném životě, kdy nebyla tak izolovaná.

K překonání osamělosti jí v dětství byla překážkou nemožnost vést normální dětský bezstarostný život. Opakované zneužívání, chybění pečující a laskavé osoby, která by se jí zastala a uznala její trápení a potřeby, na Evě zanechalo šrámy. Nebylo možné svěřit se někomu, kdo by nezlehčoval její pocity a dodal pocit bezpečí. Máma se na chvíli jevila, že by mohla dodat Evě to, co jako dítě a dospívající potřebuje, ale to nebyla tak docela pravda. Eva byla spíš ta, která se starala o emoční a fyzické potřeby matky. Postupem času Eva osamění přijala jako normální součást života. S rozvojem nemoci osamění vyhledávala jako záchranu od pocitů přetížení a vyčerpání.

Bohužel kvůli svojí nemoci Eva nemůže plnohodnotně žít jako babička, vzít si vnuka k sobě na prázdniny domů. Je v kontaktu s vnukem, se syny, se kterými má skvělý vztah. Ale každá návštěva je pro Evu velmi náročná, vždy potřebuje několik dní, nebo i celý týden na regeneraci.

Eva má klíčovou pracovníci v neziskovce, ale její služeb tolik nevyužívá. Ráda chodí na výlety, do šicí dílny, na keramiku, plavání a vaření.

Charakteristika Kateřiny

Kateřina se narodila jako nejstarší sourozenec ze čtyř dětí. Kateřině je dnes něco málo přes čtyřicet let. V současné době má invalidní důchod druhého stupně a chodí pracovat na zkrácený úvazek.

Rodiče se vzali a založili rodinu, ale s časem se rodinné vztahy začaly rozpadat. Poslední sourozenec, sestra, se narodila, když se táta již rozhodl rodinu opustit. Jak si Kateřina pamatuje, táta byl málo doma. Podle jejího názoru kvůli tomu, že se vyhýbal mámě. Máma bývala nepřijemná, na tátu křičela. Nefungovala komunikace a domluva mezi rodiči. Když táta rodinu opustil, Kateřině se na chvíli ulevilo, že bude klid od rodinných hádek. Jenže máma začala křičet na děti a obviňovat je z toho, že je otec opustil. To opakovala dětem celý život. Začala hodně pracovat, nebyla moc doma. Táta s dětmi také moc nekomunikoval a po odchodu

ho všichni začali vídat jen párkrát do roka. Kateřina si také vzpomíná, že z otce šel strach a měla z něj respekt.

Kateřina si na sebe vzpomíná jako na komunikativní dítě, měla vždy hodně kamarádů a přátel ve škole i doma. Učení ji moc nebavilo, ve školce i škole zlobila a nudila se. Na svoje dospívání vzpomíná jako na divoké, pár let ještě bydlela u táty. Vyučila se prodavačkou a brzy šla pracovat. Vzpomíná na autonehodu s přáteli, po které jí ochrnula půlka obličeje. Kamarád Kateřinu začal léčit marihuanou. Pomohlo jí to.

O vztahu s mámou mluví jako o komplikovaném. Máma má ve zvyku Kateřině hodně volat, což ji obtěžuje. Se sourozenci byly v dětství dobré vztahy, ale teď už tak dobré nejsou. Sestra se vzdálila a udržuje odstup, s bráchou si občas zavolají a s mladší sestrou také.

Psychické potíže Kateřina poznala ve 34 letech, když ji začaly chodit exekuční příkazy do práce. Kateřina si žila jako „pankáč“ a nic moc, podle svých slov, neřešila. Jezdila načerno v metru a neplatila pokuty. Neplatila za trvalý pobyt poplatky za odpad a také neřešila další věci, které podrobněji neuvádí. Ve výsledku ji postupně přišly exekuční příkazy na milion korun. Během období, kdy příkazy chodily, se Kateřině rozjela úzkostní porucha s panickými atakami. Nakonec Kateřina ztratila duševní zdraví a skončila na rok v posteli. Kateřina žila s přítelkyní, se kterou se musely odstěhovat z pronájmu z města do starého domku na vesnici. Tam se Kateřina rok vzpamatovávala ze svých problémů, přišla o příjem a z technických důvodů si nebyla schopna zařídit sociální podporu. V pronájmu žily načerno levněji, protože neměly na normální pronájem. Nikdo jí nechtěl dát trvalé bydlení kvůli exekucím v místě bydliště. Trvalé bydlení měla v jiném městě, ale nebyla schopna tam vycestovat a vyřídit si administrativní záležitosti. Dostávala panické ataky a přestala být schopna cestovat běžnými dopravními prostředky. Takhle žila několik let, než se nakonec obrátila na neziskovou organizaci a dluhovou poradnu.

Co je to osamělost poznala až s příchodem nemoci. Zůstávala celé dny sama doma v izolaci na vesnici. Teď se Kateřina vrátila zpátky do města, již nežije s přítelkyní. Žije z invalidního důchodu, doplatku na bydlení a také chodí do práce. Ale žije velmi omezený život. Chodí na psychoterapie a doufá v zlepšení psychického stavu. Rozchod s přítelkyní Kateřině silně podrazil nohy, byla pro ní velkou oporou a smyslem života. Po rozchodu se Kateřina začala cítit ještě více osaměle. Ve městě má mezi přáteli sousedy a také některé klientky neziskovky.

„...Já jsem nebyla osamělá. A až teďka tady ...“ Kateřina má práci jen na malý úvazek, takový jaký zvládá. Pracuje za minimální mzdu. Setkává se s chronickým nedostatkem peněz. Mluví o tom, že většinu měsíce nemá žádné peníze, aby mohla jít na výlet nebo někam jinam.

V neziskové organizaci má Kateřina klíčovou sociální pracovníci, která ji pomohla vyřídit sociální dávky a nadále je jí oporou s řešením různých problémů. Kateřina chodí na výlety, občas dostává potravinovou pomoc a je v kontaktu s pracovníky a některými klienty neziskové organizace. Také našla pomoc v sezeních individuální psychoterapie.

10.2 Témata

Opuštění

Markétu opustili rodiče úplně, když jí byly čtyři roky, pak ji opouštějí sourozenci a babička, a pak i rodina pěstounů kvůli jejímu chování a konfliktům. Je to spojení s kritickým obdobím pro *Markétu*, kdy skáče pod auto, z okna. „Důležitý bod v mém životě si myslím, že je...něco se se mlelo...máma někoho pobodala...šla prostě do vězení a babička si vzala jenom bráču. Já a moje vlastní ségra jsme byly v děcáku. Ségra je o rok a půl mladší a vlastně tam byla prostě šikana a takhle.“ „(...) jsem také chtěla říct, že když babička umřela, umřel děda, byl pohřeb. A když jsem jela do komunity Kaleidoskop, tak máma řekla, že už pohřeb byl a Jana tam byla na tom pohřbu. A ona vlastně biologická rodina mě úplně odstříhla. Nechce se se mnou bavit, nic. Se ségrou se bavili do nedávna, byli tady kousek ode mne, a nepřijeli. (...) Jo, upřednostňují Janu a nechápou psychické problémy.“ „(...) já jsem s mamkou nevycházela, odstěhovala jsem se do Litoměřic do azyláku, protože následně...asi jsem nebrala léky, následkem toho jsem začala házet telefonem a shazovat flašky jako šampon a tak. A oni mě dali vyhazov na noc, a já jsem udělala takovou věc, že jsem šla k Tyršovu mostu uprostřed jízdniho pruhu jednoho...tam jsem se otočila a smetlo mě auto.“ „Až když jsem se nechala srazit autem, tak pak mě vlastně díky tomu, že jsem byla na LDNce, na mě si stěžovala, že furt mám zaplout televizi a druhý den, že ji mám vyplout, tak mě prostě ruplo v kouli a chtěla jsem skočit (z okna).“

Eva byla opuštěná matkou dvakrát. Poprvé, když byla batole, a pak znovu v 15 letech. „Protože jsem žila u babičky, nežila jsem u matky a otec se o mě staral, že docházel k babičce, samozřejmě ji podporoval, ale vyrůstala jsem u těchto lidí.“ „Matce zůstal byt v jiné čtvrti a když jsem končila devátou třídu, tak se mě zeptala...že už budu vlastně hrozně velká holka, jestli nechci zkusit bydlet sama v tom bytě. (...) Chvilí jsem byla jako zmražená. Vířilo se mi hlavou to, že to je hrozný, že netouží být se svým dítětem, že to mám pochopit. Dávala jsem si na misku vah takové to „dáš jí to sežrat a zůstaneš tady“ prostě překážet, budeš tady prožívat, co někdy prožíváš nebo půjdeš do té samoty, budeš sama? A já jsem vybrala tu samotu.“ *Eva* jako dítě byla ponechávána doma sama: „(...) Ale otec, když jsem u něj byla a chtěl někam jít, tak mě také nechal samotnou doma. Takže to nebylo tak, že bych to neznala, tu samotu.“

Kateřina byla opuřtĚna otcem. „A kdyř byla mĚma tĚhotnĚ se ětvrtĚm dĚtĚm, tak tĚta nĚs opustil.“ Kdyř se to dozvĚdĚla, vzpomĚnĚ: „(...) A vlastnĚ kdyř mu řekla, ře je tĚhotnĚ, tak on řekl prostĚ, ře uř je to stejnĚ doma neudrř. No takře odeřel, ... myslĚm v dubnu a NatĚlka se narodila v zĚrĚ. A jĚ si pamatuju, ře jsem přiřla ze řkoly. MĚma mi ubreěenĚ otevřela dveře a řĚkala, ře nĚs opustil.“ V souěasnĚ dobĚ zařívĚ opuřtĚnĚ partnerkou. „NecĚtila jsem opravdu tam takovou samotou jako prĚzdnotu, jako mĚm teď, nebo uř asi ten vztah opravdu řel do kopru. No asi to bude tĚm... S tĚm vztahem s přiĚtelkynĚ.“

SpoleěnĚm tĚmatem tři respondentek je opuřtĚnĚ. U MarkĚty a Evy je tĚma opuřtĚnĚ osudovĚ a ovlivnuje je od maliěka. MarkĚta bolestivĚ opuřtĚnĚ zařila nĚkolikrĚt od svĚch blĚzkĚch. MarkĚta i Eva poznaly opuřtĚnĚ od svĚch blĚzkĚch i ve formĚ sexuĚlnĚho zneuřívĚnĚ. Eva vzpomĚnĚ na udĚlosti, kdy ji rodiěe malou nechĚvali doma samotnou a pak znovu opuřtĚnĚ matkou, kdyř chtěla, aby se Eva odstĚhovala. Kateřina zařila rozchod rodiěŮ a v souěasnĚ dobĚ bolestivĚ prořívĚ opuřtĚnĚ partnerkou.

