Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

ÚSKALÍ REINTEGRACE DO BĚŽNÉHO ŽIVOTA U LIDÍ SE SCHIZOFRENIÍ

DIFFICULTIES OF REINTEGRATION INTO DAILY LIFE IN PEOPLE WITH SCHIZOPHRENIA

Bakalářská diplomová práce

Autor: **Veronika Kopecká**

Vedoucí práce: doc. PhDr. Radko Obereignerů, Ph.D.

Olomouc

2022

Na tomto místě bych velmi ráda poděkovala doc. PhDr. Radkovi Obereignerovi, Ph.D. za jeho ochotu, velmi podnětné rady, připomínky a vedení práce.

Obrovské díky patří také skvělému psychiatrovi a hlavně skvělému člověku, který mě jako jediný neodmítl a i přesto, že je časově vytížený a má dost svojí práce, mi zprostředkoval rozhovory s pacienty. Moc děkuji také všem respondentům, i když vím, že mnozí měli z rozhovoru skutečně obavy. Děkuji, že je překonali a umožnili mi tak nahlédnout do jejich světa. Protože bez nich by tato práce nevznikla.

Mockrát děkuji také svojí kamarádce za psychickou podporu, kterou mi dodávala sílu neskončit těsně před koncem.

V neposlední řadě děkuji také svojí dceři, že to se mnou v tomto těžkém období vydržela. S jistotou mohu říct, že právě ona si nejvíce přála, ať práci dodělám.

Děkuji také všem ostatním, kteří mi v tomto období pomáhali a ve všem se mi snažili vyhovět.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Úskalí reintegrace do běžného života u lidí se schizofrenií“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Liboši dne 7.4. 2022 Podpis .....

OBSAH

Číslo **Kapitola** **Strana**

OBSAH **3**

ÚVOD **5**

TEORETICKÁ ČÁST **6**

1 Schizofrenie **7**

1.1 Klinický obraz schizofrenie 10

1.1.1 Pozitivní symptomy 10

1.1.2 Negativní symptomy 12

1.1.3 Kognitivní symptomy 13

1.1.4 Poruchy emocí 13

1.1.5 Další doprovodné symptomy a stavy 13

1.2 Formy schizofrenie 15

1.3 Průběh onemocnění 20

1.4 Léčba schizofrenie 23

1.4.1 Biologická léčba farmakologická 23

1.4.2 Biologická léčba nefarmakologická 24

1.4.3 Psychosociální léčba 25

1.4.4 Spolupráce s pacientem 25

1.4.5 Délka léčby 26

1.4.6 Lékař a příbuzní pacienta 27

1.5 Stigmatizace 29

2 Reintegrace **32**

2.1 Stacionáře 33

2.2 Pracovní rehabilitace 34

2.3 Centra, kluby a svépomocné skupiny 36

2.4 Úskalí reintegrace 38

2.5 Proběhlé výzkumy a studie 41

VÝZKUMNÁ ČÁST **44**

3 Výzkumný problém, typ výzkumu **45**

3.1 Výzkumné cíle a výzkumné otázky 45

3.2 Typ výzkumu a použité metody 46

3.3 Design výzkumu a tvorba dat 47

3.4 Sběr dat a výzkumný soubor 48

3.5 Výběr výzkumného souboru 49

3.5.1 Etické hledisko a ochrana dat 49

3.6 Metoda zpracování dat 51

4 Výsledky výzkumu 52
4.1 Analýza podle respondentů 53
4.1.1 Respondentka 1 53
4.1.2 Respondent 2 58
4.1.3 Respondentka 3 63
4.1.4 Respondent 4 67
4.1.5 Respondentka 5 71
4.1.6 Respondent 6 77
4.1.7 Respondent 7 84
4.2 Odpovědi na výzkumné otázky 91
4.2.1 Výzkumná otázka 1 91
4.2.2 Výzkumná otázka 2 93
4.2.3 Výzkumná otázka 3 97
5 Diskuze 100
6 Závěr 100
7 Souhrn 104
LITERATURA 106
PŘÍLOHY 113

ÚVOD

Téma schizofrenie mě vždy velmi zajímalo. Byla jsem svědkem toho, že lidé nemocní schizofrenií často nejsou společností dobře přijímáni. Ale jsou to spíše předsudky této doby. Tak nějak mě to pořád táhlo poznat tyto lidi více, dozvědět se o nich více a zkusit se vžít do jejich situace.

V této práci se věnuji právě problematice integrace pacientů s diagnózou schizofrenie. Vycházím z rozhovorů s pacienty. Ráda bych touto prací dala možnost nahlédnout více do světa lidí, kteří se potýkají s tímto závažným duševním onemocněním a doufám, že tak dojde k rozšíření povědomí o životních příbězích, strastech a radostech lidí, kteří se často neprávem potýkají se stigmatizací.

Rozhovory mě velmi posunuly a ukázali mi, že lidé nemocní schizofrenií, byť častokrát společností bezdůvodně odsuzováni, mají daleko horší potíže než lidé zdraví, kteří nemají problém se začleněním se do běžného života. Za tuto možnost jim moc děkuji. Jsem jim moc vděčná, že mi na chvíli dovolili nahlédnout do jejich života. Tuto zkušenost bych skutečně doporučila všem lidem, aby si uvědomili, že i lidé s psychickou nemocí chtějí být šťastní, přijímáni, přejí si mít někoho blízkého a touží po normálním životě. Protože jedině tváří v tvář těmto mnohdy bázlivým, světu se vyhýbajícím lidem, se o tom člověk skutečně přesvědčí, a uvědomí si tuto skutečnost.

TEORETICKÁ ČÁST

1 SCHIZOFRENIE

V této části se pokusíme čtenáři předložit možné definice schizofrenie jako takové. Samotný název lze přeložit jako „rozštěp mysli“. Je to jedno z nejzavázanějších psychických onemocnění. V tuto chvíli máme k dispozici DSM-5 a MKN-10, resp. MKN-11. V době psaní této práce je ve schvalování MKN-11, většina zdrojů a rozdělení nicméně vychází stále z MKN-10. V MKN-10 je schizofrenie ve skupině s kódem F20, kde je členěna na šest subtypů, které uvádíme dále v textu (World Health Organization, 2019). Někteří autoři chápou název jako plurál, jelikož jde o soubor příbuzných symptomů, než o jednu nozologickou jednotku (Raboch et al., 2006). Tradiční psychopatologické členění jí řadí mezi psychózy (Malá & Pavlovský, 2002).

Etiologie

Etiologie není dosud zcela jasná, na vzniku choroby se podílí zřejmě celá řada faktorů biologických, sociálních a psychologických. Jedná se o soubor činitelů, multifaktoriální etiologie, kdy žádná nepřevažuje. Můžeme se zde odkázat na bio-psycho-sociálně-spirituální model, kdy platí vzájemný vztah mezi jednotlivými částmi – zkušenosti se podílejí na změnách CNS a to zase opětovně působí na prožitky dalších zkušeností a může to podmínit zranitelnost člověka (Kubínek, 2012).

Literatura uvádí různorodou etiologii, obecně ale jde o důsledek vzájemného působení jak vyvolávajících podnětů, tak i dědičných dispozic, které se mohou projevit ve struktuře i funkci mozku. Strukturální změny mozku mohou být důsledkem odchylky konečné diferenciace buněk, změny jejich vzájemného propojení (Gelder et al., 1996). Změna struktury či funkce CNS může být vrozená, ale i geneticky podmíněná (Kubínek, 2012).

Studie dvojčat ukazují, že se může jednat o vlivy genetické. Když jeden z rodičů je schizofrenik, je šance na onemocnění dítěte až 12 %. Pokud oba rodiče trpí schizofrenií, tak je riziko výskytu až 46 % (Green, 2009).

Také mezi teoriemi můžeme najít neurobiologickou hypotézu, kdy se předpokládá zvýšená aktivita dopaminu, který odpovídá za integraci kognitivních a emočních procesů. Nicméně novější výzkumy ukazují, že aktivita dopaminu souvisí s glutamátem. Jeho nízká

či příliš vysoká aktivita může být odpovědna za nefunkční propojení mezi frontálními a temporálními oblastmi mozkové kůry, což může vést na úrovni psychiky ke štěpení (Probstová & Peč, 2014).

Můžeme zde také uvést kognitivní hypotézy, které vychází z poruch myšlení. Například konkretismus v myšlení či overinkluzivita mohou vést k chybným dedukcím v myšlení. Zároveň se tyto poruchy mohou projevovat na snížené schopnosti tvorby plánů. V případě pozornosti se také můžeme setkat s poruchou selektivního filtru, kdy je mysl zahlcena velkým množstvím podnětů a nedokáže je tak zpracovat. Poté je jen krůček k tomu, aby člověk udělal vlastní systém, který dá věcem význam (Praško & Látalová, 2013).

Můžeme se se setkat také s teorií „affect-logic", kdy je narušena rovnováha mezi myšlením a afektivitou. Když se tato křehká rovnováha naruší náročnou událostí, nastává kolaps, systém je přetížen a vztah mezi myšlením a emoci je rozbit. To je nahrazeno patologickou rovnováhou, která pomůže snížit vnitřní napětí (Zubin & Spring, 1977).

Samozřejmě nejde jen o expresi genů, ale také o faktory prostředí. Mezi psychologické faktory se v literatuře dříve uváděla teorie o vlivu hyperprotektivních matek, nicméně v současné době již je toto zastaralá teorie (Raboch et al., 2006). Mezi další příčiny mohou vést i různé náročné životní situace, kdy nižší frustrační tolerance jedince může vést při zátěži k rozvoji schizofrenního onemocnění. Jde tedy o určitý malfunkční způsob zpracování zátěže (Petr & Marková, 2014).

Epidemiologie

Literatura uvádí prevalenci v rozmezí 0,2-1,5 % v populaci. Celoživotní riziko propuknutí schizofrenie je uváděno v rozmezí 0,3 až 3,7 % (Praško & Látalová, 2013). Vrchol výskytu je v adolescenci v 16-18 letech a pak kolem 25.-30. roku (Malá & Pavlovský, 2002), ale můžeme se setkat i s výskytem i po 45. roku věku. Onemocnění postihuje muže i ženy stejně často (Vágnerová, 2012). Vyskytuje se ve všech zeměpisných oblastech a všech rasových skupinách. Zmínky o onemocnění najdeme v průběhu všech dob v různých materiálech. Schizofrenie postihuje více muže než ženy v poměru 1,4 : 1 (Zvolský, 1997). Nicméně můžeme se v literatuře setkat i s tím, že postihuje stejně často muže a ženy a kromě věku není žádná jiná proměnná – u mužů může být nástup dřívější než u žen (Praško & Látalová, 2013).

U pacientů je vyšší mortalita, kterou vysvětlují autoři životním stylem a také zhoršenou somatickou péčí (Praško & Látalová, 2013).

1.1 Klinický obraz schizofrenie

V této kapitole uvedeme jednotlivé skupiny příznaků schizofrenie. Příznaky jsou u schizofrenie určitě bohaté a různorodé. Pro stanovení diagnózy lékař vychází z pečlivého pozorování pacienta a také naslouchání jeho sdělení, případně může využít i informace od bližních. Z dalších vyšetření zmíníme EEG, které většinou podstoupí pacienti po první epizodě, k vyloučení jiných diagnóz (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Sice zde uvedeme seznam příznaků, ale jak uvádí Kučerová (2010), příznaky se musí sledovat jako komplexní proces s vyloučením jiných onemocnění. Zároveň snad nemusíme dodávat problematiku interindividuálních či intraindividuálních rozdílů. Zajímavý fakt uvádí Kučerová (2010), kdy jednotlivé typy schizofrenie přecházely mezi sebou, tedy dělení do skupin a typů považuje za nepotřebné.

Nicméně nesmíme zapomenout, že některý ze symptomů by měl být přítomen alespoň jeden měsíc (Raboch et al., 2006). Níže uvádíme přehled příznaků pro ilustraci problematiky, se kterou se pacienti mohou setkávat.

Dělení symptomů

V různých zdrojích se můžeme setkat s různým dělení. V této práci jsme rozdělili symptomy na tyto skupiny:

- Pozitivní symptomy
- Negativní symptomy
- Kognitivní symptomy
- Afektivní symptomy

Mezi další doprovodné symptomy, nespecifické, můžeme zařadit poruchy spánku, změny chuti k jídlu, úzkosti a pocity napětí, ale také ztráta náhledu. Můžeme se setkat i se sebevražedným chováním (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Literatura uvádí i jiné dělení, například poruchy asociací (asociativní přeskoky, paralogie) a afektivity (její nepřiměřenost, oploštění), autismus a ambivalence (někdy uváděné pod zkratkou **4A**) (Raboch et al., 2006). Tyto další příznaky uvádíme dále.

1.1.1 Pozitivní symptomy

Mezi pozitivní symptomy (psychotické) můžeme řadit poruchy myšlení, vnímání, řeči a motoriky. U psychotických příznaků se mohou vyskytovat doprovodné nespecifické

projevy (viz výše). Pacient ztrácí kontakt s realitou, sžívá se s vlastními psychotickými prožitky, ztrácí náhled a může se objevit přesvědčení, že je zcela v pořádku. To může vést k odmítání léčby a konfliktům s okolím (Bankovská Motlová & Španiel, 2017).

Poruchy myšlení

Jako nejčastější porucha myšlení jsou bludy, mylná, chorobná a nevývratná přesvědčení. Vyskytují se až u 90 % pacientů, nejčastěji bludy vztahovačnosti. Nemocný má pocit, že jej lidé sledují, povídají si o něm, telefon je odposloucháván, věci mají speciální význam. Pacient si pak toto vysvětlí, ale bludně (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Blud ale nemusí být vždy bizarní (sledování policií vs. přemístění orgánů v těle). Stav může být doprovázen neurčitou úzkostí, pacient se cítí ohrožen a může podle toho reagovat. Bludy se ale mohou proměňovat, být neuspořádané (oproti trvalé poruše s bludy) (Probstová & Peč, 2014). Může to být jen tzv. difuzní paranoidita, ale někdy se paranoidita rozvine až do hloubky bludů (Kučerová, 2010).

Další poruchou myšlení je inkoherentní myšlení. Úsudky mohou být nesmyslné, ovlivněné soukromou logikou a bludy. Myšlení je roztříštěné, objevují se poruchy dynamiky i struktury myšlení (Vágnerová, 2012). Myšlení má vliv i na řeč, uvádíme níže. Myšlení ztrácí logiku a provázanost, na druhé straně se může vyskytnout i myšlenkový záraz (Probstová & Peč, 2014).

S poruchou myšlení také souvisí možnost nesprávné orientace v realitě, jiné uvažování a dění kolem. Pacient hledá vysvětlení, které by zapadalo do jeho interpretace světa. Vágnerová (2012) uvádí příklad toho, kdy začne pršet a nemocný to vyhodnotí jako nikdy nekončící déšť končící potopou. Nemocní vylučují náhodu, objevuje se magické myšlení a hledání souvislostí tam, kde nejsou (Vágnerová, 2012).

Dezorganizace a poruchy řeči

Dalším projevem akutní psychózy je dezorganizace řeči i chování. Nesouvislé myšlení a mluvení z cesty je důsledkem formální poruchy myšlení. Na poruchy myšlení usuzujeme právě z řeči, kdy se mohou objevit neologizmy, ztráta asociací, inkoherence, zárazy, echolálie, mutismus či verbigerace (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Slova mohou mít pro nemocného zvláštní, skrytý význam (Kučerová, 2010).