Izolace

MarkĚta nebyla vrstevnĚky přiĚjĚmĚna, byla ěasto řĚkanovĚna. „DalřĚ dŮleřitĚ bod v tomhle tom dĚtstvĚ je...nesnesla jsem se s kolektivem. K jĚdelnĚmu okĚnku byly schody a jeden kluk, kterĚmu jsme řĚkali... mĚ pŕedbĚhl. A jĚ mu řĚkĚm, proč mĚ pŕedbĚhĚř? No a on mĚ prostĚ smetl dolŮ z tĚch schodŮ a zlomil mĚ ruku.“ „...JĚ jsem nemĚla kamarĚdky na stŕednĚ, nikde.“ „...JedinĚ je moje, kdyř nepoěĚtĚm Mirku P. (teď novĚ kamarĚdka), tak velmi dlouholetĚ kamarĚdka, kterĚ je v pohodĚ, kterĚ jezdila do lĚěebny kvŮli svĚmu manřelovi, kterĚ pŕedloni uř umřel, ta je skvĚlĚ... Poznaly jsme se v lĚěebnĚ...“.

Eva vrstevnĚkŮm nerozumĚla a stranila se jich. „Moje matka si stĚřovala, ře nechodĚm ven, nepŕĚtahujĚ mĚ vrstevnĚci, ře je to hroznĚ, ře stĚle sedĚm doma. Domluvila mi a řla jsem za spoluřĚky na mĚsto, kde se schĚzeli, chvĚli jsem je poslouchala, pozorovala a pak jsem řla domŮ. Kdyř se mĚ matka zeptala, co tam tak brzo dĚlĚm, ře jsem jeřtĚ mohla bŮt venku.....Řekla jsem: oni jsou ůplnĚ blbĚ, řeřĚ takovĚ blbosti“. „(...) Ve řkole jsem mĚla hoľěiny, nĚkdy jsme se domluvily, abych je navřtĚvila, ale neumĚla jsem v tom pokračovat. Pak jsem mĚla jednu kamarĚdku, ale ta byla ůplnĚ stejnĚ jako jĚ. Ona takĚ byla rĚda sama, navíc se v tĚ dobĚ vĚnovala pitvĚm řab a u toho chtěla bŮt sama, chtěla se zvĚratŮm v řivotĚ vĚc vĚnovat. S tou jsem řla vĚcekrĚt ven, oni mĚli zahrĚdku. Ovřem odchodem ze řkoly v 15 letech jsem ztratila kontakt.“ „Nauěila jsem se bŮt radĚji sama, prostĚ, ře to není řpatnĚ. Kdyř je ělovĚk sĚm, tak nepŕĚjdou ty vzteky matky, nervozita, kdyř nemĚ cigaretu nebo takovĚto věci.“

Kateřina pocit izolace zařila ař s nĚstupem ůzkostnĚho onemocnĚnĚ, dĚky kterĚmu je v nedobrovolnĚ izolaci od ostatnĚho svĚta. „(...) Takře musĚm řĚct zpĚtnĚ, ře od roku 2014,

když se mi začaly ty nemoci. Tak jsem samotu vyhledávala. Naopak, potřebovala jsem být sama a byla jsem sama. A byla jsem rok v posteli, vůbec nevím, co se mi teda ten rok honilo hlavou, ale bylo to tak.“ Na otázku jestli měla kamarády ve školce a škole, Kateřina odpověděla: „No, to byli lidi z místa bydliště, takže jo, to byli vlastně od dětství, mí kámoši všechno.“

V příběhu Markéty a Evy je silně znatelná izolace od běžného života vrstevníků. Obě žily dětství izolované od ostatních dětí, nezažívaly trvající blízké vztahy s kamarády. Pro Kateřinu je jednodušší navazovat a udržovat vztahy, než je to pro Markétu nebo Evu. Eva se se svojí izolací od ostatního světa smířila a naučila se v ní žít. Kateřina začala samotu vyhledávat až s nástupem onemocnění, strávila v izolaci celý rok.

Násilí a agrese

Markéta vzpomíná: „(...) Ta základka...šikana. Dostala jsem tam mýdlo k Vánocům a u toho bylo napsáno umyj se, jako kdybych se nemyla. Šikana v tom stylu, bylo to ve třetí nebo čtvrté třídě, že se řeklo, že budeme si hrát na kouzelníky, svázali mi ruce za záda, shodili mě na kolena, z kolenou na bradu a rozsekla jsem si bradu.“ „Dálo by se říct, od děcáku, do střední, kde mě vyhodili kvůli cikánkám, které si usmyslely, že řekly to, co nebyla pravda, tak jsem dostala podmínečné vyloučení. Ani to nestačilo, po přestávce mě vylili. Až po tu dobu, prostě až šla na autobus, tak se mi všichni smáli, já jsem brečela.“ „...Jedná se o to, že můj vlastní bracha mě sexuálně zneužil. Jsem byla malá. To si furt nesu, nevím co s tím.“

Eva byla sexuálně zneužívaná nejdříve vlastním dědečkem a pak do 10 let otcem. „A pamatuji si na skutečnost, která je mi tedy absolutně nepříjemná, o ní mluvit, ale možná to tedy někdy dokážu. Mělo to souvislost s jeho sexuální aktivitou a pak se tomu divila babička. Zvláštní je, že si to pamatuji, tu její větu. Pokračovala bych v tom, že jsem tedy zůstávala u babičky.“ „...Bohužel jsem časem zjistila, a to si také říkám, že si to dítě nemohlo vymyslet, vzpomněla jsem si, muselo mě být méně než tři roky... dědeček tím byl známý i v celé rodině...že jeho všechny dcery utekly... odstěhovaly se, vdaly, protože tam byly známky zneužívání.“ Babička ignorovala znaky zneužívání, nic nepodnikla: „... co to ta holka v tom čůrání má, jestli s ní není něco v nepořádku“. O otcovi: „Strašně důležité...ted' mě napadá...říkala jsem si to už v životě, když už jsme byli doma, hodně v kontaktu tělesném, já jsem vždycky ráda hladila...on byl chlupatý a já jako malá holčička fakticky hladila ty jeho chlupy.....a měla jsem potřebu....Tohle bylo víceméně někdy naplněno ta potřeba.“

Kateřina nic takového ze svého života nevedla, kromě chování matky, která po odchodu otce namířila svůj vztek z rozchodu a opuštění na svoje vlastní děti. „Stála u nás v pokojíčku na palandě, já nahoře, ségra dole, brácha. Takhle jsme byli dřív v pokojíčku a zloba šla na nás: „Nezbedný parchanti, kvůli vás nás opustil! Proto já s ní mám i ten komplikovaný

vztah!“ Hm prostě ona ... Svým způsobem ona je hodná ženská. Ona se o nás postarala, táta nás opustil, nás vychovala, všechno. Zvládla to jako frajerka, ale prostě. Tohle jí nezapomenu nikdy jako.“ Kontakt s tátou od doby rozvodu byl minimální: „...Vánoce, narozeniny. V podstatě se dá říct.“

Markéta zažila hodně násilí ve svém dětství a dospívání, ať ve formě sexuálního zneužití, šikany, ignorace od blízkých nebo spolužáků. Eva byla opakovaně sexuálně zneužívána svým vlastním dědečkem a otcem. Kateřina má zkušenost s agresivním chováním matky, která celé dětství vyčítala dětem odchod otce z rodiny. Od otce zná ignorování. Byl spíše odtažitý a po odchodu se do rodinného života nezapojoval.

Osamění

Markéta osamělost nemá ráda a když už je pocit nesnesitelný, řeší ho únikem do spánku. „Právě tu samotu se snažím řešit, jako že bych šla k sousedům, když to není možný, tak telefon a než vůbec, tak jdu spát.“ Sama Markéta utíká do samoty, když už má pocit, že prožívá silný pocit naštvání. Když je na návštěvě u pěstounky: „... Tam nesmím být dlouho, jinak jsem fakt nasraná. Pardon, že to říkám... Vlastně utíkám, vlastně jsme v kolektivu tam, že jo a já utíkám do té samoty, abych chvíli byla prostě sama a prostě si oddychla. Nemusím usnout, nic. Prostě utíkám do té samoty. Já bych jako to zvládla.“

Eva si dokázala najít útěchu v četbě knih, je velmi sečtělá a erudovaná osoba. I když nemá jiné oficiální vzdělání, kromě rodinné školy, působí jako velmi vzdělaná a inteligentní žena. „...Měla jsem knížky, žila jsem knížkami, to mě naučila babička... Knižka byl můj kamarád“. O svém manželství řekla: „Tím, že jsem se poznala se svým mužem, ztratila jsem možnost někoho poznávat.“ Postupem času Eva osamění přijala jako normální součást života. „Takže, napadá mě, při té otázce osamělosti, která tedy vlastně teď provází ten můj život. Že vychází... pomalu jsem se k tomu začala...nebo jsem se rozhodla to takhle mít. Vlastně když jsem přicházela na to, co potřebuji v případě tedy své nemoci, samozřejmě, ze začátku jsem to nechtěla přijmout. Nevím, jestli jsem už přijala. Každopádně mě ty určité stavy unavenosti a bylo to spojené se společností, i když mě v ní bylo dobře...“. S rozvojem nemoci osamění vyhledávala jako záchranu od pocitů přetížení a vyčerpání. „ Takže určitým způsobem mě moje osamělost dává konečně pocit toho bezpečí“.