Poruchy vnímání

K poruchám vnímání patří halucinace, a to všech smyslů. Nejčastěji sluchové (50 % pacientů), zrakové halucinace se vyskytují u 15 % pacientů a taktilní u 5 % pacientů, dále se ale můžeme setkat i s chuťovými, čichovými a intrapsychickými halucinacemi (Probstová & Peč, 2014). Sluchové halucinace, hlasy, mohou mluvit k pacientovi, komentovat jeho počítání nebo také hovořit mezi sebou. Mohou radit (teologické), přikazovat (imperativní). Na tyto halucinace, hlasy, můžeme usuzovat dle nepřímých projevů, například zakrývání uší, zahledění do sebe (Bankovská Motlová & Španiel, 2017).

U intrapsychických halucinací se setkáváme s ozvučováním, vkládáním nebo odnímáním myšlenek. Pacient může mít pocit, že myšlenky nejsou jeho (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Nicméně Kučerová (2010) uvádí, že je nutné odlišit tzv. ozvučené myšlenky (thoughts aloud), kdy nemocný slyší v hlavě řeč, obvykle tichou. Ta je ale považovaná za vlastní a patří do poruch myšlení.

Poruchy motoriky

Poruchy motoriky se mohou vyskytovat na celé škále od stuporu až po zvýšenou motorickou aktivitu. Stupor je ohrožující stav, kdy pacient nepřijímá potravu, je dehydratovaný, může se vyskytnout embolie (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Tzv. katatonní syndrom tvoří mimovolní pohyby, některé z nich mohou být závislé na podnětech z vnějšku (například negativismus, povelový automatismus, echopraxie). Dále mezi poruchy motoriky patří manýrování, sterotypie, povelový automatismus, katalepsie (nástavy), vosková ztuhlost, grimasování, echomantismy, stupor, excitace a raptus. Pacient může mít dojem, že někdo proti jeho vůlí pohybuje jeho končetinami (Malá & Pavlovský, 2002).

1.1.2 Negativní symptomy

Mezi negativní symptomy patří emoční oploštělost, chudost řeči, ochuzení zájmů, ztráta iniciativy, snížená motorická aktivita, apatie, anhedonie, abulie či hypobulie. Motlová (2017) uvádí, že negativní příznaky se nejspíše objevují paralelně s pozitivními, ale teprve po odeznění akutních příznaků se ty negativní naplno manifestují. Negativní příznaky se dají léčit, ale trvá to déle, až několik měsíců jeho (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Může dojít k odcizení se blízkým, ztráta schopnosti fungovat v zaměstnání, kterou doprovází trvalá invalidita (Malá & Pavlovský, 2002). Problém negativních příznaků je právě zmíněná delší léčba, jsou hůře ovlivnitelné léčbou (Orel, 2020).

1.1.3 Kognitivní symptomy

K poruchám kognitivních funkcí patří poruchy pozornosti, rychlost zpracování informací, ale i poruchy paměti či sociálního poznávání. Problémem těchto poruch je ovlivnění pracovního výkonu. Deficit kognitivních funkcí lze pozorovat i v prodromální fázi či při chronickém průběhu (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Pacienti si mohou stěžovat na poruchy pozornosti, soustředění či sníženou schopnost si pamatovat (Probstová & Peč, 2014; Vágnerová, 2012).

Jak uvádí Bankovská-Motllová (2017), sociální kognice souvisí i se sociálními dovednostmi a poruchy tohoto typu mohou mít velký dopad na dotyčného. Například sociální izolace z důvodu sociální fobie. Zároveň je problémem podezřívavost, vztahovačnost.

1.1.4 Poruchy emocí

Schizofrenii doprovází afektivní poruchy, nejčastěji deprese, úzkost, vnitřní napětí. Nesmíme zapomenout na možnosti depresivního propadu ve fází získání náhledu na nemoc, který, doprovázen beznadějí, může vyvolat sebevražedné jednání (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Můžeme se setkat s označením „postschizofrenní deprese“ (viz dále) (Probstová & Peč, 2014). V literatuře se uvádí výskyt deprese u jedné čtvrtiny nemocných (Gelder et al., 1996).

Pacienti mají také problém s identifikací pocitů a jejich vyjádření, mluvíme pak o ochuzení citového prožívání. Naopak intenzivní prožitky mohou být ve formě úzkosti či zlostné reakci na domnělé ohrožení (Probstová & Peč, 2014). Při chronickém onemocnění se můžeme setkat s emoční apatií, ale také s emoční ambivalencí, která se může projevovat jako protichůdnost nejen citových prožitků a výkyvech mezi krajními polohami (Kalina, 2001).

1.1.5 Další doprovodné symptomy a stavy

Abychom respektovali dělení symptomů výše, do této kapitoly zařazujeme další doprovodné stavy.

Somatické stavy

Tuto část věnujeme tělesným stavům, které mohou zahrnovat celkový stav slabost či nespecifické neurologické projevy (neurological soft signs). Pacienti si mohou stěžovat na

bolesti hlavy či jiné bolesti bez organického podkladu. Probstová (2014) uvádí, že toto může být obranou proti pocitovému a myšlenkovému vyprázdnění (tzv. negativní hypochondriáza). A samozřejmě také nesmíme zapomenout na tělové halucinace, jejichž příklady uvádí Probstová jako např. „"hnijící střeva", „explodující hlava", „elektrizovaná páteř"). S dalšími problémy, se kterými se pacienti potýkají, jsou poruchy spánku, např. insomnie a hyposomnie (Kučerová, 2010).

Vztahy s okolím

Zde bychom rádi zmínili problematiku změn v sociální sféře pacienta. Můžeme se setkat s kolísáním od intenzivní připoutanosti k jedné osobě až po podezřívavost a stažení se. (Probstová & Peč, 2014). Samozřejmě na toto okolí reaguje, můžeme si jen domyslet, jaké pocity takovéto reakce mohou vyvolat v blízkých osobách, které chtějí nemocnému pomoci. Stažení do sebe, autismus, může být spojeno se ztrátou motivace, ze strachu z vnějšího světa. Izolaci také může ovlivnit příslušný blud. Svět se nemocnému jeví jako ohrožující a nemocný tak utíká do svého vnitřního světa (Vágnerová, 2012).

Vůči druhým se může objevit již zmíněná emoční ambivalence, kdy např. Vágnerová (2012) uvádí příklad nemocného závislého na své matce, kterou zároveň bije a ponižuje. Probstová (2014) uvádí, že nemocní se mohou cítit jako zranitelný a „průhlední", což může způsobit strach či úzkost. Naopak jiní mohou mít pocit, že v ostatních vzbuzují odpor, což může vést až k riziku sebevražedného jednání. Anebo se mohou od ostatních cítit „odpojeni". Nemocní se přestávají orientovat i v lidech kolem sebe, nemusí poznávat své vlastní rodiče. Může se objevit i ztráta či poruchy identity (Vágnerová, 2012).

Rizikové chování

Na tomto místě bychom rádi zmínili ještě sebevražedné a násilné jednání. Literatura uvádí až 10 % pacientů, kteří skončí svůj život sebevraždou. Za sebevražedným jednáním může být náhlý impulz, pod vlivem bludů. Toto jednání se umocňuje vlivem návykových látek (Probstová & Peč, 2014).

1.2 Formy schizofrenie

V této kapitole uvedeme jednotlivé typy schizofrenie, i když se můžeme v literatuře setkat s tím, že v praxi přechází jednotlivé typy mezi sebou, tedy někteří autoři rozdělení chápou jako nadbytečné (Kučerová, 2010). Nicméně i tak jej zde uvedeme, jelikož u respondentů ve výzkumné části je vždy uvedena i jejich diagnóza.

Paranoidní schizofrenie (F20.0.)

Paranoidní schizofrenie je nejčastější a nejobvyklejší typ schizofrenie vůbec. Je charakterizována patologickou podezíravostí vůči okolí, která bývá posilována bludy. Pacient může být přesvědčen, že je pronásledován, že mu hrozí zničení. Blud ohrožení může být vztahován nejen k nějakým nadpřirozeným bytostem (např. mimozemšťanům), ale i ke skutečným lidem. Může vzniknout nebezpečí napadení nemocným, který se v rámci svého bludu brání proti ohrožení (Malá & Pavlovský, 2002).

Nejčastěji se vyskytují bludy perzekuční, vztahovačné, originární, mesiánské, žárlivecké a bludy transformace vlastního těla. U poruch vnímání se můžeme setkat se sluchovými halucinacemi, nejčastěji hlasy, které vyhrožují, udílejí rozkazy nebo hrozí. Dále bývají přítomny halucinace čichové a chuťové, sexuální a jiné tělové. Zrakové halucinace nejsou časté (Malá & Pavlovský, 2002). Časté jsou také intrapsychické halucinace, například přesvědčení o vlastních telepatických schopnostech, nebo o tom, že jsou pacientovi jeho myšlenky odnímány a zveřejňovány, nebo mu jsou cizí myšlenky vkládány. Pokud se vyskytuje velké množství tělových halucinací, lze mluvit o parafrenní formě paranoidní schizofrenie (Raboch et al., 2006).

Setkáváme se spíše s emoční otupělostí, také bývá porucha vůle (hypobulie), pacient se nedokáže přinutit k aktivitě (s výjimkou činnosti, která nějak souvisí s bludy). Poruchy afektivní a další symptomy katatonní se nevyskytují vůbec nebo poměrně nenápadné (Kučerová, 2010). Afektivita může být v rámci bludu podrážděná. V chování se může objevit agresivita zaměřená proti domnělému útlaku v rámci bludné produkce (Raboch et al., 2006). Tato forma schizofrenie vzniká zpravidla v pozdějším věku ve srovnání s ostatními variantami, zpravidla do 40 až 45 let (Vágnerová, 2012).

Hebefrenní schizofrenie (F20.1)

Hebefrenní schizofrenie vzniká nejčastěji obvykle ve věku 15 až 25 let. Prognóza je obvykle špatná kvůli rychlému rozvoji negativních symptomů, zvláště oploštění emocí a hypobulii.

Kučerová (2010) zdůrazňuje, že by se hebefrenní schizofrenie měla diagnostikovat pouze v dospívání a u mladých dospělých. Tato forma je typická právě pro adolescenci, v počátcích je někdy obtížné ji odlišit od intenzivně probíhající puberty (Raboch et al., 2006). Mívá horší prognózu, jelikož zasáhne rozvoj osobnosti v kritickém období, kdy by se měla utvářet a stabilizovat identita jednotlivce. Pokud v době adolescence vypukne závažné duševní onemocnění, nová identita se nemusí vytvořit a původní, dětská identita netvoří stabilní základ. Tato forma schizofrenie na okolí působí jako prohloubená či protahovaná puberta s nápadným šaškováním a klackovitým chováním, které neodpovídá věku. Pacienti bývají neomalení a často i vulgární (Vágnerová, 2012).

Mezi charakteristické projevy onemocnění patří dezorganizace v myšlení a emocích. Nápadné a situaci nepřiměřené chování souvisí s tím, že tuto situaci pacienti také nepřiměřené prožívají hodnotí. Okolí mohou přijít nápadné mimické projevy, které ztrácejí komunikační význam, takže v těchto projevech okolí nevyzná. Pacienti grimasují, smějí se nepřiměřeně situaci nebo také podivně a nesmyslně gestikulují (Vágnerová, 2012).Typická bývá suverenita, necitlivost k reakcím okolí, negativismus. Pacienti se mohou chovat, jako by věděli všechno nejlíp. Mohou se objevit tendence k pseudofilozofickým úvahám a planému vtipkování. Verbální projev je nápadný, užívají neobvyklých slovních vazeb a neologismů, řeč je inkoherentní (Vágnerová, 2012).

V úpravě zevnějšku sledujeme nápadnosti, jako například stále stejné oblečení bez ohledu na roční období, chodí naboso apod. Rovněž jejich úprava zevnějšku bývá nápadná a neobvyklá, v pozdějších fázích choroby je spíše projevem celkového úpadku osobnosti (Vágnerová, 2012).

Na počátku nemoci se může objevit kolísání citových prožitků, střídáním emočního vzrušení. Může se objevit také deprese či strach. Postupně může dojít až k oploštění emocí a celkovému úpadku myšlení. Nálada může být povrchní, emoce jsou nepřiměřené svou intenzitou nebo neodpovídají kontextu (Malá & Pavlovský, 2002; Probstová & Peč, 2014).

Z poruch myšlení se někdy vyskytují bludy, často hypochondricky nebo kosmicky zaměřené. Poruchy vnímání, halucinace jsou v tomto případě častěji zrakové než sluchové (Vágnerová, 2012). Bludy i halucinace jsou prchavé a částečné. Pacienti mají tendenci k sociální izolaci (Kučerová, 2010).

Na závěr uveďme, že DSM-IV uvádí tento typ jako dezorganizovaný typ (Bankovská Motlová & Španiel, 2017).

Katatonní schizofrenie (F20.2)

Katatonní schizofrenie, je forma schizofrenie, se kterou se v dnešní době setkáváme méně často. Charakteristickým rysem jsou poruchy psychomotoriky, které se pohybují mezi dvěma extrémy, od útlumu (katatonní stupor), který může být doprovázen voskovou ohebností, až po neklid, doprovázen stereotypiemi v chování, echolálií nebo echopraxií nebo také prudkým vzrušením včetně impulzivního jednání (Probstová & Peč, 2014). Mezi další symptomy či jejich kombinace může patřit mutismus, negativismus pasivní i aktivní, svalová rigidita, nástavy, bezúčelná excitace (Malá & Pavlovský, 2002).

V literatuře se můžeme setkat s dělením katatonní schizofrenie na dvě varianty, produktivní a stuporózní. První z jmenovaných, produktivní, se vyznačuje nepřiměřenou a nadměrnou pohybovou aktivitou. Stuporózní forma se projevuje zpomalením až útlumem psychomotoriky. U stuporózní formy se můžeme setkat s negativismem, ale také halucinacemi, které například zakazují pacientovi mluvit. Může tedy být pacienta těžké odhadnout, předvídat. Mohou se objevit snové (oneiroidní) stavy (Orel, 2020). Typických případů je v dnešní době málo, což Vágnerová (2012) spojuje s rozvojem medikamentózní léčby.

Dle DSM-IV jsou pro katatonní schizofrenii typické katalepsie, stupor, nemotivovaná nadměrná motorická aktivita, extrémní negativismus, mutismus, pózování, grimasování (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Těžké stavy vzrušení, doprovázené vzestupem tělesné teploty, mohou vést až k úmrtí (Stauderova letální katatonie) (Raboch et al., 2006).

Simplexní schizofrenie (F20.6.)

Tento druh schizofrenie je typický časným a plíživým vznikem. Pacienti bývají pasivní, apatičtí, bez zájmu o cokoli, s tendencí se izolovat od společnosti, stažením do vlastního světa či autistickými projevy. Nezvládají i běžné požadavky, mají sníženou výkonnost. Zpomalení myšlení může jít až k projevům demence, z poruch vůle dominuje hypobulie (Vágnerová, 2012). Toto je doprovázeno změnou osobnosti, ztrátou zájmů, ale i emoční otupělostí. Setkáme se především s negativními projevy schizofrenie, ale bez psychotických příznaků (Malá & Pavlovský, 2002).

Jedním z projevů chování je to, že pacienti nerespektují sociální normy. Zanedbávají hygienu, nejsou schopni pracovního i sociálního fungování, chování může být hrubé a nepochopitelné (Malá & Pavlovský, 2002; Vágnerová, 2012).

Nemoc se vyznačuje plíživým rozvojem, probíhá kontinuálně s progresivním vývojem, prognóza není dobrá. Může končit těžším postižením (Probstová & Peč, 2014).

Nediferencovaná schizofrenie (F20.3)

Z pohledu MKN-10 obsahuje nediferencovaná schizofrenie rysy více subtypů, dle DSM-IV nesplňuje kritéria výše uvedených typů, tedy nelze ji jednoznačně zařadit (Raboch et al., 2006)**.** Mohou se objevit základní schizofrenní příznaky, ale nejsou pozorovány znaky výše uvedených typů nebo jsou přítomny rysy více typů najednou (Probstová & Peč, 2014).

Postschizofrenní deprese (F20.4)

Tuto diagnózu může dostat pacient tehdy, když v posledním roce měl jasné schizofrenní příznaky a nejméně v posledních dvou týdnech byly patrné projevy deprese zároveň s příznaky schizofrenie (Raboch et al., 2006). Kučerová (2010)ale uvádí, že deprese je v popředí klinického obrazu.

V literatuře se ale můžeme setkat s kritikou této diagnózy, kdy termín „postschizofrenní“ evokuje něco nastávající až po schizofrenii, nicméně ta jako taková nemusí být u pacienta ukončena (resp. nevíme, jestli pacient je stoprocentně vyléčen). Navíc si autorka klade otázku, jak poté diagnostikovat po atace epizodu deprese, která je ale běžná, tedy nemusí mít hned novou diagnózu (Kučerová, 2010).

Dle MKN-10 je tato diagnóza specifikována jako *„depresivní epizoda po odeznění floridních schizofrenních příznaků“*, dle DSM-IV je to *„porucha určená pro další výzkum*“ (Bankovská Motlová & Španiel, 2017).

Reziduální schizofrenie (F20.5)

Takto můžeme označovat chronický stav po proběhlých atakách, kdy dojde ke snížení schizofrenních příznaků (a převládají příznaky negativní) (Probstová & Peč, 2014). Dle MKN-10 se setkáváme s *„dlouhodobé negativní příznaky, zhoršená sociální výkonnost*“, dle DSM-IV *„trvale se projevují negativní příznaky nebo dva a více oslabených příznaků kritéria A (například podivná přesvědčení)***“** (Bankovská Motlová & Španiel, 2017)**.**

Jiná schizofrenie (F20.8) a Schizofrenie nespecifikovaná (F20.9)

Pro úplnost uvádíme i tyto dvě poslední diagnózy. Sem se zařazují takové projevy, které nelze jednoznačně zařadit do diagnóz uvedených výše. Také sem lze zahrnout cenestopatickou Huberovu schizofrenii, ta se projevuje tím, že pacient si stěžuje na různé

somatické stesky, je ale opakovaně vyšetřován s negativním nálezem. Postupně narůstá bizarnost stesků a začnou se vyskytovat schizofrenní projevy (Raboch et al., 2006).

1.3 Průběh onemocnění

V této kapitole se dotkneme průběhu onemocnění jako takového. U některých nemocných můžeme sledovat prodromální příznaky již od 15. roku věku, nicméně schizofrenie se projeví první atakou psychotických příznaků. Je ale těžké tyto příznaky odlišit od dospívání jako takového a ataka může mít velmi silný, prudký průběh (Bankovská Motlová & Španiel, 2017; Orel, 2020).

Mezi prodromální příznaky může patřit dle (Pfeifer & Kubík, 1995) například: přecitlivělost, slabost ega, introvertní zaměření, uzavřenost, obtíže v mezilidských vztazích, nižší adaptace, ulpívavost na stereotypech. Dále se také můžeme setkat například s hromaděním neúčelných věcí, zanedbávání hygieny a péče o sebe, ale také zaujetí vírou, ezoterikou, poruchy spánku, neurčité somatické stesky (Vágnerová, 2012)

Počátek může být náhlý či plíživý, v druhém případě se můžeme setkat s pojmenováním „krystalizační" fáze. Okolí je nesrozumitelné, dění má jiný význam. Náhle ale se vše vyjasní, ale toto vysvětlení je patologické, vzniká blud (Zvolský, 1997).

Jednotlivé formy se odlišují prognózou. Onemocnění s náhlým průběhem mívá lepší prognózu. Můžeme se ale i setkat s chronickým, kontinuálním průběhem bez přechodných zlepšení, ale také i s epizodickými atakami s remisemi (Raboch et al., 2006).

S. Pfeifer (1995) uvádí, že u 20 % nemocných dochází jen k jedné epizodě schizofrenie, u 60 % nemocných se onemocnění vrací. V literatuře se můžeme setkat s označením „syndrom zlomené pružiny", kdy dochází ke snížení adaptace, nezvládání zátěže. Na tento stav je ale náhled. U 20 % může dojít k celkovému rozpadu osobnosti a demenci (Pfeifer & Kubík, 1995). Také se mluví o třetinovém pravidle – třetina nemocných má jednu ataku bez remisí, třetina má průběh s atakami a remisemi a třetina má trvale progredientní průběh (Probstová & Peč, 2014). Můžeme se ale také setkat v literatuře s názorem, až přes 70 % případů mají progresivně chronický průběh (Rössler et al., 2005). Hosák (2016) uvádí studii, kdy čtvrtina pacientů se schizofrenií byla léčena v psychiatrické léčebně dlouhodobě. Největší variabilita průběhu je v prvních pěti až deseti letech, poté průběh může být stabilnější (Praško & Látalová, 2013).

Průběh jako takový ale může být velmi variabilní, tedy tuto část bychom shrnuli tím, že určitě toto není kompletní výčet a jak i literatura dokládá, variant průběhů je opravdu velké množství. V MKN-10 je průběh kódován pátým znakem.

Relaps

Riziko relapsu je v případě schizofrenie neznámé. Odhaduje se, že ataka trvá cca 6 měsíců (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Jediné, co je možné, je snažit se riziko relapsu snížit a nedopustit ho. S každým dalším relapsem je úplná remise méně pravděpodobná, zároveň i léčba je méně funkční (Lieberman et al., 1996).

Ve studii (Robinson et al., 1999) se zjistilo, že jednoroční frekvence relapsů je 15-35 %. Po pěti letech od první epizody je relaps u 80 % nemocných – i přes užívání medikace (Rabinowitz et al., 2001). Při srovnání formy farmakologické léčby byla jednoroční frekvence relapsu 42 % při perorální medikaci a 24 % u těch, kteří dostávali depotní medikaci (Schooler, 2003).

Příčiny relapsu jsou různé, jak už víše zmiňuji, může to být vysazení medikace, nespolupráce pacienta, ale také nedostatečná podpora pacienta ze strany rodiny, stresové prostředí, užívání psychoaktivních látek (Petr & Marková, 2014). Další příčiny uvádí (Cohen, 2002), kdy k relapsům může docházet i z důvodu nevyhovujícího prostředí, například bydlení na ubytovnách nebo i hospitalizace střídaná s bezdomovectvím. Relaps může zvýšit riziko rozvoje deprese, suicidiálního chování a prohloubení problémů v interpersonálním styku. Zároveň následné nastolení remise bude trvat déle, může se objevit i farmakorezistence (Bouček & Pidrman, 2005).

Pro prevenci relapsu má význam sledovat časné varovné příznaky. Zároveň riziko relapsu zvyšuje vysazení medikace. Problémem relapsu je právě hospitalizace, prohloubení odloučení pacientů od rodin, snížení pracovní produktivity (Petr & Marková, 2014). Má smysl na toto upozornit i blízké, kteří mohou varovné a časné příznaky podchytit. Mezi příznaky uvádí Kubínek (2012) například: celkový pocit nepohody, nepříjemné emoce, smutek, úzkost, beznaděj, problémy se soustředěním, změny chuti k jídlu, změny spánkového režimu, omezení sociálních kontaktů, vztahovačnost atd.

Studie (Spaniel et al., 2018) o relapsu uvádí, že již dva měsíce před relapsem a hospitalizací se vyskytují časné varovné příznaky. Časné varovné příznaky přecházejí do psychotických příznaků, Bankovská Motlová (2017) uvádí, že toto trvá obvykle šest měsíců, kdy ataka zahrnuje ztrátu náhledu, kontaktu s realitou.

Zajímavá teorie Expressed Emotions (EE) uvádí, že schizofrenie je nemoc s biologickou příčinou, kdy v rodinách, kde se komunikace vyjadřuje vysokou mírou vyjadřování emocí je vyšší šance na výskyt schizofrenie (Cohen, 2002). Expressed

Emotions, neboli také míra vyjádření negativních emocí vůči nemocnému ze strany jemu blízkých osob, byla v prokázána jako významný činitel relapsu (Butzlaff & Hooley, 1998). Tato metaanalýza uvádí vyšší pravděpodobnost relapsu u osob, které žijí v rodině, kde jsou vůči nim silně vyjadřovány negativní emoce. Nemocní se setkávají s obviňováním, vyšší kritičností, konflikty. Stejný výsledek nalezneme i u studie (Barrowclough & Parle, 1997), kde vysoká míra EE souvisí s delším trváním péče.

Prognóza

Jak jsme uvedli výše, schizofrenie může být vleklé, chronické onemocnění. Můžeme se snadno dovtípit, že samotné pacienty i jejich blízké zajímá prognóza a relevantní informace o ní – jak moc bude nemoc zasahovat do života pacientovi a jeho okolí. Ve studii, která se věnovala psychoedukačnímu programu, uvedlo 82 % pacientů a 90 % příbuzných důležité informace právě o prognóze (Bankovská Motlová et al., 2015). Výše jsme uvedli třetinové pravidlo, ale i tak je průběh a i prognóza těžko předvídatelná, ale setkáváme se i s řadou mýtů, které se týkají právě progresivní deteriorace a to následně vede k obavám pacientů a jejich blízkých (Zipursky et al., 2013). Z toho vyplývá nutnost upozornit i na možný průběh s remisemi a šance na jejich udržení. Malá (2002) uvádí, že 20 % pacientů prodělá za život pouze jednu jedinou epizodu bez následků.

Samotný průběh samozřejmě ovlivňuje velké množství faktorů, které přicházejí u psycho-sociálního systému pacienta. Například Bankovská-Motlová (2017) uvádí, že pomocné faktory prevence relapsu mohou být například psychoedukace, KBT terapie, kognitivní remediace, intervence, nácvik sociálních dovedností.

1.4 Léčba schizofrenie

V této kapitole uvádíme stručný přehled problematiky léčby schizofrenie. Základním pilířem léčby schizofrenie je farmakoterapie, která snižují příznaky a působí proti relapsu. Druhým pilířem je psychosociální intervence, která může ovlivnit takové stavy, jako strach z relapsu, bezradnost, schopnost obstát v životních situacích. Třetím pilířem jsou dle Bankovské Motlové (2017) dlouhodobé intervence, které monitorují časné varovné příznaky. Na komplexnost léčby poukazuje i Probstová (2014), kdy léčba by měla být komplexní se spoluprací odborníků z různých oblastí. Cílem léčby není tedy jen odstranění příznaků, ale i podpora uzdravení a návratu do běžného života, tedy nejen absence příznaků, ale i schopnost obstát v životních situacích, tedy i schopnost pracovat, založit si rodinu (Bankovská Motlová & Španiel, 2017; Kučerová, 2010). Tedy výše uvedené poukazuje na nutnost součinnosti všech tří výše uvedených pilířů a samozřejmě také stanovení vhodného terapeutického individuálního plánu. Češková (2005) zdůrazňuje, že by léčba měla být 1. dlouhodobá a kontinuální, 2. komplexní, 3. individualizovaná a 4. měřitelná. Dále se budeme věnovat jednotlivým typům léčby.

1.4.1 Biologická léčba farmakologická

Zde se stručně dotkneme možného farmakologického ovlivnění schizofrenie. Základní lékovou skupinou jsou antipsychotika, která působí na receptory v nervových synapsích. Působí na pozitivní psychotické příznaky (bludy a halucinace) a také emoční neklid. Ustoupení symptomů pak umožňuje navázat kontakt v rámci terapie (Probstová & Peč, 2014). Mechanismus účinku zahrnuje antagonisty dopaminových receptorů, ale i serotoninových či dalších neurotransmiterů (Orel, 2020). Tedy jde o to, zachovávat určitou míru dopaminergní blokády. Zajímavý pohled na význam antipsychotik uvádí Bankovská Motlová (2017).:

> *„Antipsychotika navozují něco, co bychom mohli nazvat měkkým resetem systému významotvornosti. Blokádou dopaminových receptorů zabráníme tvorbě nových aberantních významů. Zbytek by mělo obstarat klidné a strukturované prostředí, ve kterém pacient pozvolna opět nalezne souřadnice v realitě"(Bankovská-Motlová & Španiel, 2017, 71).*

Pro dlouhodobou léčbu se dnes prioritně volí antipsychotika druhé generace (atypická antipsychotika), nicméně u akutních stavů se mohou používat i antipsychotika

klasická. U akutních stavů mohou být také použity jiné lékové formy než perorální podání, například injekční (Orel, 2020). Další, ale méně používanou lékovou skupinou, jsou antidepresiva a stabilizátory nálady. Mohou se podávat i anxiolytika, nicméně ta nejsou vhodná pro dlouhodobé užívání, kdy by se mohl vytvořit návyk, nicméně jsou vhodná pro přídatnou léčbu dalších specifických příznaků (Kučerová, 2010; Orel, 2020).

Léčbu antipsychotiky je nutné zahájit v čas – váhání může zhoršit prognózu, naopak zahájení terapie včas zvyšuje komplianci a snižuje riziko relapsů (Bouček & Pidrman, 2005). Je vhodné také na léčbu upozornit blízké rodinné příslušníky, stejně tak i na možné vedlejší příznaky (Vágnerová, 2012). Tedy z tohoto vyplývá součinnost jak psychologa, tak psychiatra, ale i obvodního lékaře a blízkých lidí pacienta.

Možné nežádoucí účinky

U farmakologické léčby antipsychotiky musíme počítat s nežádoucími účinky. Antipsychotika druhé generace jsou obecně lépe snášena než ta klasická, ale i tam se setkáme s různými účinky. Antipsychotika doprovází poruchy hybnosti (časné a pozdní extrapyramidové příznaky), hyperprolaktinémie, nárůst tělesné hmotnosti, gynekomastie a další. U časných extrapyramidových příznaků se můžeme setkat s parkinsonoidem, okulogyrní krizí či akatizií. Do pozdních extrapyramidových příznaků patří tardivní dyskinéza či tardivní dystonie. Nesmíme zapomenout ani na riziko maligního neuroleptického syndromu (Kučerová, 2010; Orel, 2020). Snadno si domyslíme, že tyto nežádoucí účinky mohou být subjektivně nepříjemně prožívané či mohou působit na okolí nepříjemným dojmem, což může mít za následek snahu o vysazení medikace.

1.4.2 Biologická léčba nefarmakologická

Stručně zde zmíníme i biologickou léčbu nefarmakologickou. Mezi biologickou nefarmakologickou léčbu řadíme ECT, elektrokonvulzivní terapii. Tuto metodu zde zmiňujeme, jelikož někteří respondenti z výzkumné části si touto léčbou prošli.

ECT je vhodná u farmakorezistentních forem psychických poruch (těžká deprese, mánie atd), u katatonní formy schizofrenie je to dokonce metoda první volby (Malá & Pavlovský, 2002). Průběh procedury zde nebudeme zmiňovat, jelikož to není cílem této práce, nicméně i u ECT se můžeme setkat s různými nežádoucími projevy, například s poruchami paměti, nauzeou, zmateností, pocity slabosti. Délka léčba je individuální, ale

efekt se může objevit po několika aplikacích, což může ovlivnit komplianci pacienta (Orel, 2020).

1.4.3 Psychosociální léčba

Jak jsme již uvedli, farmakologická léčba není jediným pilířem. S pacientem je dobré také rozebírat příznaky, jeho denní režim, způsob života a také zapojit jeho blízké, pokud s tím obě strany souhlasí (Kučerová, 2010). Nicméně k psychoterapeuti se můžeme dostat až po stabilizaci akutní fáze. Z přístupů můžeme uplatnit různé směry i formy, například psychodynamickou terapii, kognitivně-behaviorální terapii, skupinovou i individuální atd. Pacient může využít i denních stacionářů a jejich programů (Probstová & Peč, 2014).