Eva dále zmiňuje: „Já vlastně tu samotu vyhledávám z toho důvodu, že vlastně v té touze po tom, být ve společnosti dokonalá, tak ve chvíli, kdy mám prostě nějakou tu chandru nebo se z něčeho jakoby dospívám, tak já si třeba neumyji hlavu, neoblíknu se, nebaví mě se oblíknout. Vůbec o tom nechci přemýšlet, co bych si vzala, nebo to ladění, které normálně zase prostě budu třeba druhý den absolutně potřebovat. A, to je ten problém, že mě to takhle

vyhovuje. Já to dělám, vlastně tu samotu takhle přivítávám z toho důvodu, že já můžu absolutně prostě vypnout všechno, nečistit si zuby, ale samozřejmě, že zpětně se za to, jakoby si za to nadávám, že prostě jsem třeba, v hrozném stavu, že prostě to není....“

Kateřina se od propuknutí nemoci trápí nudou, omezenými životními možnostmi a její pocit osamění je zesílen současnou ztrátou životní partnerky. „Teď se cejtím osamoceně, protože jsem po tom rozchodu,... 10 měsíců. To mě jako hodně jako sundalo. Jako hodně, jsem nečekala.“ „Když jsem osamělá, tak mě nic nebaví. Dělán nejdůležitější, ty nejnnutnější věci v domácnosti. A tím, že abych si pomohla tak, že půjdu ven. Mezi lidí v rámci té mé úzkostné poruchy je to druhý extrém...“ „Vzbudím se a jsem rovnou v depresi, nemám náladu“. „... A někdy prostě se vzbudím a říkám si, hmm, tak dneska nemám nic. A jsem jakoby zbytečná“. *Kateřina* také vyhledává osamění po atace úzkostných stavů, když potřebuje potom být nějakou dobu sama a uklidnit se. „Ale když se bavíme o té samotě, tak mě to úplně, víš, bere. No tak prostě někdy tu samotu chci, naopak fakt zdrhnu z toho města. Ale tím doma chci bejt sama, lehnu si, uklidním se a rozdýchám to. A je to dobré“.

Markétu a *Evu* osamělost provází od dětství. *Markéta* nesnáší osamění, nedokáže být sama doma a cítit se dobře. Neustále vyhledává společnost lidí. Jezdí pravidelně na víkendy za rodinou pěstounky, ale tam nesnese dlouho společnost a utíká do samoty.

Eva vyplňuje osamění četbou knih. Vnímá, že kvůli své nemoci potřebuje být sama a určitým způsobem se s tím smířila. Když je doma sama, cítí se v bezpečí.

Pro *Kateřinu* je osamělost spojena s nudou a omezením, cítí se být zbytečná. Zároveň jako *Eva* potřebuje být v samotě, aby lépe zvládla ataky onemocnění.

Komplikované vztahy s původní rodinou

Markéta má velmi komplikovaný vztah s vlastní i pěstounskou rodinou. „... A ona vlastně, biologická rodina mě úplně odstříhla. Nechce se se mnou bavit, nic. Se ségrou se bavili do nedávna, byli tady kousek ode mne, a nepřijeli.“ V prostředí rodiny pěstounky dlouho *Markéta* nevydrží: „Tam nesmím být dlouho, jinak jsem fakt nasraná. Pardon, že to říkám.“ „... I to, že ohledně mámy se jedná o to opatrovnictví, kdyby to měli někdo jinej. Tak bych si mohla snad dovolit říct, mámě sice jakoby err normálně ne štěkat na ní, ale říct si prostě, co cejtím, co potřebuju, jak je to, co je to a tak, ale nemůžu jí říct, protože ona by mě... Ona by skončila s opatrovnictvím, a skončilo by to na úřadě. Což nechci, protože když by to skončilo na úřadě, tak ten úřad mi dá.“

Eva se o kontaktech v dospělosti se svou rodinou v rozhovorech již nezmiňuje. Ovšem komplikovanost jejích vztahů lze odvodit z popisovaných obrazů z dětství, například: „...Pak jsem s ním řešila věci, které jsem nechtěla řešit s matkou, protože když jsem byla teenager,

souseda posedly spády, že když jsem šla otevřít dveře, tak mi stihl sáhnou na prsa a šel se k nám, s Honzou dívat na fotbal. A já jsem tehdy už věděla, to neřeknu matce, protože matka začne rvát, začne konfrontovat...“

Kateřina popisuje vztah s matkou jako velmi složitý a s otcem jako velmi omezený. Na otázku, jestli si byly s mámou blízké, odpověděla: „Blížkost tam asi byla, ale my máme strašně komplikovanej vztah. Ona nedává mně, ale dávám jí, máme jiné povahy.“ Na otázku, zda si rozuměly, řekla: „Rozuměly, právě volala desetkrát denně. Ona je na mě napojená, nebo já nevím, co po mně furt chce. Mě to až obtěžuje, ale zase říkám, je to máma, až nezazvoní, budu litovat, že jo?“ „(...) Tátovi zavolám já. Když mám splín, ale to už fakt mám mega splín.“

Všechny tři participantky mají komplikovaný vztah se svojí původní rodinou. S Markétou vlastní příbuzenstvo ukončilo kontakt a s rodinou pěstounky se stýká, ale zároveň jsou tam nevyřešené konflikty. Eviny rodiče již nežijí, vzpomínky na ně jsou velmi náročné a rozporuplné. Kateřina nemá s mámou doted' jednoduchý vztah a s tátou je v občasném telefonickém kontaktu.

Omezené podpůrné sociální sítě

Markéta má sousedské vztahy, které jsou podpůrné, ale povrchní „(...) Takže jako k ní chodím, k Mirce chodím, k Michalovi, to jsou vlastně v našem mega velkém baráku čtyři, tam mám lidi, ke kterým chodím. Seznámila jsem se loni s její dcerou, která bydlí v mém bývalém bytě. Zuzku znám dlouho a právě tu Lenku. Tam jsem se taky seznámila minulý rok.“ Markéta občas zajde k sousedům na šálek kávy, ale vztahy se dál nerozvíjí. „Jako snažím se z telefonu, a ty můžou přijít třeba jenom na kafičko. A dost často se stává, že prostě ty lidi nemají čas“. Uvádí jednu kamarádku, kterou považuje za podporující. „Jediná je moje (...) velmi dlouholetá kamarádka, která je v pohodě, která jezdila do léčebny kvůli svému manželovi...“

Eva se zmínila o jediné bližší kamarádce: „Už jsem tam nenašla nikoho takovýmto způsobem, ale jednu jedinou ženskou, z domu, náhodou. A to je na doživotí, to je povedené. Má své psychické problémy, nikdo ji nepochopil ani v rodině. V rodině vládla maminka, která má i teď mnoho energie. To je člověk, se kterým si zůstaneme, má mnoho přátel, ale my jsme byly první, dvě. Je mi šedesát a ...je jedna. Kamarádka.“

Kateřina přišla o svoje přátele stěhováním. Když žila na vesnici s přítelkyní, její kontakty se omezily na rodinu přítelkyně, která žila poblíž. V rozhovoru mluví o novém bližším vztahu se sousedkou, se kterou si dobře rozumí. „(...) Rodina já jsem totiž z velkého města, šla najednou na vesnici a čeho jsem se vzdala...pustila jsem podnájem. Nechala jsem práci a šla jsem prostě za ní.“ O svých kamarádech říká: „Jsou jenom na facebooku. Napíšem si, že půjdem

na kafe, stejně na něj nepůjdem“. O nové sousedce zmiňuje: „(...) Kamarádka, zase ta Mirka odnaproti. To je jakoby můj nejbližší teďka jako parťák“.

Malý počet přátel a známých je typický pro všechny participantky. Markéta se snaží být v kontaktu se sousedy z domu, ve kterém bydlí. Vztahy jsou omezené, jde jen o občasné popovídání a setkání se u kávy. Má dlouholetou kamarádku z léčebny, spolu si často volají, ale nesečkávat se. Eva zmínila, že má jedinou dlouholetou kamarádku, trpící duševním onemocněním. Jsou v občasném kontaktu přes telefon. Z přátel nikdo podporující v jejím životě není. Kateřina přišla o svoje přátele stěhováním a je s nimi v občasném kontaktu přes sociální sítě. Má novou kamarádku odnaproti.