Efektem psychoterapie může být snížení frekvence relapsů, zlepšení sociálních vztahů, motivaci k rehabilitaci či pracovnímu zapojení. Motivace k terapii je různá, ale i žádná. Na riziko nedostatečného pokrytí služeb psycho-sociálních poukazuje Probstová (2014). Tedy pacient nemusí trpět nedostatkem motivace, ale nedostatečnou dostupností programů či terapie**.** Rádi bychom na tomto místě poukázali na to, že nesmíme zapomenout ani na podpůrnou péči pro rodinné příslušníky, nicméně kritické postoje či stigmatizace může toto ovlivnit.

Můžeme se také setkat s přístupy jako např. *„The open dialogue (OD) family and network approach*“, který se zaměřuje na léčbu psychotických pacientů v jejich domovech. Obecným cílem je vyvolat dialog s rodinou (Seikkula et al., 2006).

1.4.4 Spolupráce s pacientem

Zde se dotkneme problematiky spolupráce s pacientem a kompliance, která dle našeho názoru doprovází farmakologickou léčbu.

U podávání farmak je dobré nezapomenout na doprovodné vysvětlení, jaké léky bere a proč, také určitě zmínit možné vedlejší účinky, aby se tak zabránilo možnému vysazení léku ze strany pacienta z důvodu strachu z možných následků. Toto bychom doplnili také tím, že někteří pacienti nemusí rozumět příbalovému letáku a mohou hledat informace na internetu. Důsledky takové počínání mohou být různé, ale jak zmiňuje Kučerová (2010), může se dostavit vysazení léku bez vědomí lékaře, což může komplikovat průběh onemocnění a úzdravy. Také je vhodné upozornit na to, že projevy ne vždy zmizí – tedy hlasy mohou zůstávat, nemusí vždy zcela zmizet, ale pacientovi už to nevadí, už na to

nereaguje (Vágnerová, 2012). Tedy použití moderních léků, které jsou lépe snášeny a mají méně vedlejších účinků, může být spojeno se zvýšením kompliance pacienta (Češková, 2009).

Kompliance také predikuje šanci na relaps, Janů (2004) uvádí až 5 x pravděpodobnější relaps u pacientů, kteří neužívají medikaci. Autorka se také zamýšlí nad příčinami noncompliance, které dělí do tří skupin: osobní charakteristiky pacienta, medikace a okolí pacienta. Tedy samotné ovlivnění kompliance je komplexní a složitý proces, na který působí vícero faktorů. Ve článku van Zelst (2009) uvádí, že stigmatizace může také působit na komplianci v léčbě (problematiku stigmatizace uvádíme dále).

Komunikace s pacientem vyžaduje jistou dávku zkušeností tak, aby lékař dokázal získat pacientovu důvěru. Kučerová (2010) zdůrazňuje, že je třeba se pacienta nebát a nedávat mu najevo, že jeho projevy nejsou normální. Tedy lékař by se měl ptát nejen na projevy (například hlasy), ale i denní režim, zvládání sebeobsluhy, trávení volného času, kontakt s blízkými. Pokud se totiž u schizofrenie prohloubí negativní příznaky, pacient bývá rychle unaven, není aktivní, potřebuje pomoci i se základními potřebami (Kučerová, 2010). Zde si klademe otázku, jestli v dnešní lékařské praxi má lékař dostatek času na získání těchto informací, rozhovor s pacientem, nebo se kontrolní vyšetření zužuje jen na preskripci léků.

K tématu spolupráce přidáváme i problematiku náhledu na onemocnění. Nedostatečný náhled je problematický pro zapojení pacienta do léčby, rehabilitace, celkově ke spolupráci s lékařem či terapeutem. Popření nemoci může být projevem obranného mechanismu před konfrontací s realitou. I přes nedostatečný náhled je ale možné pacienty zapojit do léčby, například o pracovních aktivit, Probstová (2014) toto označuje jako *sociální úzdravu* (Probstová & Peč, 2014).

1.4.5 Délka léčby

Otázka délky léčby je určitě inter- a intraindividuálně odlišná. Bankovská Motlová (2017) uvádí, že základem dlouhodobé léčby schizofrenie je práce s *„brzdou a plynem“*. Tedy jde o sledování časných varovných příznaků, ale i třeba působení chronického stresu, ale také nechuti pacienta užívat léky. Každý další relaps může mít vliv na morfologické i funkční změny mozku, a tomu je třeba předejít (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Ve většině případů musíme počítat s tím, že schizofrenie je chronické onemocnění, s opakovanými návraty. Nicméně stejné příznaky neznamená ještě shodný průběh onemocnění. Co když ale psychiatr čelí tlaku na vysazení medikace? Na tento problém poukazuje Bankovská Motlová

(2017), kdy toto může znamenat riziko relapsu. Češková (2005) zmiňuje, že udržovací léčba snižuje riziko relapsu 2-3x, u pacientů v remisi vede vysazení léčby u více než 70 % k relapsu. Navíc některá antipsychotika mohou pozitivně ovlivňovat redukci šedé hmoty mozkové.

Jelikož ale nemůžeme dopředu vědět, jaký průběh bude pacient mít, doporučuje se udržovací léčba u všech nemocných. Po první epizodě udržovací terapie trvá zpravidla jeden až dva roky, u více epizod udržovací léčba může trvat až pět let. U vážných případů ale klidně i celý život pacienta (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). I zde platí individuální posouzení se strany (nejen) lékaře, na základě výpovědi (nejen) pacienta. Opět si zde klademe otázku, jak moc lékař – psychiatr – zvládne toto obsáhnout a správně posoudit.

Existují studie, které mohou pomoci u konkrétních dat kvantifikovat úspěšnost léčby u různých klinických rysů. V délce léčby hraje roli jak konkrétní psychopatologie, komorbidita (například úzkostné poruchy), symptomy OCD, ale také závislost na psychoaktivních látkách. Také doba neléčené psychózy je rozhodující, stejně tak ale i subjektivní vnímání úspěšnosti léčby (Kašpárek, 2009)

Jak uvádí Kučerová (2010), nastavení správné dávky je dlouhodobější proces. Může se lék lehce snížit a pozvat pacienta na kontrolu za pár dní, nebo zvážit lék jiný. Opět ale jde o individuální a hloubkové posouzení. I zde se ale můžeme potkat s tím, že se nepodaří ovlivnit negativní příznaky schizofrenie, tedy i při dlouhodobém užívání se vyskytnou relapsy, remise. Spouštěčem ale může být i nějaká větší fyzická či psychická zátěž, ale i somatické onemocnění či sezónní afektivní propady (Kučerová, 2010).

1.4.6 Lékař a příbuzní pacienta

Již jsme se dotkli problematiky sdílení informací s blízkými rodinnými příslušníky. Vzhledem k tomu, že schizofrenie propuká často v adolescenci, jsou nejbližšími příbuznými právě rodiče. Reakce blízkých mohou být opravdu různorodé, jak uvádí Kučerová (2010), můžeme se setkat s celou škálou reakcí, od hyperprotektivního zájmu až po nezájem a hostilitu, odmítání pacienta postoji (Manickam & Chandran, 2005).

Zároveň schizofrenie je onemocnění s dědičným podkladem, naopak ale zdraví rodičové mohou prožívat šok a trauma z diagnózy (Kučerová, 2010). Zároveň se toto může projevit i ve vztahu k lékaři, kdy příbuzní nesouhlasí s léčebným postupem (například mají pocit, že by nemocný by měl být odvezen do léčebny, ačkoli lékař ho nechává v ambulantní péči).

Opět se zde můžeme potkat s problematikou stigmatizace a neinformovanosti ohledně onemocnění, včetně postoje k psychiatrii či psychiatrické hospitalizaci. Kučerová (2010) je toho názoru, že by lékař měl mluvit s příbuznými, za přítomnosti pacienta. Otázka, která nás zde napadá, souvisí opět s časovými možnostmi lékaře, který v běžné praxi nemusí mít na toto čas, navíc práce s příbuznými nemusí být vůbec jednoduchá. Při představě nespolupracujících příbuzných, včetně možnosti agrese či obviňování a popírání, uznáváme, že tuto praxi může zvládat jen zkušený lékař v zájmu pacienta.

1.5 Stigmatizace

V této kapitole se krátce podíváme na problematiku stigmatizace. Toto téma je velmi obsáhlé, jelikož ale není cílem této práce podat kompletní výčet problematiky, zaměříme se jen na některé aspekty a výzkumy.

Schizofrenie je velmi často stigmatizovaná nemoc, při pohledu do historie se můžeme setkat s tím, že nemocní byli izolováni do odlehlých oblastí. Většina jedinců se schizofrenií je konfrontována s nějakou formou stigmatizace, která může mít tyto podoby: veřejné stigma (public stigma), sebestigmatizace (self-stigma) nebo vyhýbání se nálepek (label avoidance) (van Zelst, 2009).

Z pohledu laické veřejnosti se často prezentuje názor, že s lidmi s duševními poruchami je těžké se domluvit, jsou nepředvídatelní (Evans-Lacko et al. 2014). Stigmatizace může působit jako modifikátor průběhu onemocnění, kdy sociální stresory mohou zhoršit symptomy. Nicméně je ale možné, že prodromální příznaky či jiné projevy nemoci vyvolají stigmatizující reakce, které ale dále podporují psychotický proces (van Zelst, 2009).

Výzkum z roku 2000 ukazuje, že respondenti vnímali nemocné s diagnózou schizofrenie jako nepředvídatelné a nebezpečné, ale hlavně těmto vlastnostem dávali vlastní přičinění nemocného (Crisp et al. 2000). Nicméně pohled okolí na nemocného může působit jako chronický stresor, který může mít vliv i na průběh onemocnění (Winkler et al., 2015).

Zajímavý výzkum (Winkler et al., 2015) srovnává pohledy respondentů v České republice a Anglii pomocí *RIBS (The Reported and Intended Behaviour Scale),* ukázal, že 35 procentům respondentů v ČR by vadilo pracovat s někým s duševní chorobou. 40 procent respondentů v ČR by nechtěli žít s někým s duševní chorobou. Stejně tak výzkum ve Velké Británii mezi 2679 respondenty, kde polovina respondentů uvedla, že zná někoho s duševním onemocněním.

V dnešní době se můžeme setkat se stigmatizací nejen ze stran laické veřejnosti, ale i ze strany profesionálů, kdy mají tendenci se ve svých soukromých praxích věnovat méně závažným duševním poruchám a ponechávají péči o lidi se schizofrenií na lékařích, jimž se tolik „nedaří“ (Link, 1983). Zajímavý fakt uvádí Chou (2016), kdy uvádí, že pacienti se schizofrenií, kteří současně trpí rakovinou, umírají dříve, než pacienti bez schizofrenie. Samozřejmě může být na vině spousta faktorů, ale autor uvádí i možnost zanedbání screeningů či neochota poskytovatelů zdravotní péče, která souvisí s diskriminací.

Průzkum mezi obvodními lékaři ve Velké Británií, kdy byl 260 lékařům předložen profil pacienta, vždy jen s jednou změnou – s historií deprese, schizofrenie nebo diabetes. Jednalo se o ženu s pětiletým dítětem. Výzkum ukázal, že při předložení profilu pacienta s diagnózou schizofrenie jsou lékaři méně ochotní, jsou méně šťastní, že mají tohoto pacienta u sebe a více se zajímají o blaho dítěte a možnosti domácího násilí. Naproti tomu profil pacienta s depresím byl mnohem lépe přijímán (Lawrie et al., 1998).

A jak si na tom stojí čeští lékaři? Ve výzkumu Winkler (2016) ukazuje, jak jsou na tom se stigmatizací lékaři. Ti ukazovali méně stigmatizující postoje než běžná populace (měřeno *CAMI The Community Attitudes towards Mentally Ill*). Stigmatizace ale jako taková je u lékařů i populace stále vysoká (Winkler et al., 2016).

Další problematikou je sebestigmatizace, kdy jedinec sám sebe vnímá jako součást stigmatizované skupiny, včetně všech stereotypů (resp. autostereotypů). I toto může vést k depresím, sociální úzkosti, nízkému sebevědomí, ztrátě kontaktů, ale i může narušit proces uzdravení (Janoušková & Winkler, 2015). Pro měření této problematiky byl navržen dotazník sebestigmatizace *Self-Stigma Questionnaire* (SSQ). Můžeme se podívat na výsledky výzkumu (Karidi et al., 2010), kdy téměř všichni pacienti uváděli sebestigmatizaci. Zároveň očekávání pacientů bylo ovlivněno strachem z duševní choroby, kdy oni sami se báli projevů nemoci (např. někteří uváděli přesvědčení, že duševně nemocní musí být nebezpeční a násilničtí). Sebestigmatizace ale dle výsledků souvisela také s demografickými údaji, kdy muži byli citlivější na možné sociální dopady nemoci, což autor studie vysvětluje tím, že společnost má od mužských členů větší očekávání. Co se týče věku, tak mladší pacienti vnímali sociální sebestigma intenzivněji. A další, neméně důležitý faktor, byla hospitalizace a její délka, která ovlivňuje tendence k sebestigmatizaci (Karidi et al., 2010).

Tyto uvedené problémy se snaží vyřešit kampaně za redukci stigmatu. Ve Velké Británii proběhla plošná kampaň „*Time to Change*“, která měla vést ke změně postojů veřejnosti. Z výsledků je patrné, že se během let signifikantně změnil přístup respondentů směrem k pozitivním postojům. Tato změna se týkala především části věnované předsudkům a vyloučení ze společnosti. Signifikantní změna ale nebyla v problematice náhledu respondentů na toleranci a komunitní podporu lidí s duševním onemocněním (Evans-Lacko et al., 2014).

Za ČR můžeme uvést program MINDSET pod NÚDZ, který se zaměřoval na intervenční programy na změnu postojů u studentů středních zdravotnicích škol. Jako

nejúčinnější metodu uvádí formu semináře s osobním setkáním s duševním nemocným (Bankovská Motlová a Španiel, 2017). Nicméně tento web již není funkční, naopak běží projekt DESTIGMATIZACE: Na rovinu, který opět běží pod NÚDZ (Projekt DESTIGMATIZACE, 2022).

2 REINTEGRACE

Psychiatrická rehabilitace je metodou pro pacienty s vážným duševním onemocněním, které je limitující v běžných podmínkách. Oproti terapii se rehabilitace zaměřuje na funkce a jejich posilování (Höschl et al., 2002). Rehabilitace se v některých zdrojích překrývá s pojmem psychoterapie. Mezi techniky rehabilitace uvádí Kučerová (2008) například skupinovou rehabilitační psychoterapii nebo individuální techniky arteterapie, biblioterapie, cvičení, pohybové hry, cvičení slovních dovednostní, muzikoterapii.

Bankovská Motlová (2017) poukazuje na určitou křehkost systému po akutním průběhu a nutností psychiatrické rehabilitace ve stacionáři. Nadměrná zátěž způsobena rychlým návratem bez dostatečného, často dlouhodobějšího zotavení, do běžného života (práce, školy), může způsobit zhoršení nemoci. Nemocný může potřebovat pomoci zorganizovat denní režim či program. Cílem programů je také zabránit izolaci a zanedbávání sebepéče a zachování schopnosti navazovat kontaktů s ostatními lidmi. Program stimuluje pacienta, umožní mu získat pocit smyslu a také může pomoci rodinným příslušníkům. Zde je nutné vyvážit problematiku omezení nemocného, ale také mu nebrat veškerou zodpovědnost, kdy i nemocný má určitá pravidla, která musí dodržovat (Vágnerová, 2012). Zde jen dodáme, že nesmíme zapomenout na možnost, kdy dojde k zhoršení stavu a pacient může být (opětovně) hospitalizován. I s touto možností by měl on sám či jeho okolí počítat.