Volný čas jako prostor pro osamělost

Markéta mluví o volném čase: „A pak, když jsem sama, vymejším kraviny.“ O víkendu přichází nejhorší čas: „(...) Tam je to nejkritičtější.“ „Jo, protože když vlastně vstanu třeba v jedenáct, ani nesnídám, neobědvám. Furt na televizi a pak jako sbírám kontakty v telefonu, že bych jako někomu zavolala.“ „(...) Hmm. Právě tu samotu se snažím řešit, jako že bych šla k sousedům, když to není možný, tak telefon a než vůbec tak jdu spát.“

Eva když bývá doma sama, hloubá: „(...) To je nová situace, a ta nová situace je, že já jsem v tom životě prostě skončila. S tím klasickým rodinným životem táta, máma, děti. Jsem v jiné fázi. Ale samozřejmě se mi po tom stýská. Samozřejmě bych si vybrala den, kdy bylo všechno úplně v pohodě, kdy jsem, prostě jsme se zajímali všichni jakoby o sebe. Byli u sebe. Ale, proto asi, třeba, nemůžu vůbec číst, nemůžu se dívat na filmy, příběhy, jako rodinné filmy a tak dále, protože já to mám prostě v sobě nezpracované.“

Kateřina zmiňuje o svém volném čase: (...) Jak z toho ven by mě zajímalo, z té samoty. Zkouším si malovat nebo já neumím malovat, ale vykreslovat, nebo prostě hraju svoje kostky na telefonu. A já si říkám, to je zbytečně strávený čas. To by chtělo, to by chtělo něco prostě jiného. Z čeho bude požitek.“

Participantky mají v současné době hodně volného času, který není to, na co by se těšily a co by cenily. Pro všechny respondentky je nadbytek volného času nevyžádané břímě a prázdnota, kterou by rády vyměnily za práci a možnost trávit čas s blízkými lidmi a přáteli. Všechny respondentky mimo aktivit v neziskovce a nejnútnejšího zařizování běžných věcí nikam nechodí.

Markéta vnímá volný čas, když je zároveň sama doma, jako ohrožení. Nedokáže si s tím poradit, v takové chvíli hledá únik kontaktováním kohokoliv. Eva, když často zůstává doma sama, hloubá nad svojí minulostí. Kateřina konstatuje, že je to zbytečně strávený čas u telefonu.

Partnerské vztahy

Markéta o partnerském vztahu se nezmiňuje v rozhovorech.

Eva vzpomíná: „ Pak, tedy vlastně, když jsem se vdala a měla děti, tak zase, vlastně jsem tu osamělost měla v tom, že jsem zůstala v domácnosti a vlastně celý den jsem buď tedy byla sama nebo s dětmi, když se potom tedy narodily. A vlastně to zaměstnání manžela bylo doopravdy tak, jakoby na ten celý den.“ Kdybych na to náhodou zapoměla, tak to určovalo hodně potom v dospělosti, jakoby neschopnost usínat s člověkem, který by mě objímal nebo byl hodně přitisknutý ke mně. Eva po zkušenostech z dětství s otcem nemohla snést objetí a snažila se to říct manželovi: „Musela jsem to takto vysvětlit manželovi, aby to bylo pochopeno. Ten člověk to nepřijal, měl pocit, že on mě nic neudělal a že by to šlo. No, neměla jsem tehdy žádné páky, abych si to odblokovala atd.“ Teď o současném stavu říká: „A pravda je, že když tedy se řekne to slovo samota, tak mě napadne to, co asi je....že jo, každého napadne, že člověk by měl k sobě, třeba, někoho mít nebo....tak jediná věc, která mi zjevně pořád ještě chybí je ta, řekněme intimita nebo blízkost druhého pohlaví.“

Kateřina po propuknutí nemoci vzpomíná na partnerský život: „(...) Já jsem měla smysl života v tom, že ona teda chodí do práce. Já jsem už teda byla nemocná, ale já jsem prostě věděla, že v baráku musím zatopit. Víš, nadělat třísky, zatopit, uvařit, uklidit, vyprat tohle a ona pak přijede, bude k večeři. A já jsem měla smysl života náplň, já jsem nebyla, jsem měla, ona vždycky přijela domů, to fungovalo.“

Markéta nikdy neměla dlouhodobý partnerský vztah, v podstatě neměla ani funkční krátkodobý partnerský vztah. Eva se cítila v manželství osaměle, trávila dlouhé dny sama v domácnosti. U manžela nenašla dost porozumění. V současné době jí chybí blízký partnerský vztah. Kateřina měla dlouhodobý funkční vztah, s přítelkyní spolu byly přes 15 let. Avšak pocit osamění z izolace v nemoci se intenzivně zesílil rozchodem.

Přijetí a podpora od komunity neziskové organizace

Markéta mluví o volnočasových aktivitách v neziskové organizaci: „(...) ohledně keramiky, šití, výletů a tak dále. Tak jsem spokojená. Jsem šťastná, že to mám, že jako můžu chodit mezi lidi. Jinak jako doma jsem většinou zavřená (...) Takže jako neziskovka teďko momentálně mi hodně pomáhá.“ „(...)No já si myslím, že je to mnohem lepší, že se seznamuju fakt s novými lidma za ten rok a kousek. Tak je to fajn, ono fakt jako na výletech se dá seznámit s lidma. (...) co chodím na ty kroužky, tak tam jako nový lidi choděj, nebo když tam choděj ty starý, co už tam chodí delší dobu, tak teď zase přivedu nový lidi.“ O rozvoji komunikačních dovedností a sebereflexi říká: „Jako já mluvím, vždyť z toho mám radost, protože jakože když

se fakt jako dokážu zeptat člověka i jakoby tady lidi, z neziskovky. Tak jako je fajn prostě učit se. Vstřebat i ty špatný. Jo, třeba i to v sobě rozebrat. Jo, proč to takhle řekli.“

Eva o neziskové organizaci mluví takto: „Mě teď a hodně podporuje neziskovka, já bych řekla, ač tedy je to zvláštní, ale já jsem si to zařadila někam, prostě všechny lidi, co jsou tam, co se snaží a prostě pracují. Tak jako takovou náhradní rodinu.“ „(...) Bylo mi špatně, udělalo se mi špatně, tak já si tam jdu jenom sednout na tu chodbu a i kdyby se ten den nemělo podařit a nikdo nevyšel a nezeptal se, co potřebuji, jestli něco potřebuji, jestli mi nemůžou dát napít nebo něco takového, tak mě stačí prostě jenom to prostředí, protože to...prostě je úžasná spolupráce a vidím to i na druhých lidech, kteří, prostě si určitě nestěžují, a já to tam prostě pro sebe vnímám jako bezpečný přístav.“ „A vlastně, kdyby se dělo to, že bych chodila třeba jenom s tím interním pracovníkem jen na procházky nebo něco takového, tak to by bylo určitě taky fajn. Ale, tam jde prostě o aktivitu, která mě baví, zajímá. Někdy unaví, ale každopádně to není, jenom takový to sednout si před toho člověka /Interního/ třeba, já nevím, povídat o tom, co ho trápí nebo něco takového, ale na chvílku člověk při této aktivitě /Rehabilitační šicí dílna/, která není věnovaná jenom tomu rozhovoru, tak vlastně zapomene jo, třeba začne povídat, ale za chvílku zapomene a povídá zase někdo další o těch svých problémech a to je na tom to úplně nej nej nej nej nej nejlepší. Na chvíli to...doma člověk před sebou jakoby neuteče, ale tam, tam se to klidně podaří.“

Eva chodí na keramiku, šicí dílnu, plavání, vaření a výlety, o tom říká: „(...) Přesně tak a všechny tyto akce jsou perfektní, člověk se tam cítí tak , že má společnost, která ho přijímá. Když chce stát člověk opodál, stojí opodál, když prostě se chce zapojit, zapojí se. A každý vlastně podle svého se tam může zachovat. A já z toho tedy mám vždycky dobrý pocit. Jsem, můžu tam, jakoby ani ne chvíli, ale třeba hrozně dlouho být stejná, jako jsem bývala dřív. No a to je prostě strašně moc.“

Kateřina zmiňuje o spolupráci s neziskovou organizací: „(...) A pomáhá mi neziskovka, že jo. Se vším možným. Mám vyřízený existenční věci, mám navíc práci novou. Je to lepší. Necítím se tak osaměle jako před rokem nebo před půl rokem.“ „(...) Organizace mi pomohl po hospitalizaci na psychiatrické léčebně se vším možným. Třeba například s trvalou adresou, invalidním důchodem, s prací, kterou mi sehnali a s aktivitami, které mi nabízejí.“ *Kateřina* chodí na keramiku, plavání, šití. „(...) Na plavání chodím pořád. To je nejlepší. A celkově nebýt neziskovky..., tak nevím, no. To si vůbec nedovedu představit.“ Na otázku, co pomáhá, *Kateřina* odpovídá: „Celková podpora hele, mě teď srazilo auto, mám nějaké problémy. Moje sociální pracovnice všechny organizace – VZP, Generali, policie a všechny oslovit. Pomáhá mi se vším.

Naskenuje, podpoří, doprovodí. Jako úplně super.“ Také zmiňuje, že se teď cítí méně osaměle: „Jo, posun tam je, už se necítím tak osaměle. Mám okolo sebe docela dost lidí, který mně pomáhají. A cítím se líp.“ Odpověď na otázku, jestli by od neziskové organizace ještě něco potřebovala, co jí chybí, odpovídá: „Ne. Já jsem s nimi strašně spokojená.“

To, co všechny respondentky spojuje, je pocit přijetí ze strany pracovníků neziskové organizace a dalších klientů organizace. Je to místo, kde se mohou otevřeně hovořit o své nemoci, svěřit se ostatním a získat podporu a porozumění. To se děje jak v rámci individuální práce s klíčovými pracovníky, tak v rámci účasti na volnočasových aktivitách. Součástí této pomoci je podpora v řešení běžných praktických problémů. Pro respondentky je to také místo, kde mohou na chvíli zapomenout na své běžné starosti a věnovat se něčemu jinému během volnočasových aktivit. Pro všechny respondentky je velmi důležité téma "být mezi lidmi" a udržovat společenský kontakt. Jedná se jak o kontakt s klíčovými pracovníky, tak s ostatními klienty služby. Všechny tři respondentky vyjadřují svou spokojenost s volnočasovými aktivitami a hovoří o nich s nadšením: "jsem šťastná, spokojená", "náhradní rodina", "je to nejlepší".