2.1 Stacionáře

Denní stacionáře slouží pro pobyt pacientů přes den a může sloužit jako pokračovací hospitalizace, jako rozšíření ambulantní léčby nebo jako dlouhodobá rehabilitace. Také mohou složit jako příprava do zařazení do programů psychiatrické rehabilitace. Stacionář nabízí různé programy, specializované pro určité skupiny pacientů a nemocných, ale i rozdělené podle věku (děti a dorost). V ČR jsou stacionáře jako samostatná zařízení, v kombinaci s krizovými službami či ambulantní péčí či jako součást lůžkového zařízení. Zařízení jsou součástí podporující komunitní léčby a doplňují tak možnosti léčby (Hosák, 2016; Petr & Marková, 2014). Stacionáře také mohou pomoci zapojení pacienta do běžného života a jsou tak určitým překlenovacím obdobím mezi hospitalizací a samostatným životem s ambulantní péčí (Bouček, 2001).

Důležitá je ale spolupráce a motivace pacienta, nesmíme zapomenout ale i na aktuální stav, kdy stavy jako velká vzrušivost, narušení vědomí a vnímání, riziko suicidia či intoxikace, mentální retardace, zapojení do stacionářů brání a je kontraindikováno (Hosák, 2016).

Psychoterapeutický program je základním prvkem, dále je kombinován s další léčbou a rehabilitací. Tým pracovníků je složen z lékařů, klinických psychologů, sester a sociálních pracovníků. Forma programu je buď denní (6 hodin každý všední den) nebo částečná, která trvá 3-4 hodiny vícekrát týdně (Hosák, 2016; Petr & Marková, 2014). Program umožňuje mimo jiné i navázání sociálních kontaktů, základní soběstačnost, naplnění volného času (Orel, 2020). Zároveň nesmíme zapomenout na péči medicínskou, psycho- a socioterapeutickou. Můžeme si zde pomoci dělením dle Höschla (2002), který dělí funkce na terapeutické, rehabilitační, sociální a také pracovní, resp. oblast zaměstnávání.

2.2 Pracovní rehabilitace

Jak jsme zmínili výše, jeden z problémů, které přináší onemocnění, jsou problémy v pracovní oblasti, které následně mohou ovlivnit sebehodnocení a také ztrátu sociálních vazeb, pocitu smysluplnosti. Invalidní důchod je sice určitá míra jistoty, ale zároveň může přinášet stigmatizaci či vyloučení pacienta. Možnost zaměstnání může působit jako ochranný faktor proti relapsu a udržení remise a celkově zvýšení kvality života (Höschl et al., 2002).

Chráněné pracovní prostředí vytvářejí **chráněné dílny,** nejčastěji řemeslné dílny, ruční práce. Cílem je smysluplnost práce, finanční ohodnocení je minimální nebo žádné (Mahrová & Venglářová, 2008). Programy pracovní rehabilitace můžeme najít v rámci léčby v lůžkových zařízeních, ale i mimo nemocniční prostředí. Obecně je pracovní režim volnější a pracovní doba je kratší. Důležitý je respekt k možnostem pacienta, zároveň ale jde o určitou pravidelnost v docházce a pracovní režim. Jako kritiku těchto dílen můžeme uvést uzavřenost vůči okolnímu světu, vytváření „umělé“ práce, které nevede k získání patřičných pracovních návyků. Zároveň na druhé straně některá zařízení připravují na výkon samostatných domácích prací, např. cvičné kuchyňky (Dušek & Večeřová-Procházková, 2010; Hosák, 2016).

Po chráněných dílnách může být klient zařazen do **pracovně tréninkového centra,** kde se počítá s rok až rok a půl trvajícím tréninkem (Bouček, 2001). Mezi nejznámější patří tréningové resocializační kavárny, které jsou oproti dílnám více otevřené, nabízejí další kontakt s lidmi a můžeme zde dodat, že také mohou pomoci s destigmatizací.

Zajímavý trend můžeme sledovat ve Spojených Státech, kdy se zavádění komunitně zaměřené programy přímo v zaměstnání klienta, a také programy Job Club, které se zaměřují na trénink pro samostatné pracovní uplatnění (Höschl et al., 2002).

Další formu, tzv. **přechodné zaměstnání**, je nabízeno ve firmách. Tato práce pomáhá integraci léčených lidí, nesmíme ale zapomenout na aspoň minimální průpravu či podporu pacienta na vstup mimo chráněné pracoviště. Tato doba podpory je uváděna u přechodného zaměstnání okolo šesti měsíců, kdy asistent dohlíží na klienta a pomáhá mu. Nejčastěji jde o činnosti, které nevyžadují zvláštní kvalifikaci, např. administrativa, úklid. Cílem je, aby si klient vytvořil pracovní návyky, které může následně uplatnit na trhu práce, zároveň ale má jistotu asistenta, který mu pomůže v případně nejistot, například absence, kontakt s nadřízenými, ale i klient může využít vzdělávací kurzy, poradenství či podpůrné

skupiny (Hosák, 2016; Mahrová & Venglářová, 2008). Všechny výše uvedené služby jsou většinou zařazeny do rehabilitačních programů. Zároveň zde je již pacient za práci odměňován finančně.

A posledním typem, který zde uvedeme, je **podporované zaměstnání.** Jde o opět placenou formu práce, za podpory asistenta po celou dobu výkonu práce (Hosák, 2016).

Stále ale musíme myslet, že toto vše je orámované legislativními, pracovně-právními podmínkami, které zaměstnávání upravují. Zároveň také nesmíme zapomínat na to, že část pacientů nemůže tyto služby využít z důvodu závislosti, mentální retardace či dalšího postižení, které je na překážku výkonu práce (Bouček & Pidrman, 2005).

Hosák (2016) uvádí zaměstnanost nehospitalizovaných okolo 10 %. Faktory přispívající k tomu, že je toto číslo tak nízké, jsou jak na straně pacienta, tak na straně zaměstnavatele, resp. pracovního prostředí. Trh práce preferuje co nejproduktivnější zaměstnance, odolné vůči stresu. Zároveň se mohou vyskytnou stereotypy, předsudky a také nedostatečně vybavené pracovní místo. Naproti tomu sám pacient se může potýkat s absencemi, nízkým sebehodnocením a deficitem v sociálním kontaktu (Hosák, 2016). Tedy postupy programů se zaměřují právě na výše uvedené problémy.

2.3 Centra, kluby a svépomocné skupiny

V této kapitole se blíže podíváme na psychosociální centra, socioterapeutické kluby a také na svépomocné skupiny pro nemocné a jejich příbuzné. Volný čas a jeho využití je pro různé pacienty různý a je jasné, že jedno řešení nemůže být vhodné pro každého. Zároveň ale pacienti mají společnou historii, hospitalizaci a existuje pro ně více možností, jak využít volný čas. Tyto aktivity nabízí nové možnosti, ale také si musíme uvědomit, že záleží na profesionalitě sociálních pracovníků. Více se tomuto tématu věnuje např. Matoušek (2012), my se dále spokojíme s tím, že uvedeme přehled aktivit. Níže uvedené aktivy jsou v ČR dostupné v různých formách, zde můžeme uvést například Českou společnost pro duševní zdraví, která nabízí jak podpůrné skupiny, tak i další organizované aktivity či kurzy (VIDA, 2022).

Socioterapeutické kluby

Tyto kluby umožňují pacientům pravidelný kontakt s dalšími pacienty. Výhoda je neformálnost prostředí, společné využití volného času, výlety, kulturní akce a obecně společenské vyžití. Setkávání probíhají přibližně jednou týdně. Program si mohou volit klienti sami, nebo jej tvoří pracovníci centra. Toto pomáhá ke snížení sociální izolace a tím zvýšení kvality života (Bouček, 2001; Dušek & Večeřová-Procházková, 2010).

Svépomocné aktivity

Svépomocné skupiny podporují jak pacienty, tak i jejich příbuzné. Jednou z funkcí je setkávání pacientů se stejnou diagnózou, druhou funkcí je spolupráce s rodinami pacientů, které se mohou více dozvědět o léčení či rehabilitaci (Bouček, 2001; Dušek & Večeřová-Procházková, 2010). Společně plánují aktivity či akce pro blízké. Forma je různá, může jít jen o výměnu zkušeností, ale i pořádání aktivit, nicméně může jít i o vzájemnou podporu při destigmatizaci. Svépomoc nabízí možnost sdílet pocity, možnost identifikace ale i překonání určitých bariér a sociální izolace. Důležitý je také faktor získávání informací a podpory (Matoušek et al., 2012) . Limitem těchto skupin je hlavně finanční, kdy skupina může požádat o pomoc občanské sdružení či kraj, nebo i může jít o právnické osoby. Jinak ale jsou setkávání neplacená, bez právnické osoby (Petr & Marková, 2014).

Zde bychom uvedli v ČR působící občanské sdružení Kolumbus, které si klade za cíl iniciovat vznik svépomocných aktivit, uznat pacienta jako aktivního jedince v rámci svého uzdravení a zajistit zakotvení v právním řádu (Kolumbus O nás, 2022). Podobný cíl má další organizace (VIDA O nás, 2022).

Psychosociální centrum

Centrum nabízí možnost každodenního setkávání, zájmové aktivity pro pacienty v systému doléčování. Nabízí také psychologické a sociální služby (Dušek & Večeřová-Procházková, 2010).

Centrum denních aktivit

Centrum nabízí podporu uživatelům, jak emocionální, tak informační, ale i psychologickou. Program nabízí i volnočasové aktivity či vzdělávací kurzy (Hosák, 2016).

Rehabilitace ve vzdělávání

Jak jsme uvedli výše, počátek nemoci spadá do období získávání profesní kvalifikace a dokončování vzdělávání. I ve výzkumu je většina respondentů, kteří měli nedokončili kvůli nemoci ZŠ, SŠ i VŠ. A právě tento problém řeší podporované vzdělávání, jedná se o asistenci v oblastní vzdělávání a osobního rozvoje (Hosák, 2016). Podobnou asistenci využívá i jedna z respondentek. Zde můžeme zmínit již proběhlý projekt *Normálně studuju* (Projekt podporované vzdělávání, 2022).

2.4 Úskalí reintegrace

V této kapitole se blíže podíváme na úskalí a problémy během integrace. Budeme se věnovat jak sociálním, tak i právním problémům, které se mohou vyskytnout při snaze o zapojení se do běžného života po hospitalizaci.

Adaptace a kvalita života

Po propuštění z léčby může dojít k problémům s adaptací na běžný život, kdy je najednou pacient nucen se starat sám o sebe, nemá pevný režim. Dalším problémem je osamocenost, najednou chybí skupinové terapie, neustálý dohled zdravotnického personálu, ale také kontaktů s ostatními pacienty, se kterými je možné sdílet společné problémy. V běžném životě může pacient najednou zažívat vyčleněnost, nepochopení. A to může vést ke zhoršení zdravotního stavu. Výše uvedené problémy mohou řešit sanatoria, kluby, skupiny, které jsme uvedli výše, ale i tak intenzita kontaktů není tak velká. Otázky na tyto problémy by měli být součástí ambulantního vyšetření (Dušek & Večeřová-Procházková, 2005). Zároveň také se jedná o naplnění volného času, které najednou může být problematické, například z důvodu finančních, zvýšených obav, vyšší zátěže, ale i problémy spojené s vedlejšími účinky léků (Matoušek et al., 2012).

Adaptaci mohou ovlivnit i další, doprovodné symptomy, například deprese. Můžeme si domyslet, že problém s adaptací ústní v depresi a ta opět zhoršuje adaptaci. Můžeme zde uvést výzkum, ve kterém symptomy nemoci souvisely se zhoršenou kvalitou života (Rabinowitz et al., 2001). Další výzkum se věnoval srovnání dvou skupin pacientů, v jedné byli pacienti v remisi se symptomy, ve druhé bez symptomů. Symptomy nejen že zhoršují kvalitu života, ale zároveň komorbidita s depresivní symptomatikou způsobuje nižší hodnocenou kvalitu života (Karaday et al., 2011).

Sociální problémy

Sociální problémy mohou vycházet z izolace, ale také ze stigmatizace, kterou jsme již zmínili výše. Reakce rodiny a okolí mohou prohlubovat citovou izolaci. Může se také stát, že naopak zájem rodiny po návratu domů poklesne, může dojít k obviňování, sebeobviňování. Celý rodinný systém se snaží opět najít ztracenou rovnováhu a často není jednodušší řešení, než ukázat na nemocného a označit jej za viníka (Dušek & Večeřová-Procházková, 2005). K tomuto se může připojit i samotné nepřijetí diagnózy pacientem, sebestigmatizace, neschopnosti komunikovat s okolím o svojí diagnóze. Tyto uvedené problémy v rámci hospitalizace pacient nemusel řešit, jelikož byl obklopen lidmi, kteří tyto

diagnózy znají. Naopak dalším nevhodným scénářem může být bagatelizace nemoci, odmítání léčby, snaha o co nejrychlejší návrat k běžnému životu, což opět zvyšuje riziko relapsu. (Dušek & Večeřová-Procházková, 2005). Druhým extrémem je hyperprotektivita blízkých, neustálý dohled, který může pacientovi znesnadňovat návrat do běžného života (Matoušek et al., 2012). Co bychom zde ale vznesli otázku, co má dělat pacient, který se bez opory neobejde, ale naopak opora rodiny je mu na obtíž? Pomoc může být ze strany sociálních pracovníků, kteří ale v tomto případě mají klienty dva: pacient a jeho rodina (Matoušek et al., 2012).

Dušek (2005) uvádí, že prevence by měla být na úrovni zdravotnických pracovníků, kteří na tyto možné problémy upozorní dopředu. Jedná se přeci jen o celoživotní onemocnění, tedy dlouhodobá podpora a fungování pacienta je důležitá. Zároveň zde může pomoci i sociální pracovník, jehož úkolem by mělo být právě zapojení klienta, informovat o dostupných službách (Matoušek et al., 2012).

Právní rámec

Další oblastí, která může být problematická, je právní rámec a omezení svéprávnosti. Zde bychom odkázali na Deklaraci lidských práv duševně nemocných z roku 1989 (Brody, 2004). Vyjdeme zde z českého znění, jak uvádí Dušek (2005). Například bod: *Duševně nemocný nesmí být v žádné situaci a za žádných okolností považován za vyčleněného z lidské společnosti* je velmi těžké splnit, zvláště poté, co jsme zde zmínili stigmatizaci a problémy, se kterými se pacienti mohou potýkat. Podobných problémů se ale také dotkneme ve výzkumné části.

Zaměstnání

Dále se podíváme na problematiku zaměstnávání, kterého jsme se již lehce dotkli v podpůrných programech. Zaměstnávání lidí s duševním onemocněním je součástí rehabilitace, zároveň ale pracovní schopnost a adaptace může být omezena. Zde si dovolíme poznámku, že také ne vždy může být zaměstnavatel ochoten k ústupkům a přizpůsobení pracovního místa, přičemž ale ne vždy musí být omezení tak velká, např. se týkají pouze obsluhy vozidel nebo držení zbraní (Dušek & Večeřová-Procházková, 2005). Na toto navazuje problém invalidity, kdy se může stát, že jedinec jak simuluje, tak disimuluje své problémy. Můžeme si jen domyslet, že oba extrémy přinášejí problémy pro pacienta i jeho okolí. Zároveň výkon zaměstnání mohou ovlivnit předsudky, stigmatizace nebo diskriminace. Jenže potřeba pracovní, smysluplné činnosti je také velká, navíc spojena se

sociálním kontaktem, vědomím vlastních schopností. Tedy může se stát, že nemožnost pracovat vyústí v pocity selhání, závislosti na sociální podpoře (Bankovská Motlová & Španiel, 2017).