Tabulka 1 – Téma

Téma	Subtéma
Opuštění	Opuštění rodiči, sourozenci, babičkou, partnerkou.
Izolace	Chybějící blízké vztahy, kamarádi, izolace od ostatního světa.
Násilí a agrese	Šikana, sexuální zneužívání, ignorace, agresivní chování.
Osamění	Naštvaní, nuda, nesnesitelný pocit, útěcha, záchrana od pocitů přetížení a vyčerpání, bezpečí, uklidnění.
Komplikované vztahy s původní rodinou	Neporozumění, přerušení kontaktů, hádky.
Omezené podpůrné sociální sítě	Ztráta přátel, málo přátel, absence blízkých vztahů, kamarádky s duševním onemocněním.
Volný čas jako prostor pro osamělost	Krize, nečinnost, zaspát samotu, stesk po minulosti, zbytečně strávený čas.

Partnerské vztahy	Osamělost v partnerství, nepochopení, smysl života, partner(ka) chybí.
Přijetí a podpora od komunity a neziskové organizace	Smysluplně strávený čas, být mezi lidmi, pomoc, podpora, rozvoj komunikačních dovedností a sebereflexe, náhradní rodina, bezpečný přístav, útek od svých myšlenek, přijetí, zařízení praktických věcí.

Níže v tabulce jsou uvedeny zkušenosti participantek s osamělostí rozdělené na pozitivní a negativní.

Tabulka 2 – Vztah k samotě

Respondentka	Pozitivní zkušenost s osamělostí	Negativní zkušenost s osamělostí
Markéta	Neuvádí.	Velmi negativní prožívání samoty, až neschopnost být sama. Neustálá potřeba v jiných lidech. Nedobrovolné uvrhnutí do osamělosti jako raná zkušenost. Izolace díky duševnímu onemocnění.
Eva	Pozitivní vztah k samotě, útek do samoty v případě přetížení. Náročný delší kontakt s lidmi, příležitost k odpočinku s tím spojená.	Nedobrovolné uvrhnutí do osamělosti jako raná zkušenost. Izolace díky duševnímu onemocnění.
Kateřina	Pozitivní vztah k samotě, útek do samoty v případě přetížení, příležitost k odpočinku s tím spojená.	Negativní zkušenost vznikla s nedobrovolnou izolací v průběhu vypuknutí duševního onemocnění ve středním věku a potom s ukončením dlouhodobého vztahu.

11. Zodpovězení výzkumných otázek

Hlavní výzkumná otázka zní: *jaká je zkušenost lidí trpících duševním onemocněním, kteří jsou osamělí dle výsledků testu škály osamělosti UCLA (verze 3)? „Jak vnímají svůj život tyto lidé?*

Každá z participantek výzkumné sondy má svůj vlastní unikátní příběh, který se odlišuje od ostatních. Analýza rozhovorů odhalila důležitá životní témata, která se prolínají skrze příběhy všech účastnic. Zkušenosti participantek výzkumné sondy, které zažívají osamělost, sdílejí některé společné rysy. V dětství byly opakovaně konfrontovány s **opuštěním** svými blízkými osobami. Dvě z nich byly opuštěny matkou již v raném věku, a tato zkušenost opuštění se opakovala. Všechny respondentky zažily silný **pocit izolace**. Dvě z nich se s ním setkaly dlouhodobě již v dětství v důsledku **nedostatku kontaktů** s vrstevníky. V současné době všechny tři prožívají tento pocit v důsledku omezeného množství kontaktů se vnějším světem.

V důsledku duševního onemocnění participantky nedokážou dlouho být ve společnosti lidí a zároveň je pro ně kontakt s lidmi velmi žádoucí. Po delším pobytu mimo vlastní byt přichází únava, návaly úzkosti. Po takových zkušenostech je **útěk do samoty** žádoucí a je spojený s bezpečím a je **prožíván pozitivně**.

Participantky prožívají **osamění jako** velmi **negativní stav**, spojený s pocitem nudy, zbytečnosti, prázdnoty a úzkostí. Projevují se různé adaptační mechanismy. K úniku od osamění pomáhá jedné z žen telefon s aplikacemi. Další z žen se snaží potlačit pocity osamění tím, že se snaží usnout. Jedna z participantek se na osamění určitým způsobem adaptovala již od dětství a vnímá ho jako přirozenou součást života. Když je v lepším psychickém rozpoložení, hodně čte, zejména když je sama.

Participantky výzkumné sondy prožívají osamělost jako velmi negativní stav, mají subjektivně vnímaný nedostatek kontaktů přinášejících pocit spokojenosti. Zároveň utíkají do samoty v případě psychického přetížení.

Další výzkumnou otázkou je zjistit, co klientům sociální služby přináší ve smyslu řešení prožívané osamělosti. Z analýzy rozhovorů vyplynulo, že pro klientky sociální služba dává následující:

- **Smysluplně strávený čas:** nabídka volnočasových aktivit z pohledů participantek přináší pocit naplnění vlastních zájmů,

- **Být mezi lidmi:** společná setkání naplňují potřebu být mezi lidmi, být v kontaktu s ostatními,
- **Rozvoj komunikačních dovedností a sebereflexe:** během setkání probíhá vzájemná komunikace, kterou lze vzájemně reflektovat,
- **Bezpečný přístav:** setkání probíhají v prostředí, ve kterém se klientky cítí bezpečně,
- **Přijetí a podpora:** klientky služeb zažívají přijetí a podporu během setkávání od pracovníků a ostatních klientů,
- **Úleva od svých myšlenek, prožitek radosti během volnočasových aktivit:** participantky spojují setkání s pocitem radosti, spokojenosti, odpočinkem od myšlenek, které je trápí,
- **Řešení praktických problémů:** praktická pomoc se zabezpečením běžných potřeb, ale i s řešením mimořádných životních událostí.

Participantky vnímají pomoc od neziskové organizace jako velmi důležitou v jejich životě, volný čas tráví převážně v rámci aktivit organizace. Volnočasové aktivity a pomoc klíčového pracovníka v jejich životě v současné době plní roli kotvy.

12. Diskuse

V rámci diskuse jsou předloženy kritické náhledy na témata: volby vzorků respondentu, způsob zpracování dat, použité metody. Dále navazuje vybranými tématy, které se objevily v analýze dat ve vztahu k vybraným teoriím, zmíněným v první části práce. Závěr je věnován diskusi na téma intervencí zaměřených na snížení osamělosti.

Volba vzorku

Volba vzorku byla ovlivněna dostupností participantů a jejich ochotou se zabývat tématem osamělosti. Limitem této práce je malý vzorek participantů, níže uvádím důvody pro výběr. Klienti terénní sociální služby, které jsem oslovila, jsou lidé s vážným dlouhodobým duševním onemocněním, což často ztěžuje jejich zapojení do výzkumu. Někteří z nich nebyli ochotni sdílet své životní zkušenosti z důvodu prožitých traumatických událostí. U dalších byla omezením závažnost duševního onemocnění nebo další duální diagnózy a komorbidity. Je také možné, že klienti s vysokými skóry v dotazníku osamělosti nebyli zcela otevření a nakloněni k sociálnímu kontaktu s výzkumníkem, což mohlo ovlivnit spolupráci s nimi.

Volba vzorku byla dále ovlivněna preferencí provést hloubkové rozhovory s menším počtem participantek, což umožnilo prozkoumat více vrstev životních zkušeností účastnic. Nicméně, malý počet participantů je zároveň nevýhodou této práce. Výhodou je možnost podrobněji zkoumat fenomén osamělosti a zachytit jemné souvislosti. Časové odstupy mezi

rozhovory u jedné participantky umožnily otázkám dozrát a popsaly větší časový úsek života v přítomnosti. Náročnost témat z dětství, jak se ukázalo během průběhu studie, vyžadovala individuální rozhovory. Pauzy mezi rozhovory byly velmi užitečné pro odpočinek od těžkých témat a přepnutí pozornosti na aktuální problémy a prožitky.

Fakt, že jsem participantky znala osobně z terénní práce, byl výhodou v porozumění kontextu života klientek. Navázání důvěry v klientské práci mohlo pomoci otevírat těžká témata. Nevýhodou může být větší osobní slepota v porozumění témat a riziko zkreslení v analýze rozhovorů.

Zpracování dat

Při zpracování dat jsem se opírala o informace získané během devíti setkání.

Vyhledání společných témat a jejich zpracování do tabulek obvykle vyžaduje určitou míru redukce dat. Aby neuniklo nic důležitého, byla všechna témata, která se objevila, zaznamenána do excelovských tabulek a následně analyzována. Hledala jsem témata, která se podobala, ale také ta, která se od sebe lišila, a snažila jsem se pochopit důvody jejich podobnosti či odlišnosti. Bylo důležité porozumět, jaký význam participantka přikládá svým tvrzením a jak je možné chápat v kontextu jejího života. Pro tento proces jsem četla rozhovory s jednou participantkou opakovaně a snažila jsem se porozumět tomu, jak ona vidí a prožívá svůj život. Aby se minimalizovalo riziko zkreslení způsobeného osobou provádějící analýzu, byly použity přímé citace z rozhovorů.

Použité metody

Při sběru a analýze dat byla použita metoda Interpretativní fenomenologická analýza (IPA), která umožňuje zkoumat fenomén osamělosti do hloubky a zabývat se jedinečnými životními zkušenostmi participantů z jejich perspektivy. Výhodou této metody je možnost získat hlubší porozumění jedinečné zkušenosti člověka, který prožívá osamělost a trpí duševním onemocněním. Nevýhodou je subjektivita interpretace zkušeností a omezená možnost zobecnění výsledků práce na širší populaci lidí s duševním onemocněním, kteří využívají terénní sociální služby.