Zmíníme zde studii, ve které autoři zkoumali dopad zaměstnání na vnímanou kvalitu života. Zaměstnanost autoři uvádí mezi 4,5 % až 50 %., v různých formách. Z výsledků vyplývá pozitivní korelace mezi zaměstnaností a výsledky dotazníků HRQoL *(Health-Related Quality of Life).* Zaměstnanost byla spojena s pocitem vyššího sebevědomí, rozšířenější sociální sítě a vztahů (Hakkaart-van Roijen et al., 2015). V našem výzkumu se také budeme věnovat problematice zaměstnání, resp. invalidity.

Na závěr si dovolíme zamyšlení, že zde také může působit problematika návratu do původního zaměstnání, kdy výkon původní profese nemusí již být možný. To z našeho pohledu také může mít velký vliv na vnímanou schopnost obstát v běžném životě.

2.5 Proběhlé výzkumy a studie

V této kapitole se zaměříme na již proběhlé výzkumy s problematikou reintegrace a rehabilitace duševně nemocných.

Kvalita života u osob se schizofrenií

Ve výzkumu z roku 2003 (Gee et al.) se autoři zaměřili na kvalitativní šetření u osob se schizofrenií, kdy zjišťovali dopady nemoci na kvalitu života. Autoři se domnívají, že deset zjištěných okruhů odráží problematiku kvality života u osob se schizofrenií. Jako další oblasti k výzkumu autoři označili tyto: nejistota, ztráta kontroly a pocit limitovaných možností

Na základě analýzy dat vyvstaly okruhy, které mají pro osoby se schizofrenií důležitou roli v kvalitě života. Jedná se o:

1. Překážky v mezilidských vztazích: onemocnění přináší osamělost, izolovanost, obavy z reakcí druhých. Respondenti se setkali s bezradností okolí, které nevědělo, jak se k nim chovat, což vedlo k vyhýbání se kontaktu. Respondenti tyto reakci přisuzovali nedostatku informací o onemocnění
2. Snížená kontrola chování: Respondenti se často rozhodli se dobrovolně izolovat o ostatních, protože se museli neustále vědomě snažit o normální projevy chování. Jako příklad mimořádného chování uváděli snížené zábrany, sebepoškozování, sníženou osobní hygienu.
3. Ztráta realizace profesního života: Všichni respondenti se shodli na tom, že onemocnění jim zabraňuje se plnohodnotně zapojit do pracovního procesu a jejich možnosti na trhu práce jsou velmi omezené. To ale také vedlo ke snížení mezilidských kontaktů.
4. Finanční omezení: spojené s pocity finanční nejistoty a nemožnosti dlouhodobých plánů a omezení v činnostech, které jsou více finančně nákladné, jako například dovolená či koníčky.
5. Zážitky psychotických symptomů: respondenti popisovali různé zážitky, které pramenily z psychotických projevů.
6. Farmakologická léčba: zahrnovala především postoje k léčbě a vedlejší účinky. Psychofarmaka byla užívána z obav z možných následků z vysazení. Vedlejší účinky respondenti ale zmiňovali jako problematické.

7. Reakce na schizofrenii: zde se zařadil názor okolí, že problém je výhradně na straně nemocného, spojené s pocity bezmocnosti, neužitečnosti a zbytečnosti
8. Postoje a názory druhých: především ve formě stigmatizace, která ovlivňuje společenský život.
9. Obavy z budoucnosti: obavy se týkaly opětovné hospitalizace, zhoršení duševního zdraví, nejistota z budoucnosti
10. Pozitivní důsledky: týkající se onemocnění. Někteří respondenti nepociťovaly nic pozitivního, ale u několika respondentů došlo ke zlepšení vztahů s rodinou.

Hledání reintegrace: životní zkušenosti lidí se schizofrenií

Studie proběhlá na Taiwanu (Ko et al., 2014) na patnácti respondentech ukazuje zkušenosti pacientů se schizofrenií. Jako metodu analýzy dat vybrali autoři IPA. Z jejich analýzy vznikla tři hlavní témata, dále se dělící na subtémata.

Jako první téma bylo *Zkušenosti s nemocí*, kde autoři vyčlenili tři subtémata. *Ztráta sebekontroly* spojená s pocity ztráty kontroly nad sebou samým. Dále *Pocit neúměrného utrpení,* s pocity zoufalství a osamocenosti. Poslední subtéma bylo *Spojení se spirituálním světem*, které vycházelo z náboženského přesvědčení. Musíme zde zmínit, že často mezi respondenty panoval názor, že schizofrenie je forma posedlosti zlým duchem.

Druhé téma, *Život s nemocí,* se dělil na *Opětovné získání kontroly* nad svým životem, kde respondenti zdůrazňovali podporu okolí. *Hledání vnitřního míru* bylo naopak spojeno s vnitřní prací a přijetí situace.

Třetí téma, *Učení se z nemoci,* zahrnovalo podtémata jako *Změna sebeočekávání,* kdy došlo k přehodnocení očekávání respondentů od sebe samých. Druhé podtéma, *Přehodnocení životních hodnot* bylo spojeno se změnou priorit v životě.

Tato studie je velmi zajímavá, ale je v ní znát vliv kultury a náboženství na výpovědi respondentů, tedy přenositelnost výsledků do našich podmínek není možná.

Výzkumy v České republice

Tady bych ráda zmínila již vypracovanou bakalářskou práci na téma *Aspekty resocializace osob s psychotickým onemocněním* (Neumanová, 2014).

Tato práce je zaměřena na resocializaci osob s psychotickým onemocněním ve stavu remise. V teoretické části se autorka zabývá psychotickým onemocněním, zejména

schizofrenními poruchami. Dále se zabývá také tematikou resocializace, sociálními aspekty nemoci a možnostmi rehabilitačních intervencí. Ve výzkumné části práce se snaží objasnit nejvýznamnější činitele, které ovlivňují osoby s psychotickou poruchou při znovu začleňování ve stavu remise. Autorka využila kvalitativního přístupu. Výsledky polostrukturovaných rozhovorů s osobami s psychotickou poruchou doplnila o výsledky ohniskové skupiny, kterou absolvovali terapeuti denního centra Horizont Zlín. Data analyzovala zakotvenou teorií, která byla rámcovým vodítkem.

Z výzkumu autorky vyplynulo, že na průběh resocializace jedince má zásadní vliv rodina. Zásadní vliv na resocializaci má také partnerství, přátelství a širší sociální vztahy. Velmi důležité jsou také jistoty jako je pobírání invalidního důchodu, zaměstnání a bydlení. Byly zvoleny dvě centrální kategorie: „Ochrana rodičů“ a „Ochranná bublina“.

Další podobný výzkum zabývající se podobným tématem s názvem *Psychosociální rehabilitace u duševně nemocných* vypracovala ve své bakalářské práci Dařbujánová (2015). Z výsledků výzkumu vyplývá, že duševní porucha narušuje doménu oblasti sociálních vztahů, péče o sebe sama a smyslu a účelu. Možnost pravidelně navštěvovat sociálně terapeutické dílny hodnotí respondenti jako velmi přínosné. Dochází tak k postupnému pozvolnému zlepšování ve výše uvedených doménách. Díky svojí pravidelné účasti v dílnách všichni respondenti nalezly ve svém životě smysl a řád. Jedna respondentka dokonce udává velmi příznivý vliv v oblasti komunikace s okolím. Respondenti také uvádí, že psychosociální centrum není pro ně pouze místem psychosociální rehabilitace, ale také místem, kde nalezli nové přátelé. Pravidelná účast klientů na psychosociální rehabilitaci způsobila také zlepšení v oblasti učení, práce a volného času. Polovina respondentů již nalezla vhodné zaměstnání, druhá polovina zatím zaměstnání aktivně hledá. Všichni respondenti se shodli, že se v psychosociálním centru naučili trpělivosti, práci v kolektivu, zlepšila se u nich jemná motorika a soustředěnost na určitou momentálně vykonávanou činnost. Většina z nich navštěvuje také volnočasové aktivity. V segmentu bydlení však nebyly na základě výzkumného šetření zaznamenány žádné změny k lepšímu.

VÝZKUMNÁ ČÁST

3 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, TYP VÝZKUMU

Lidé trpící schizofrenií v remisi mívají obecně problém zařadit se zpátky do společnosti. Má na to vliv mnoho faktorů. Jejich onemocnění je častokrát ovlivňuje ve všech oblastech jejich života. Cílem této práce je zjistit, která konkrétní témata musí tyto lidé řešit a co jim pomáhá při znovuzačleňování do společnosti. Případně do jaké míry jim pomáhají resocializační činnosti, programy a nabízené resocializační služby nebo co by jim ještě mohlo pomoct zvýšit úspěšnost reintegrace do společnosti. Mnoho nemocných lidí se často od společnosti izoluje, a proto se domnívám, že rozvoj resocializace má pro tyto lidi obrovský smysl.

3.1 Výzkumné cíle a výzkumné otázky

Z výzkumného problému vyplývají následující výzkumné otázky.

1) *S jakými psychickými či sociálními problémy se potýkají lidé se schizofrenií při znovuzačleňování do společnosti?*
2) *Které faktory jim pomáhají v resocializaci?*
3) *Čeho se nejvíce obávají lidé se schizofrenií při znovuzačleňování do společnosti?*

Původně jsem si stanovila 4 výzkumné otázky. Čtvrtou otázkou byla otázka:

4) *Jak by to subjektivně vnímali, pokud by neměli možnost navštěvovat centrum sociální rehabilitace?*

V průběhu rozhovorů jsem však zjistila, že 4 respondenti ze 7 nenavštěvují resocializační centrum vůbec. Využívají pouze pomocné služby sociálního pracovníka. Rozhodla jsem se tedy tuto výzkumnou otázku z výzkumu odstranit, protože se domnívám, že bych na ní nedokázala relevantně odpovědět.

3.2 Typ výzkumu a použité metody

Pro tento výzkum jsem použila kvalitativní přístup, kterého cílem je získat vhled a porozumění dané problematiky. Jde o problematiku úskalí reintegrace do běžného života u lidí se schizofrenií. Dle Miovského (2006) je kvalitativní přístup přístupem využívajícím principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky. Pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných nebo nekvantifikovatelných vlastností určitých zkoumaných psychologických fenoménů využívá kvalitativních metod. Dle Ferjenčíka (2010), je kvalitativní výzkum také orientován holisticky. Objekt zájmu výzkumu je zkoumán v celé šíři a ve všech možných rozměrech se snahou o pochopení návaznosti a souvislostí těchto rozměrů.

Použila jsem metodu Interpretativní fenomenologické analýzy (IPA). Tato metoda vede k porozumění individuální zkušenosti a jejímu významu na idiografické úrovni. Umožňuje porozumět žité zkušenosti člověka a tomu, jak dotyčný utváří význam své zkušenosti. Výzkumník v tomto případě prozkoumává zkušenost člověka z jeho perspektivy, ale důležitá je i samotná výzkumníkova zkušenost. Vlastní osobní postoje, přesvědčení a interpretace jsou základem porozumění zkušenosti druhého člověka (Řiháček et al., 2013).

3.3 Design výzkumu a tvorba dat

Výzkum byl realizován od října 2021 do dubna 2022. Data byla získána pomocí metody polostrukturovaného interview, což je podle Řiháčka et al. (2013) nejčastěji používanou metodou v IPA. Tato metoda umožňuje zaměňovat pořadí otázek, ale také umožňuje výzkumníkovi klást doplňující dotazy (Miovský, 2006). Účastníkům výzkumu byla tedy položena jedna centrální otevřená otázka. Následně bylo podle potřeby přistoupeno ke kladení doplňujících otevřených otázek. Zároveň byl ponechán prostor pro nově vynořované oblasti, které se mohly na základě polostrukturovaného rozhovoru zobrazit. Rozhovory byly vedeny individuálně. Předem jsou určena určitá témata, která musí výzkumník probrat. Na toto jádro se však můžou nabalovat i další témata či otázky, které mohou vyvstat v průběhu a umožní tak lépe porozumět problému (Miovský, 2006).

Velkou výhodou tohoto přístupu je například možnost ujištění se, že dotazovaný otázce skutečně porozuměl. Dotazovaný může také sdělit své subjektivní názory a naznačit možné vztahy nebo souvislosti (Hendl, 2016).

Hlavní nevýhodou může být to, že se tazatel bude rozšiřujícími otázkami zbytečně oddalovat od cíle a data se můžou stát irelevantní. Dále může mít nežádoucí efekt i to, že způsob kladení otázek, vzezření, projev tazatele je jiný. Zároveň je ale vhodné klást důraz na přirozený, autentický projev tazatele a vyhnout se výrazným podnětům (Miovský, 2006).

3.4 Sběr dat a výzkumný soubor

Výzkumný soubor byl tvořen celkem sedmi účastníky. Jednalo se o tři ženy a čtyři muže. IPA studie obvykle pracují s menším počtem účastníků, nicméně jde o to, aby účastníci dobře reprezentovali daný fenomén (Řiháček et al., 2013).

Všech sedm rozhovorů bylo provedeno ve stejné psychiatrické ambulanci. Z důvodu anonymizace neuvádím konkrétní údaje o ambulanci ani o organizaci, jelikož jednotlivé příběhy mohou být tak specifické, že by mohli být dohledatelné. Rozhovory byly prováděny od října 2021 do února 2022. Ve všech případech byl k nahrávání použit diktafon.

Podmínkou účasti na polostrukturovaném rozhovoru byla stanovená diagnóza schizofrenie v remisi, tedy v aktuálně udržovací léčbě, bez zjevných známek psychotického stavu. V průběhu rozhovorů jsem však zjistila, že někteří mají pozitivní příznaky (hlasy, bludy) i ve fázi remise a naučili se s nimi žít. Jak ale uvádím v teoretické části, tyto projevy nemusí zcela vymizet a mohou zůstávat. Díky medikaci ale pacientovi nevadí a nereaguje na ně (Vágnerová, 2012).

Rozhovory celkem trvaly 328 minut, od nejkratšího 39 minut, po nejdelší, který trval 54 minut. Před rozhovorem jsme s respondenty měli vyhrazený prostor pro případné dotazy ohledně rozhovoru. Mohli se na cokoliv zeptat. Byli seznámeni s formou a také účelem polostrukturovaného rozhovoru. S respondenty jsme si po skončení rozhovoru ještě chvíli povídali mimo záznam, většinou o dojmech z rozhovoru. Ti otevřenější vyjádřili názor, že se na rozhovor dostavili s určitými obavami, ale nakonec si vlastně příjemně popovídali.

3.5 Výběr výzkumného souboru

Respondenti byli oslovováni přímo jejich ošetřujícím psychiatrem. Samozřejmě s ohledem na jejich současný zdravotní a psychický stav. Zároveň však byli lékařem vytipováni i podle určitých specifických vlastností tak, aby vzorek byl různorodý podle určitých charakteristik, například věku a pohlaví. Ale zároveň aby byla zachována potřebná homogenita vzorku (Řiháček et al., 2013). Jednalo se tedy o metodu záměrného (účelového) výběru (Miovský, 2006).

Původně bylo provedeno osm polostrukturovaných rozhovorů. Jedna respondentka však nejdříve uvedla, že trpí schizofrenií, ale poté se ukázalo, že má diagnózu schizoafektivní poruchy. Významně se odlišovala od ostatních respondentů a do výzkumného vzorku tedy nebyla zařazena. Po přepsání rozhovoru jsem se ještě více ujistila, že respondentka skutečně vykazuje spíše symptomy mánie než schizofrenie. Byla by tak ve výzkumu jedinou respondentkou s touto poruchou a výzkumný vzorek by nebyl koherentní. Proto jsem se (bohužel) tuto respondentku rozhodla z výzkumu vyloučit.

3.5.1 Etické hledisko a ochrana dat

Projekt výzkumu měl být původně prováděn v jednom resocializačním centru pro vážně duševně nemocné. Kvůli epidemiologické situaci však bylo centrum uzavřeno pro dobrovolníky a stážisty. Bylo přístupné pouze pro samotné klienty a sociální pracovníky v omezeném počtu. Sociální služby byli z velké části prováděny terénně. Většina klientů si na tento typ služby zvykla, a proto ji využívala i po rozvolnění epidemiologické situace. Centrum sociální resocializace navštěvovali méně, a proto nebylo možné provést původně domluvené polostrukurované rozhovory.

Kontaktovala jsem ještě několik organizací, ale nikdo nebyl ochoten mi pomoct. V tu chvíli jsem si myslela, že situace je už ztracena a že už žádné respondenty nezískám. V ten den jsem byla u své lékařky a úplně náhodně jsem se jí zeptala, jestli nezná nějakého psychiatra, který by mi mohl se získáním rozhovorů s klienty pomoct. Moje doktorka mi sdělila, že psychiatr je přímo v budově, dokonce ve stejném patře. Pan doktor, nepracuje v tomto centru každý den, ale já jsem ho tam skutečně v ten den zastihla a obrátila se na něj s prosbou. Ani chvíli neváhal a přislíbil mi, že mi s hledáním respondentů pomůže.

Rozhovory tedy byli nakonec díky této šťastné náhodě prováděny v jedné psychiatrické ambulanci. Jak jsem již výše psala, z důvodu anonymizace neuvádím

konkrétní údaje o ambulanci ani o organizaci, jelikož jednotlivé příběhy mohou být tak specifické, že by mohli být dohledatelné. Jednotliví účastníci polostrukturovaných rozhovorů byli vytipováni psychiatrem s ohledem na jejich současný zdravotní a psychický stav, aby se eliminovala možnost jejich poškození. Účastníci se na výzkumu podíleli dobrovolně. O přibližné náplni rozhovoru byli informováni jejich lékařem dopředu tak, aby si mohli účast na projektu dostatečně zvážit. Všichni respondenti byli požádáni o nahrávání rozhovoru na záznamové zařízení a všichni s nahráváním rozhovoru souhlasili. Ústní souhlas je součástí nahrávky rozhovorů.

Jako výzkumník jsem si byla vědoma toho, že člověk nemocný schizofrenií může vykazovat určité prvky paranoie a může být nedůvěřivý. Obzvláště při rozhovoru s cizí osobou. Snažila jsem se proto zachovat přátelskou a uvolněnou atmosféru a respektovat individualitu každého z respondentů. Plně jsem se jejich požadavkům přizpůsobila.

Účastníci byli také informováni o možnosti rozhovor kdykoliv ukončit anebo odmítnout odpovídat na jednotlivé otázky. Všichni podepsali informovaný souhlas o účasti ve studii. Rozhovory byly uskutečněny v tiché, klidné místnosti psychiatrické ambulance, která byla dostatečně odhlučněna od prostor, kde se nacházely další osoby. Ochrana osobních údajů byla zajištěna anonymizací přepisů rozhovorů. Jména respondentů byla nahrazena čísly 1 až 7. Byly také odstraněny veškeré údaje, které by mohly vést k identifikaci jednotlivých osob. Nahrávky a přepisy rozhovorů jsou archivovány v elektronické formě v zaheslovaném souboru.

Účastníci nebyli nijak finančně odměněni, ale jistou formu odměny můžeme považovat sladkou odměnu ve formě kvalitní bonboniéry. Výzkum byl proveden v souladu se zákonem o ochraně osobních údajů (zákon č. 101/2000 Sb.).

3.6 Metoda zpracování dat

Zvolenou metodou byla Interpretativní fenomenologická analýza (IPA). Rozhovory byly nahrávány na diktafon a následně jsem je přepsala, doslovně, do dokumentu (Microsoft Word). Přepis probíhal několikrát, kdy jsem postupně doplňovala přepisy o vynechaná slova, doplnila jsem i další informace týkající se paraverbální komunikace. Respondenty jsem označila čísly.

Poté jsem dokument naformátovala tak, aby byly očíslovány řádky a dokumenty jsem vytiskla. První část analýzy jsem prováděla v ruce, kdy jsem dopisovala poznámky na okraje řádků, viz Příloha 3: IPA. Prvotní poznámky a komentáře. Tyto prvotní poznámky následně vyústili ve vynořující témata, dle Řiháčka (2013). Tato témata jsem následně přepsala do souboru v MS Excel, včetně čísel řádků. Do tabulky jsem do dalších sloupců doplnila výzkumné otázky, kterých se témata týkala, viz Příloha 4: Analýza respondenta - ukázka. Následně jsem provedla jednotlivé analýzy dle respondentů.

Druhý krok bylo hledání společných témat, kdy jsem témata sepsala v tabulce pod sebe a vycházela z jednotlivých výzkumných otázek, viz Příloha 5. Společná témata jsem vypsala do tabulky a následně ještě zpětně kontrolovala s rozhovory, pomocí odkazů s čísly řádků, jestli je téma opravdu v textu zakotveno. Využívala jsem možnosti řazení, filtrů a podmíněného barevného formátování.

V následujících kapitolách předkládám výsledky analýzy, nejprve z pohledu respondentů, poté z pohledu výzkumných otázek.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

V této části se věnuji nejprve analýze témat dle jednotlivých respondentů. Tučně jsou zvýrazněná témata jednotlivých respondentů. V druhé kapitole se věnuji výzkumným otázkám a společným tématům napříč respondenty.Níže uvádím tabulku s přehledem jednotlivých respondentů a jejich základních údajů.

RESPONDENT	POHLAVÍ	VĚK	UKONČENÉ VZDĚLÁNÍ	NEUKONČENÉ VZDĚLÁNÍ	FORMA	DÉLKA ONEMOCNĚNÍ V LETECH (OFICIÁLNĚ)	DÉLKA ONEMOCNĚNÍ V LETECH (NEOFICIÁLNĚ)
1	ŽENA	61	ZŠ	SŠ s maturitou	Paranoidní	45	-
2	MUŽ	27	ZŠ	SŠ s maturitou	Nediferencovaná	10	-
3	ŽENA	38	SŠ s maturitou	VŠ	Paranoidní	18	-
4	MUŽ	42	SŠ s maturitou	VŠ	Paranoidní	18	-
5	ŽENA	41	-	ZŠ	Paranoidní	23	37
6	MUŽ	24	ZŠ	SŠ s maturitou	Paranoidní	4	7
7	MUŽ	53	VŠ	-	Paranoidní	30	50

Tabulka 1: Přehled respondentů

4.1 Analýza podle respondentů

Respondenti byli označeni číslem, které odpovídá postupnému pořadí jednotlivých rozhovorů. Sedm respondentů, sedm polostrukturovaných rozhovorů, sedm naprosto individuálních osobností.

4.1.1 Respondentka 1

„Aktivní extravert“

„Já hlavně to zdraví, víte, aby to bylo stabilizovaný. Protože peníze nejsou všechno, jak se říká.“

Respondentka 1, diagnózou schizofrenie trpí již od svých šestnácti let. Rozhovor probíhal osobně v odhlučněné místnosti psychiatrické ambulance. Protože to byl můj úplně první rozhovor, byly přítomny určité obavy a strachy. Ty se však po chvíli díky otevřenosti a upřímnosti Respondentky 1 celkem rozplynuly.

Bydlení

Respondentka 1 žije s manželem a se svým synem ve vlastním bytě. S manželem budou spolu letos v dubnu slavit 40 let. Z rozhovoru vyplývá, že co se týče **rozdělení prací v domácnosti, je velmi spokojená.** Dle jejich slov v bytě sice nejvíce uklízí Respondentka 1, ale manžel zas pomáhá s nákupy a s přípravou na vaření. Bydlí ještě se **synem, který je bohužel také psychicky nemocný** a momentálně začal pracovat. *„Syn zas chodí do práce, zkouší. On má zas nějakou jinou diagnózu“*

Na otázku jestli by chtěla bydlet raději sama, odpověděla: *„Já nevím, někdy jo, někdy ne, víte“*.. *„Ale vždy je lepší, když je kolem vás někdo“*. U této otázky jsem cítila přítomný určitý **konflikt,** který se později opakoval i v dalších otázkách. Zároveň nepřímo oceňuje, že s manželem jsou spolu již od jejich 16 let, ale je tam v každém případě **přítomen určitý rozpor**.

Respondentka 1 má ještě jednoho syna, který je zdravý. Ten ale bydlí u své přítelkyně. Nerozumí si s ním zřejmě tolik, jak se svým nemocným synem.

Vztah / vztahy obecně

Respondentka 1 je spolu s manželem **od svých 16 let** a je velmi pozoruhodné, že jim **vztah vydržel** i přes fakt, že prakticky celých 40 let soužití se Respondentka 1 potýká s těžkou

duševní nemocí. Vdávala se ve 22 letech a manžel si jí s tímto vědomím vzal. *„když jsem byla nemocná tak jsme spolu už byli“.. „za mnou jezdíval, to si pamatuji“.*

Na druhé straně je tady ale opět cítit **rozpor.** Sama Respondentka 1 uvádí, že manžel má o ní strach, ale ***„Pochopení někdy jo někdy ne“.***

Respondentka 1 je velice **společenský člověk**, zlepšovat náladu jí **pomáhají přátelé a mladší nemocný syn**. *„Mladší syn, jako s tím si rozumím. Když tak i ty prášky a všechno, tak si povykládáme“* Na druhou stranu **je smutná z toho, že už nemá rodiče a ani bratra**. Když **ještě žili, vycházeli spolu velmi dobře**. Zůstala jí **sestra**, která s ní ale **odmítá komunikovat.** Respondentka je z toho velmi **smutná** a **zklamaná** a neví, proč tomu tak je. *„Nevím co se stalo. Nic jsem jí neudělala. Nevím vůbec“*

Každodenní starosti a rutinu jí pomáhají zvládat **přátelé z charity**. **Charita** nabízí **velké spektrum různých aktivit**, které Respondentka 1 využívá. Z rozhovoru je zřejmé, že je **velmi aktivní** a využívá tyto možnosti charity, **někdy sama někdy společně s přáteli**. Vyrábí tam například svícny, pak je vypalují, chodí na vycházky, navlíkají korálky, hází korholem, vaří, chodí do kina či plavat. Všechny tyto aktivity Respondentku 1 naplňují, což je zřejmé například z této citace, ve které paní popisuje jak se hází korholem: *„To je taková deska a tam je díra a takové pytlíky a z určité dálky se trefujete. Já jsem byla tak šťastná, když mě to šlo“.*

Sice se dle jejich slov občas zavře do pokoje a je tam sama, **ale spíše je ráda ve společnosti lidí.** Z rozhovoru cítím, že **nechce být sama**. *„Já radšij mám ty lidi, víte? Když byl manžel v nemocnici tak jsem ani skoro nespávala.“*

Co se týče důvěry, nejvíce důvěřuje prý manželovi, ale zvláštní je, že před ním **nemůže říct úplně všechno**. Sama s úsměvem říká: *„No tak někdy můžete i mlžit*“. **Své problémy řeší spíše se sociálními pracovnicemi**. **Manžel** jí je na jedné straně sice oporou, ale stává se, že **jí někdy nemoc vyčte**. „*Víte, nebo když vám někdy tu nemoc vyčte, to je šílený“.*

Kromě toho se Respondentka 1 **musela naučit žít s hlasy**. Dříve to byl pro ní větší problém, kvůli hlasům **se pokusila také o sebevraždu a vyskočila z balkónu z 5. patra.** Dnes už je to dle jejich slov lepší, ale hlasy se občas objeví. V její odpovědi je cítit trochu **nejistotu**: *„myslím, že už by se nic nestalo, že už je to trošku (nedopovězeno), nevím no“*

Medikace a hospitalizace

Velmi zajímavé bylo zjištění, že Respondentka 1 je i přes svoji závažnou nemoc schopna přijímat situaci tak, jak je. I **nepříjemnou situaci,** jakou byla nedobrovolná hospitalizace dle jejich slov *„kvůli ožralcovi“*, **hodnotila** ve výsledku jako **přínosnou.** Na jedné straně si byla vědoma toho, že byla v tu chvíli **psychicky zdráva** a do nemocnice se dostala **kvůli fyzické potyčce s manželem**. V nemocnici však poznala další kamarádky, které seznámila. Měla z toho velmi upřímnou radost a vnímala to velmi pozitivně. *„Ony úplně ze mě ožily“*. *„To bylo tenkrát super“*. Respondentka 1 očividně velmi **ráda dělá lidi šťastné.**

Respondentka 1 se potýká s nemocí již 45 let. Její **medikace byla dříve mockrát měněna**, ale **dnes je se situací spokojena**. Oproti minulosti jí méně prášků a je si vědoma toho, že opravdu zabírají. Opět se opakuje **téma hlasů** a určité z toho pramenící nejistoty, protože se jí před pár dny opět začali objevovat.

Co se týče **vedlejších účinků léků**, popisuje **pouze únavu.** Zkusila také **vysadit medikaci.** *„Chtěla jsem to zkusit, jestli to bude bez toho lepší, ale pak jsem úplně byla v prčicích“*. Vysadila sice pouze ranní léky, ale poté se jí nemoc zhoršila, nastaly hlasy a celá se třepala a brečela. *„Pak to delší dobu trvalo a od té doby, bych to nevysadila“* Touto **špatnou zkušeností se poučila,** a proto by i ostatním stejně nemocným lidem radila, aby brali léky.

Obavy a stigmatizace

Po vypuknutí nemoci měla Respondentka 1 **silné obavy, aby se uzdravila**. Měla potíže v práci, byla velmi unavená a kvůli nemoci nemohla ani kojit své druhé dítě. Jako sama se **smířením** řekla: *„jsem chtěla, abych se uzdravila a k tomu nikdy nedošlo“*.

Momentálně vnímá svoji situaci pozitivně. *„je to lepší než to bývalo“*, *„teď jsu v klidu“*. Sice **občas** mívá **úzkosti, strachy i depresivní stavy**, ale **pomáhá** ji na to **lék Rivotril**. Vyslovila však určitou **obavu se smrti.** Respondentka 1 má momentálně i **strach** z toho, že její **onemocnění znovu propukne.** V poslední době má totiž **opět hlasy** a z jejich slov je poznat **strach** a nejistotu.

Pociťuje taky značně **nepříjemnou stigmatizaci** ze strany sousedů. **Výsměch** zažívá v každodenních situacích. *„No však oni vijou, že jsem vyskočila, že mám vyskočit znova, tak jako, to je těžký.“* Tyto situace jsou pro Respondentku 1 velmi nepříjemné, ale z tónu hlasu a z úsměvu je cítit určité **smíření.** S danou situací se **snaží vyrovnat** a má na to už **určitý nadhled.** Stigmatizaci popisuje v sousedských vztazích a ještě dříve, když žili spolu s rodiči

na dědině, se jí lidé vysmívali. V resocializačním centru a ani u lékařů nic takového nezažila. **S lékařskou péčí je naopak velmi spokojena**. Všichni se k ní chovají hezky. Opět vyzdvihuje **důležitost přátel** a **aktivit** ve svém životě.