Získaná data dále diskutuji v kontextu vybraných teorií nastíněných v teoretické části práce.

Osamělost pozitivní a negativní z pohledu J.G. Zimmermanna

V této práci je možné spojit pozitivní pohled na prožívanou osamělost pouze s pocitem úlevy z přetížení, které vyplývá z neschopnosti být mezi lidmi. V okamžiku přetížení je osamělost krátkodobě vítána. Nicméně se nejedná o úplný únik do soukromí jako dobrovolné

omezení kontaktů s ostatními na určitou dobu (Zimmermann) a zaměření se na sebe a vlastní potřeby. Autor pozitivně prožívanou osamělost popisuje jako čas na reflexi a meditaci. Naopak, negativní typ osamělosti, spojený s nedostatkem osobních vztahů a kontaktů s důležitými lidmi, je v této práci zjevně klíčovým tématem. Tuto formu osamělosti lze také spojit s kognitivním přístupem. Účastnice subjektivně prožívají rozpor mezi aktuálním stavem a touhou po sociálních vztazích.

Osamělost emoční a sociální (Weiss)

Z pohledu Weisse, participantky výzkumné sondy prožívají jak emoční osamělost z absence blízké figury nebo emočního pouta, tak sociální osamělost z nedostatku kontaktů s širší sociální skupinou. V této práci je sociální osamělost spojena s pocitem izolace. Navázání blízkého vztahu s klíčovým pracovníkem sociální služby může částečně nahradit nedostatek nebo omezenost blízkých vztahů. Účast v volnočasových programech a aktivitách organizace může uspokojit potřebu kontaktu se širší sociální skupinou.

Osamělost jako zkušenost spojená s nenaplněnými dětskými potřebami ve vztahu s významnými dospělými (Fromm-Reichmann)

Když porovnáme výsledky práce s psychodynamickým pojetím osamělosti, lze pozorovat, že všechny účastnice výzkumného průzkumu zažily v dětství opuštění ze strany významných dospělých, především svých rodičů. Přesná míra tohoto vlivu na každou klientku sociální služby není možné jednoznačně určit. Avšak lze předpokládat, že pro některé z účastnic, zejména u jedné, která prožila několikaletý pobyt v dětském domově, a u druhé, která trpěla dlouhodobým zneužíváním ze strany otce a nezájmem matky, mohla být tato zkušenost klíčová pro intenzivní prožívání osamělosti.

Osamělost a sociální izolace

Můžeme tvrdit, že participantky neprožívají dostatečný pocit spokojenosti z existujících sociálních vztahů (Gierveld, Tilburg & Dykstra, 2006). Je možné se domnívat, že účastnicím chybí kvalitní kontakty, kvalita a množství těchto kontaktů je subjektivně podmíněna (Wheler, Reis, & Nezlek, 1983, Cacioppo & Patrick, 2008).

Osamělost a prožívání

V rozhovorech se objevil popis prožívané osamělosti jako úporné a velmi nepříjemné zkušenosti, kterou je potřeba něčím přebýt. Participantka, která se od dětství na osamělost lépe adaptovala než ostatní, si dokáže lépe poradit a najít v osamění něco dobrého. Dvě další participantky jí spíše nebyly schopny uniknout, pocit přetrvával (Masi, Chen, Hawkey & Cacioppo, 2011). V meta studii těchto autorů se prokázalo, že osamělí jedinci určitým specifickým způsobem přistupují k ostatním, mají tendence očekávat od ostatních odmítnutí

nebo se můžou chovat způsobem, který vyvolává negativní reakce od okolí. Podobná témata se v rozhovorech sama od sebe neobjevila a příprava na rozhovory nebyla cílena tímto směrem. Bylo by zajímavé zjistit, jak to vidí participantky. Takové zjišťování by ale přesahovalo zaměření této práce. Téma Covidu v prožívání osamělosti klientky služeb rovněž neotevřelo.

Osamělost z pohledu více dimenzí

Z pohledu na osamělost jako na komplexní konstrukt, participantky byly zasaženy ve všech třech rovinách (Hawkey, Brown, & Cacioppo, 2005). Jedná se jak o tzv. intimní osamělost, která souvisí s nejbližšími vazbami, tak o vztahovou, kde se jedná o širší sociální vrstvu rodiny a přátel, tak i o kolektivní osamělost, kterou se míní počet sociálních skupin, ke kterým se člověk vztahuje.

Osamělost a duševní onemocnění

Výsledky práce odpovídají provedeným výzkumům na skupině lidí trpících vážným duševním onemocněním (Perese, Wolf, 2005). Subjektivní prožívání osamělosti jako sociální izolace, nedostatek vztahů, nedostatek příležitostí k účasti na sociálních aktivitách. Nedostatek příležitostí souvisí s neschopností účastnit se běžného sociálního života. Dalším krokem je získání přátel. Zajímavé je téma udržení již získaných přátel, což je dle výzkumů obvyklým problémem. U dvou participantek jsou to velmi problémová témata, u třetí participantky je to spíše přechodná překážka. Tuto participantku spojuji zároveň s mírnější formou duševního onemocnění a příznivějšími vývojovými faktory v dětství.

Podle longitudinální studie Cacioppo a Hughes (2006) se osamělost a depresivní symptomy vzájemně podporují. Depresivní symptomy jsou přítomny u všech třech účastnic. Není možné zjistit, jak to přímo souvisí s jimi prožívanou osamělostí. Výzkumná studie Weitkamp a Midgley prokázala souvislost rizikového prostředí s obtížemi s formováním zdravého sebevědomí a pocitu bezpečí, které následně vyústí v obtíže v sociálním kontaktu. Za jednoznačně rizikové prostředí lze označit místo, kde vyrůstaly dvě participantky. Třetí participantka, která zažila odchod otce a matka se sama starala o čtyři děti, popsala podmínky rodiny jako ztížené.

Zkušenost s násilím ve škole (Rönkäa, Sunnarib & Taanilac, 2020) má jedna participantka, která ve shodě se studií také opakovaně poznala sociální vyloučení. Vznik duševního onemocnění je důležitým rizikovým faktorem v rozvoji osamělosti (Anna Reetta Rönkäa, Vappu Sunnarib & Anja Taanilac, 2020). U všech třech účastnic je dobře viditelná paralela mezi duševním onemocněním, velmi omezeným fungováním ve společnosti a osamělostí.

Výsledky práce potvrdily obraz osamělosti, který je již znám z existujících výzkumů a studií. Provedením výzkumné sondy v neziskové organizaci se ukázalo téma osamělosti jako velmi aktuální a důležité v životě klientek služby. To zvýrazňuje význam a nutnost profesionálních intervencí v rámci sociální práce. Je také zřejmé, že služby, které organizace poskytuje, nevedou ke snížení míry osamělosti účastnic na úroveň nižší než vysokou podle dotazníku UCLA. To znamená, že existuje prostor pro zkoumání a implementaci nových metod práce.

Intervence zaměřené na snížení osamělosti

Zapojení do služeb neziskové organizace přineslo klientkám jasně viditelné výhody. Účast na volnočasových aktivitách pomáhá strukturovat jejich den, umožňuje jim navazovat sociální kontakty a poskytuje prostor pro podporu a pochopení v jejich obtížích. Nicméně, problémem zůstává obtížnost přenášení těchto zkušeností mimo rámec neziskové organizace. Často se stává, že uživatelé těchto služeb se stávají závislými na nich. Pro některé klienty je malá schopnost adaptace na nové podmínky a obtížná změna nepřekonatelnou překážkou. Většina klientů se potýká s nedostatečnými sociálními dovednostmi a komunikačními schopnostmi, zejména u chronických psychiatrických pacientů, kteří tyto dovednosti buď nikdy neměli, nebo je ztratili v důsledku dlouhodobé nemoci. Naopak klienti, kteří nemají tak dlouhou historii nemoci, často mají lepší komunikační a sociální schopnosti.

Účastnice výzkumné sondy popisovaly své zkušenosti se spoluprací s neziskovou organizací. Porovnáním výsledků rozhovorů s doporučenými intervencemi z výzkumných studií je možné vyvodit závěry. Je vhodné zaměřit se na cílené intervence, které snižují pocit osamělosti:

- Intervence **zaměřené na maladaptivní sociální kognice**, například založené na KBT terapii. Dle metaanalýzy zaměřené na intervence snižující osamělost (Masi, Chen & Cacioppo, 2011) je to nejúčinnější způsob práce. Podle doložených výsledků, je podobně účinné pracovat ve skupině nebo individuálně. Žádný podobný program není v nabídce služby. Limitem intervence mohou být schopnosti klienta a odborné dovednosti pracovníka, který vede skupinovou nebo individuální intervenci. Schopnosti klienta jsou podmíněné rozvojem chronického duševního onemocnění.
- Intervence založené na **rozvoji a tréninku sociálních dovedností**. Klienti služby mají podporu klíčového pracovníka a mohou běžně na podobných cílech pracovat. Bylo by možné se více zaměřit na rozvoj sociálních dovedností, identifikovat konkrétní problémová místa klienta a pracovat systematicky na jejich překonání. Bylo by výhodné založit skupinu, která by

pracovala na rozvoji sociálních dovedností. Limitem intervence mohou být opět schopnosti klienta a odborné dovednosti pracovníka, který vede skupinovou nebo individuální intervenci.

- Intervence zaměřené na zvýšení sociálního kontaktu jsou běžné v nabídce služeb neziskové organizace. Jsou to volnočasové skupinové aktivity, různé akce zorganizované organizací, i možnost pracovat v tréninkové kavárně. Dále jsou to jednotlivé individuální intervence pracovníků zaměřené na tzv. aktivizaci klientů. Jsou to doprovody klientů služby na úřady, za doktory, na nákupy, ale i jen na procházky. **Podpořit klienty s cílem docházet na zájmové činnosti mimo organizaci.** Cílem je dostat klienta mimo domov, do společnosti.

Bylo by možné více cíleně zaměřit se na systematickou pomoc klientům služby při začleňování do běžného života a aktivit mimo rámec organizace. Někteří klienti mají potíže s účastí na volnočasových programech a akcích organizace, zatímco jiní to nemohou zvládnout kvůli svému zdravotnímu stavu. Omezením intervence jsou schopnosti klienta a jeho motivace zvládnout nové situace.

- Klienti organizace by mohli profitovat ze založení „befriending“, která ale vyžaduje provoz zvláštní sociální služby. Jedná se o dobrovolnickou službu, kam se může přihlásit člověk z běžné populace a který by navázal přátelský kontakt s klientem sociální služby pod záštitou organizace. Zapojení peer konzultantů už v organizaci úspěšně běží. V této oblasti by se dalo uvažovat o způsobech zapojení peer konzultantů do služby, a rozšíření okruhu diagnóz do programu.

- Klienti ohrožení osamělostí by mohli stanovit jedním **z cílů spolupráce snížení osamělosti**. Součástí intervence pracovníka by mohla být **psychoedukace**, která by mohla pomoci řešit problematiku stigmatizace člověka s duševním onemocněním. Dále normalizovat a pomoci pochopit problémy spojené s duševním onemocněním. Intervence zaměřené na snížení osamělosti podle doporučení WHO (2021) mohou obsahovat práci na udržení a zlepšení mezilidských vztahů, podporu v navazování nových a pracovat na změně, jak klienti vnímají svoje vztahy. Tyto stanovené cíle, na kterých by pracoval klient s pracovníkem individuálně, by mohly dobře podpořit všechny výše uvedené intervence a také otevření tématu osamělosti v individuální terapii.

Z výsledků výzkumné sondy vyplývá, že klientky služby jsou velmi spokojené s nabídkou volnočasových aktivit, organizovaných akcí a individuální spoluprací s pracovníky. Považují organizaci za bezpečné místo, kde mohou navazovat kontakty s dalšími lidmi a vnímají čas strávený v této společnosti jako smysluplný. Tento poznatek se jeví jako pevný základ pro možnosti poskytnutí nových způsobů intervencí zaměřených na snížení pocitu osamělosti.

13. Závěr

Osamělost, kterou zažívají participantky výzkumné sondy, má pro každou z nich jinou sílu, význam a charakter. Dvě participantky osamělost provází od dětství, třetí ji poznala až v dospělosti. Pro všechny je dočasný útěk do samoty pomocníkem k lepšímu zvládnutí psychického stavu ovlivněného nemocí. Avšak nedobrovolná a dlouhá osamělost je pro respondentky velmi bolestivá a nežádaná. Když se podívám na participantky jako na klientky sociální služby, osamělost je jejich velké téma, na které se dá soustředit i v rámci pomoci neziskové organizace.

Součástí této práce byla snaha o pochopení, jak klientky služby prožívají osamělost ve svém životě, dále jak vnímají služby organizace. Cílem práce bylo propojit prožívání osamělosti klientek služeb v kontextu známých teorií s cílenými intervencemi proti osamělosti, založených na vědeckých důkazech. Povedlo se zjistit, že současná nezisková organizace je příznivým zázemím pro cílení intervencí na snížení osamělosti. Jednotlivé prvky sociální práce praktikované neziskovou organizací již míří na snížení osamělosti jejich klientů. Zavedení dalších intervencí založených na důkazech do praxe by mohlo být velkým přínosem ku prospěchu klientů sociální služby.

Zdroje

- Alexander, B.K., Beyerstein, B. L., Hadaway, P. F.; Coombs, R.B. (1981). Effect of early and later colony housing on oral ingestion of morphine in rats. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*. 15, 571–576. doi:10.1016/0091-3057(81)90211-2.
- Asher, S., Hymel, S., Renshaw P.D. (1984). Loneliness in children. *Child Development*, 55, 1456–1464. doi: 10.2307/1130015.
- Boomsma, D., Willemsen, G., Dolan, C., Hawkey, L., Cacioppo, J. (2005). Genetic and environmental contributions to loneliness in adults: The Netherlands twin register Study. *Behavior Genetics*. 35, 745–752. doi: 10.1007/s10519-005-6040-8.
- Cacioppo, S., Grippo, A., London, S., Goossens, L., and Cacioppo, J.T (2015). Loneliness: Clinical Import and Interventions Perspect. *Psychol Sci*. 10, 2. doi:10.1177/1745691615570616.
- Cacioppo, J.T., Hawkey, L.C., Ernst, J.M., Burleson, M., Berntson, G.G., Nouriani, B., et al. (2006). Loneliness within a nomological net: An evolutionary perspective. *Journal of Research in Personality*, 40, 1054–1085. doi: 10.1016/j.jrp.2005.11.007.
- Cacioppo, J.T., Hughes, M.E. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-Sectional and Longitudinal analyses, *Psychology and Aging*, 21, 140-151. doi: 10.1037/0882-7974.21.1.140
- Cacioppo, J.T, Patrick W. (2008). Loneliness: Human Nature and the Need for Social Connection. New York: W.W. Norton & Company.
- Cassidy, J., Asher, S.R. (1992). Loneliness and peer relations in young children. *Child Development*, 63, 350–365. doi: 10.2307/1131484.
- Čermak, I., Hytych, R., Řiháček, T. (2013). Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy. Brno: MUNI Press.
- Eurostat, 2022 [online]. Dostupné na <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/edn-20210601-2>
- Fromm-Reichmann, F. (1959). On Loneliness. In Bullard, D. (Ed), *Psychoanalysis and Psychotherapy – Selected Papers* (325-336). Chicago: The University of Chicago Press.
- Hawkey, L.C., Browne, M.W., Cacioppo, J.T. (2005). How can I connect with thee? Let me count the ways. *Psychological Science*, 16, 798–804. doi: 10.1111/j.1467-9280.2005.01617.x
- Hendl, J. (2016). Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Praha: Portál.
- Heinrich, L. M., Cullone. E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature

review. *Clinical Psychology Review*, 26(6), 695-718.

Höllinger, F., Haller, M. (1990). Kinship and Social Networks in Modern Societies: A Cross-Cultural Comparison among Seven Nations. *European Sociological Review*, 6(2), 103-124.

Gierveld, J., Tilburg, T.G., & Dykstra, P.A. (2006). Loneliness and social isolation. In D. Perlman & A. Vangelisti (Eds.), *The Cambridge handbook of personal relationships* (485-500). UK: Cambridge University Press.

Gierveld, J., Tilburg, T. (1999). Living arrangements of older adults in the Netherlands and Italy: Coresidence values and behaviour and their consequences for loneliness. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 14, 1–24. doi: 10.1023/a:1006600825693.

Griffin, J. (2010). *The lonely society?* London: The Mental Health Foundation. (p.22) Dostupné na: <https://www.bl.uk/collection-items/lonely-society>

Kumstátová, T. (2014). Souvislost mezi citovou vazbou, fyzickou atraktivitou a pocití osamělosti v období vynořující se dospělosti. Nепublikovaná bakalářská práce. Brno: FSS MU.

Luchetti, M., et al. (2020). The Trajectory of Loneliness in Response to COVID-19. *American Psychologist*, 75, 7. doi:10.1037/amp0000690.

Louise, Y.L, Hawkey, C., Waitec, L.J, Cacioppo, J.T.(2012). Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study. *Social Science & Medicine*, 74, 907-914. doi:10.1016/j.socscimed.2011.11.028

Matoušek, O., Kolářková, J., Kodymová, P. (2010). *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál.

Masi, M.Ch., Chen, HY., Hawkey, L.C., Cacioppo J.T. (2011). A Meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, 15,3. doi:10.1177/1088868310377394.

Mental Health Foundation, 2017. Loneliness - the public health challenge of our time [online]. Dostupné na: https://www.basw.co.uk/system/files/resources/basw_101300-6.pdf

Michalska da Rocha, B., Rhodes, S., Vasilopoulou, E., Hutton, P. (2018). Loneliness in Psychosis: A Meta-analytical Review. *Schizophrenia Bulletin*, 44, 114–125. doi: 10.1093/schbul/sbx036.

Mushtaq, R., Shoib, S., Shah, T., Mushtaq, S. (2014). Relationship Between Loneliness, Psychiatric Disorders and Physical Health? A Review on the Psychological Aspects of

Loneliness. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 8. doi: 10.7860/JCDR/2014/10077.4828

Parihar, S., Kumar, S. H. (2020). A Brief Study of the Twentieth Century American Drama: The Impact of Rapid Industrialization and Urbanization. *Mukt Shabd Journal*, IX, 202. doi: 09.0014.MSJ.2020.V9I8.0086781.11101.

Peplau, L.A. & Perlman D. (1982). Perspective on loneliness. *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy* (8). New York: Wiley.

Perese, E.F, Wolf, M. (2005). Combating loneliness among persons with severe mental illness: social network interventions' characteristics, effectiveness, and applicability. *Issues Mental Health Nursing*, 26, 591-609. doi: 10.1080/01612840590959425

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

Rokach, A. (2007). The Effect of Age and Culture on the Causes of Loneliness. *Social Behavior and Personality*, 35(1), 169-186.

Rokach, A., & Bauer. N. (2004). Age, Culture, and Loneliness among Chechs and Canadians. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*, 23(1), 3-23.

Rönkä, A.R., Sunnarib, V., Taanilac, A. (2020). Entanglements of loneliness and mental ill health among young adult women, *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 15. doi: 10.1080/17482631.2020.1838101.

Russell, D., Peplau, L.A., Cutrona C.E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 472-480. doi: 10.1037//0022-3514.39.3.472

Scharf, T., & Gierveld, J. D. (2008). Loneliness in urban neighbourhoods: an Anglo-Dutch comparison. *European Journal of Ageing*, 5, 103-115.

Singh, R.N. (1991). Loneliness: dynamics, dimensions and many faces. *International Review of Modern Sociology*, 21, 1. Dostupné z <https://www.jstor.org/stable/41420990>

Smith, J.A., Flowers, P., Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis. Theory, method and research*. London: Sage Publications.

Snell, K.D. (2017). The rise of living alone and loneliness in history. *Social History*, 42, 2-28. doi:10.1080/03071022.2017.1256093.

Sonderby, L.Ch. (2013). Loneliness: an integrative approach. *Journal of Integrated Social Sciences*, 3,1. Dostupné z https://www.jiss.org/documents/volume_3/issue%201-29%20Loneliness.pdf

Sullivan, H. S. (1953). Early Adolescence. In Perry, H. S., & Gawel, M. L. (Eds.), *The Interpersonal Theory of Psychiatry* (263-296). New York: Norton.

Sundström, G., Fransson, E., Malmberg, B., & Davey, A. (2009). Loneliness among Older Europeans. *European Journal of Ageing*, 6(4), 267-275.

United States Census Bureau, 2022 [online]. Dostupné na:

<https://www.census.gov/newsroom/press-releases/2022/americas-families-and-living-arrangements.html>

Vejrostová, A. (2011). Souvislost mezi rodičovským konfliktem a romantickými vztahy v pozdní adolescenci: strach z intimacy a osamělost. Nepublikovaná bakalářská práce. Brno: FSS MU.

Victor, C.D., Scambler, S.J, Bowling, A., Bondt, J. (2005). The prevalence of and risk factors for loneliness in later life: A survey of older people in Great Britain. *Ageing & Society*, 25, 357–375. doi: 10.1017/S0144686X04003332.

Weiss, R.S. (1973). Loneliness: The experience of emotional and social isolation. Cambridge, MA: MIT Press.

Weitkamp, K., Klein, E., Midgley, N. (2016). The experience of depression: A qualitative study of adolescents with depression entering psychotherapy. *Global Qualitative Nursing Research*. doi: 10.1177/ 2333393616649548

Wheeler L, Reis H, Nezlek J. (1983).Loneliness, social interaction, and sex roles. *Journal of Personality and Social Psychology*. 45, 943-953. doi: 10.1037/0022-3514.45.4.943

World Health Organization, 2021. Social isolation and loneliness among older people: advocacy brief [online]. Dostupné na <https://www.who.int/publications/i/item/9789240030749>

Yalom, I.D. (2020). Existenciální psychoterapie. Praha: Portál.

Zimmermann, J.G. (1785). *Über die einsamkeit* (About loneliness). Frankfurt: Toppau.

Přílohy

1. Scénář rozhovorů a seznam otázek

První rozhovor se zaměřuje na historii života, zjišťuje biografický kontext zkušeností. Úkolem je zjistit co nejvíce informací ve vztahu k tématu. Otázka Jak? Jak k tomu u Vás došlo? Jak byste popsal(a)?

Oblasti, které budou orientačně zkoumány:

1. rodina, s kým žil, s kým se stýkal, důležití lidé
2. jací byli kamarádi, přátelé, vrstevníci
3. jaké bylo místo, kde žil, jestli se stěhoval
4. jaká byla škola
5. partnerské vztahy, láska
6. pracovní vztahy
7. nemoc, její místo v životě (alespoň krátce, pokud toto téma vyvstane)

Tyto oblasti, podle mého názoru, mohou poukázat na důležité souvislosti, ale respondent může přijít během rozhovoru s něčím dalším.

Otázka na začátku zní: „Povídejte mi o svém životě, od vašeho dětství. Povídejte o všem, co Vám přijde zajímavé a důležité a může to souviset s tématem osamělosti. Zajímá mě, jaké bylo vaše dětství, vaše rodina, přátelé, škola, práce a tak dále.“ Nechám na respondentovi, o kterém tématu by chtěl mluvit nejvíce, a poskytnu mu k tomu větší prostor. Zároveň budu hlídat čas a posouvat rozhovor: „A jaká byla škola?“. Když bude třeba, přidám prohlubující a rozšiřující otázky: „Můžete mi o tom říct ještě něco? Co se stalo? Co tím myslíte, že jste byl(a) opuštěný/á?“

V tomto rozhovoru není nutné otevřít všechny oblasti, mělo by zaznít to nejdůležitější pro respondenta.

Druhý rozhovor zkoumá podrobnosti zkušeností. Rekonstruuje zkušenosti ve vztahu k tématu, odhaluje detaily. Zaměřuje se na současnost a minulost. Otázka: popište svoji zkušenost, rekonstruuje jeden den, vyprávějte mi o této zkušenosti.

Oblasti, které chci zkoumat:

1. budou vyvstávat z prvního rozhovoru, zaměřím se otázkami na konkrétní zkušenosti, významné pro respondenta
2. budou připraveny individuálně ke každému respondentovi

3. zde budou zařazeny otázky přímo na osamělost, co je to pro respondenta? Popište den, kdy jste se cítila osamělá?

4. Zde budu navazovat na to, co klient o osamělosti řekl, chtěla bych detaily, jestli se zkušenost opakuje atd.

Třetí rozhovor se zabývá reflektováním zkušeností respondenta. Měl by osvětlit rozumový a citový vztah mezi životem a prací nebo rodinou. Otázky typu: Jaký smysl má váš život jako...? Kam váš život směřuje? Dále následují otázky na konkrétní zkušenosti s neziskovou organizací zaměřené na řešení osamělosti.

1. Budou se vztahovat ke zkušenostem, které se ukážou jako důležité a souvisí s osamělostí
2. Tady se dostaneme k reflektování, jestli sociální služba hraje nějakou roli v životě respondenta a co by mohla ještě důležitého přinést
3. Otázky typu: jak jste tomu rozuměla? Jaký to pro vás mělo význam?
4. Jak popíšete sebe jako člověka?
5. Jak vás vidí ostatní lidí?
6. Jak vidíte sebe v budoucnu?
7. Jaké máte zkušenosti s neziskovou organizací?
8. Mohla by Vám pomoci v otázce osamělosti více? Jak?
9. Potřebujete ještě něco jiného, chybí Vám něco od neziskové organizace v otázce osamělosti? Napadají Vás další zájmové činnosti, které by organizace mohla nabízet?

Vnímání osamělosti - Co je pro Vás osamělost? Jak byste ji popsal(a)? – Jak byste popsal(a) rozdíl mezi být osamělý/á a nebýt osamělý/á? – Jak se cítíte ve chvílích, kdy zažíváte osamělost? – Co si myslíte, že si ostatní myslí o vaší osamělosti? – Jak by vypadal váš život, kdybyste nezažíval(a) osamělost? – Vzpomínáte si na dobu, kdy jste se začal/a cítit osaměle? – Jak dlouho se cítíte osaměle? – Kdy se nejvíc cítíte osaměle? – Jak vám osamělost ovlivňuje Váš život? Duševní nemoc – Kdy se u vás projevilo vaše onemocnění? – Jak se projevuje vaše onemocnění? – Kdy se poprvé objevil pocit osamělosti v rámci vašeho onemocnění?

(Hendl, 2016, Smith, Flowers & Larkin, 2009)

2. Číslování citací k tématům

Opuštění	Markéta Eva Kateřina	1.1.1-3, 1.1.219-222, 1.1.47-51, 1.1.67-69 2.1.7-8, 2.1.87-89, 1.2.190-195, 2.1.132-133 3.1.9-10, 3.1.143-147, 3.1.43-47
Izolace	Markéta Eva Kateřina	1.1.9-11, 1.1.156, 1.1.158-159, 1.1.164 2.1.213-216, 2.1.238-243, 2.1.141-142 3.1.7-10, 1.1.50
Násilí a agrese	Markéta Eva Kateřina	1.1.17-20, 1.1.39-42, 1.1.204-205 2.1.21-24, 2.1.16-19, 2.1.30 3.1.154-158, 3.1.243
Osamění	Markéta Eva Kateřina	1.2.22-23, 1.2.49-51 1.2.232-238, 1.2.248, 2.2.3-8, 2.2.14, 2.3.187-195 3.2.5-7, 3.2.186-188, 3.2.247, 3.2.283-284, 3.2.281-283
Komplikované vztahy s původní rodinou	Markéta Eva Kateřina	1.1.220-221, 1.2.43, 1.3.66-71 2.1.149-152 3.1.299-300, 3.1.306-307, 3.1.383
Omezené podpůrné sociální sítě	Markéta Eva Kateřina	1.2.71-73, 1.2.104-105, 1.1.158-159 2.1.255-260 3.1.650-651, 3.1.665, 3.2.269-270
Volný čas jako prostor pro osamělost	Markéta Eva Kateřina	1.2.111, 1.2.148, 1.2.155-156, 1.2.22-23 2.2.49-54 3.2.359-361
Partnerské vztahy	Markéta Eva Kateřina	2.2.38-42, 2.1.122-125, 2.2.20-23 3.1.494-497
Přijetí a podpora od komunity a neziskové organizace	Markéta Eva Kateřina	1.3.8-12, 1.3.20-21, 1.3.37-40, 1.3.147-149 2.2.67-69, 2.2.73-79, 2.2.79-88, 2.3.31-35 3.3.4-6, 3.3.12-14, 3.3.20-21, 3.3.28-30, 3.3.3-4, 3.3.69