Je velmi **fixovaná na svůj domov**, nechce ho opouštět na delší dobu. Je to pro ní důležitá jistota. Lékaři jí často nabízí možnost lázní, ale to Respondentka 1 odmítá. Má také zřejmě **strach z nového prostředí**. Na otázku, proč nechce do lázní odpověděla: *„Víte proč? Tam bych neměla svůj klid a neměla bych tam ty kamarády a neměla bych tam co dělat.“*.

Invalidní důchod a zaměstnání

Respondentka 1 má plný invalidní důchod od 16 let. Na otázku, jestli je ráda, že se to v té době před 45 lety povedlo díky její tátovi zařídit, odpověděla trochu vyhýbavě. Spíše zdůraznila, že je pro ni důležité, že aspoň chvíli **mohla chodit do práce** a najít si tam **kamarády a kamarádky. Do práce** chodila velmi **ráda a byla spokojena.** I v práci s ní byli **spokojeni** a měla tam dobrý posudek.

Po vypuknutí nemoci musela v práci skončit. Pár let na to se stala také dvounásobní matkou. Po zaléčení nemoci se ještě několikrát **pokoušela do práce vrátit a zkoušela i jiná pracovní místa,** ale nemoc pokaždé udeřila znova. Jak sama říká: *„Bylo teho moc.“*

Respondentka 1 pobírá sice plný invalidní důchod a nepracuje. Ale z výčtu aktivit, které dělá a provozuje, lze vyhodnotit, že rozhodně netrpí nedostatkem vůle. Je velmi aktivní, ráda pracuje a je šikovná i na ruční práce. Vyrábí různé výrobky, například náušnice nebo porcelánové ptáčky. Je **velmi spokojená,** když o těchto věcech mluví.

Resocializační zařízení

V této části se pouze potvrdilo, vše, o čem už Respondentka 1 mluvila v průběhu celého rozhovoru. Při znovu začleňování do běžného života byli pro ni nejdůležitější **lidé a jejich podpora a opora**. A tak je tomu i dnes. Řekla, že by pro ni bylo velmi těžké, kdyby nemohla navštěvovat kamarády a **využívat aktivity v charitě. Téma kamarádi** a **aktivity** je pro ni očividně nejdůležitější a velice ho vyzdvihuje. Jak sama říká: *„Je to super prostě.“*.

Přání a tužby

V závěru se postupně začala opakovat důležitá témata. Jako první bylo Respondentkou 1 zmíněno, že by si moc **přála komunikovat se svojí sestrou.** Z dalších podotázek vyplynulo, že Respondentka 1 vyvíjí značnou aktivitu, aby si se svojí sestrou mohla aspoň napsat nebo

se vidět. Všechny tyto pokusy jsou však zbytečné. **Sestra nekomunikuje**. Domnívám se, že se bojí, že by byla stigmatizována její rodina. Jsou to ale pouze domněnky. Respondentka 1 se totiž jednou pokusila o sebevraždu a je možné, že to s tím má určitou spojitost.

Dalším opakujícím se tématem je **rozpor mezi dlouholetým manželstvím** a tím, že dnes by se Respondentka 1 **už možná nevdávala**. Na jedné straně si uvědomuje, že to je obrovská jistota, mít někoho, mít rodinu, mít domov, ale zřejmě kvůli občasnému nepochopení ze strany manžela je tady přítomné určité ALE.

Na otázku, co by poradila stejně nemocným lidem, Respondentka odpověděla: „*aby jedli prášky a aby šli do té charity a neseděli doma“*.

4.1.2 Respondent 2

„Z mladého „fracka“ člověk s vysokým „self-efficacy“

„ …a pak jsem se zbláznil“

Respondent 2, se ze schizofrenií potýká od svých 17 let. Diagnóza mu byla několikrát měněna, momentálně má diagnózu nediferencované schizofrenie. Rozhovor probíhal osobně v psychiatrické ordinaci. Atmosféra byla velmi přátelská a uvolněná, možná i proto, že hned na začátku rozhovoru se ukázalo, že se s mladým mužem známe z jiného centra sociální rehabilitace.

Bydlení

Respondent 2 momentálně **žije se svojí přítelkyní** v pronajatém bytě. O domácnost **se starají oba.** Ale **sám přiznává, že v tuto chvíli se stará o většinu věcí v domácnosti přítelkyně**. Společné bydlení vnímá velmi pozitivně. Důležitá je pro něj **vyrovnanost ve vztahu,** kterou dříve, když žil s **matkou nepociťoval**. **Vzájemná podpora** mu často pomáhá **překonat lenost**. *„Tak někdy se prostě nechce, že jo, a člověk musí něco pro tu domácnost udělat.“*

S přítelkyní se poznali na **léčení** a **jsou spolu již 4 roky**. **Vztah** je pro něj **velmi důležitý**. Kvůli své nemoci se však často potýká s **výbušností a vznětlivostí**, které se ve zhoršeném stavu ještě stupňují. Jeho **přítelkyně** bere tento fakt **již s určitým nadhledem.**

Respondent 2 byl v mládí závislý na drogách a alkoholu. V průběhu čtyřletého vztahu se mu jednou stalo, že **znova začal pít**. Důležité pro něj bylo, že se **sám nakonec rozhodl** a **podstoupil léčbu**. Situaci má teď momentálně pod kontrolou a je si vědom toho, že pokud nezačne znovu pít, vše bude v pořádku.

Jeho život **mu pomáhá zlepšovat resocializační centrum,** díky kterému je **v sociálním kontaktu** s lidmi. Kromě toho ještě **chodí cvičit** nebo hraje společně s přáteli **hry na počítači.**

Vztah / vztahy obecně

Co se týče vztahů, Respondent 2 to **neměl už jako dítě vůbec jednoduché**. Táta měl **psychopatické sklony** a jeho **matka má dodnes různé psychické diagnózy a problémy**. Rodiče se rozvedli a vyrůstal tak jen mámou a se sestrou, což dnes hodnotí kladně. *„Ono je možná lepší, že jsem byl jenom s tou mámou nemocnou, než ještě s nemocným fotrem,*

psychopatickým.“ Svého tátu nepoznal a pokusy o to se s ním vidět nevyšly kvůli nezájmu z tátovy strany. Je tam **určitý náznak pokusu o smíření a vyrovnání se** se situací.

Respondent 2 si uvědomuje, že **drogami v minulosti nepomáhal** svojí **matce zlepšit její psychický stav.** Z rozhovoru je silně cítit, že má svoji matku upřímně rád, bojí se o ní a snaží se ji pomoct. ***„někdy si připadám jako rodič já.“.*** Jejich vztah je dnes lepší i díky tomu, že se osamostatnil a bydlí s přítelkyní. *„Máma nemá strach, kde co vyvádím.“* Zároveň je však možné vzít situaci i obráceně. Respondent 2 jako dospívající dítě **také neměl svoji situaci vůbec jednoduchou**. Později v rozhovoru přiznal, že **byl** také **zneužívaný.** A možná proto byli **drogy „vysvobozením z jeho těžké situace“.**

Ještě jako **zdravý měl zkušenost s vážným vztahem**, který ho dle jeho slov **hodně držel** a **hodně mu pomáhal**. Dnes má **na celou situaci nadhled** a je **si vědom** toho, proč **po ukončení vztahu** nakonec onemocněl schizofrenií. *„Tak já jsem bral drogy už v tu chvíli, takže všechno se vším, doma špatný, nějaký traumata a tohle to, takže drogy do toho a konec, no.“*

Ve vztahu s přítelkyní je spokojen a cítí z její strany **pochopení** a **podporu.** Sice jsou ve vztahu **občasné problémy**, ale vše se vždycky vyřeší. Jako sám popisuje jeho dnešní **přátelské vztahy** již **nejsou o drogách** jako dříve. **Setkává** se i se **zdravými i s nemocnými lidmi**. Se zdravými lidmi v práci, na brigádě a při sportu. S nemocnými lidmi například v resocializačním centru. Dle jeho slov **zdraví lidé** pro něho **nemají tolik pochopení** jako **nemocní,** kteří jeho **onemocnění rozhodně více chápou.**

Z aktivit ho nejvíce baví **hra na počítači**. Společně s přáteli hraje hru na virtuální svět. Otázkou zůstává, jestli to není jen **způsob určitého nácviku** nebo **úniku ze skutečných sociálních situací.** Respondent 2 později uvádí, že má určitou obavu a strach v komunikaci se skutečnými lidmi. Dále ho baví **množství aktivit**, sport, procházky a výlety nebo jen povídání s přáteli u kávy. Přátel má dostatek a může si vybírat a samotu rozhodně nepociťuje. V rozhovoru se opět zmiňuje o svojí přítelkyni. Její přítomnost je pro něho v životě hodně důležitá. Ve všem jí **plně důvěřuje** a může se jí s čímkoliv svěřit. „*jsem radšij doma s přítelkyní, a i když jsme každej u svý obrazovky, tak radšij doma. S přítelkyní. (úsměv).“*

Medikace a hospitalizace

Respondent 2 má zkušenost se **4 nedobrovolnými hospitalizacemi,** kdy mu byla nařízena detence. **Trpěl silnými bludy** a byl přesvědčen o tom, že ho chce systém zlikvidovat. Celá

situace byla o to horší, protože byla **prohloubena drogami.** Poté úspěšně absolvoval **léčbu závislosti** na drogách a alkoholu.

Při páté hospitalizaci už dochází k určitému **uvědomění** a o hospitalizaci přemýšlí jinak. Jeho poslední hospitalizace byla již dobrovolná v plném rozsahu. *„Pátá, už jsem začínal trošku o tom přemýšlet jinak a tadle ta poslední, tam jsem si to šel užít (smích*)." Z těchto slov je poznat, že začíná mít na svoji **nemoc** postupně **náhled** a život začíná brát s nadhledem. V rozhovoru je často přítomná jeho **vysoká self-efficacy** neboli **vysoký stupeň účinnosti.** Je pro něj důležité, že se **sám rozhoduje** a ví, že on **sám svými rozhodnutími** ovlivňuje to, jaký život bude mít. Bere za to plnou **zodpovědnost.**

Co se týče medikace, je si plně vědom **nutnosti brát léky**. „*Jsou to sajrajty, ale nemůžu bez toho bejt, že jo."* Jeho **medikace se mu několikrát měnila**. Uvědomuje si, že v minulosti **nebyl zrovna dobrý pacient** a **ne vždy byl ochoten spolupracovat**, což nepřispívalo ke zlepšení situace. Dnes už vnímá důležitost vlastní zodpovědnosti. Může to svědčit o jeho postupném vývoji a toho, že vyzrál. *„Nikdy se mi nestalo, že by se mi to rozjelo bez mého přivinění,"*

Nežádoucí účinek měl jeden, ale to se po doplnění léčby upravilo a **nyní nemá žádné** další **nežádoucí účinky.**

Obavy a stigmatizace

Respondent 2 má určitou obavu **ze sociálních kontaktů**. Přátel má sice dost a může si vybírat, ale jako sám uvedl: *„bojím se **nepochopení** a nějakých **naschválů** a prostě takový ty **nevraživosti lidský,** co takhle tady panuje, někdy."*

Velmi se **obává případného rozchodu** s přítelkyní. Momentálně řeší spolu s přítelkyní **zakládání rodiny**, uvažuje nad tím, jestli jejich **vztah s dětmi vydrží** a jestli zvládne **finančně zajistit rodinu.** Také má velkou starost o svoji **matku** a **bojí se, že ji ztratí**.

Respondent 2 má trvalý částečný pracovní úvazek. Někdy pracuje i brigádně, aby podle jeho slov: *„vydělal na ty věci, co se nám teď doma pokazily."* Pociťuje tedy velkou **zodpovědnost za rodinu**. Ale občas je **toho na něj moc** a projeví se to ve zhoršení nemoci a i v jiných oblastech života, například ve vztahu. Je tam tedy přítomna obava z toho, že situaci nezvládne. Tím, že při zhoršení příznaků svojí nemoci **jde vždy raději na neschopenku**, vzniká další obava. Obava, jak to celé **vezmou** jeho **nadřízení v práci.**

Co se týče **znevýhodnění**, určitě se cítí být znevýhodněn kvůli své nemoci v oblasti **sociálních vztahů.** Setkává se s nepochopením lidí. A i ve **finanční oblasti** je dle jeho slov také znevýhodněn, protože nemůže dělat plný úvazek, a tím pádem si nemůže obstarat vyšší příjem.

S **lékařskou péčí je spokojen** a žádné **stigma** ze strany personálu **nepociťuje**. Vyjádřil trochu **nespokojenost** pouze na straně praktických lékařů, kde se zřejmě dříve setkal **s neporozuměním.**

Invalidní důchod a zaměstnání

Respondent 2 má **částečný invalidní důchod**. Ví, že bez něho by si **nezaopatřil takový příjem,** jako momentálně **má.**

V oblasti zaměstnání a je vidět určitý vývoj. Dříve, v **období dospívání** pracoval pouze **brigádně**, jen proto, **aby si zaopatřil drogy**. *„jenom, abych si mohl zahulit nebo zafetovat.“* Práce ho nebavila. Jak říká: „*moc jsem se nepředřel“*. Ale potom, co si našel přítelkyni, vnímá situaci jinak. Pracuje **trvale již 4 roky na** částečný úvazek a bere **práci** jako hodně **velký přínos**. Zároveň mu přináší **zasloužený příjem,** pomáhá mu **překonat lenost** a vytváří mu určitý **režim**, který mu pomáhá lépe si zorganizovat čas a vyrovnat se s nemocí.

V **práci je spokojen**. Jeho pozice je OZP a v práci má více nemocných kolegů. **Zdraví kolegové** jeho nemoc **většinou chápou,** a i u **nadřízených se setkává s pochopením** a vyhověním. *„rozhodně na nás berou hodně jako povolenej metr voproti běžným zaměstnáním pro zdraví lidi.“*

Opět se tady objevuje již zmiňovaná **obava z přepracování** a z toho, že toho **na něj bude moc**. Zažil si to již několikrát a v této situaci musel rychle nastoupit na neschopenku, protože se mu **nemoc začala zhoršovat**. Sám říká, že se snaží držet doporučení svého lékaře. Je to „***hledání hranice*** *mezi tím, aby to jako bylo vylazený, jako prostě aby to fungovalo.“*

Resocializační zařízení

Při začleňování do běžného života pomohla Respondentovi 2 hlavně **otevřená komunikace.** Dříve trpíval při kontaktu s novými lidmi **úzkostmi** a měl z toho **obavy**. Dokonce řekl, že si sám **připadal divný**. Takže jsou tam známky určité **sebestigmatizace.**

Znovu se začlenit mu pomohli **psychiatři, terapeuti, sociální pracovníci a personál**. A také to, že mohl **navštěvovat resocializační centrum**, kde využíval i využívá

spíše **individuální činnosti**, například procházky se sestrou a psychologa. **Občas** využívá i jiné nabízené **společné aktivity**, například výlety nebo fotbal. Uznává, že **bez možnosti navštěvovat centrum resocializačních služeb** by to pro něj **bylo horší** a určitě by **nebyl tak aktivní.**

Přání a tužby

Na otázku, které 3 přání by si přál, kdyby mu je za noc někdo splnil, odpověděl velmi rychle a bez přemýšlení. Jeho přítelkyně je pro něj v životě velmi důležitá a moc by si přál, aby jim jejich **vztah vydržel**. Také by chtěl, aby mu **jeho blízcí vydrželi co nejdéle**, protože jsou mu velkou oporou. Jako první však vyslovil **přání být zdravý**. A i když si plně uvědomuje, že svojí drogovou minulostí nepochybně přispěl k rozvoji své nemoci, sám řekl: *„Nelituju ani toho, že jsem bral drogy"*. Byla to pro něj nevyhnutelná **škola života**, díky které se mu podařilo dnes svoji nemoc brát s nadhledem. V jeho slovech je cítit dokonce určitou hrdost: *„oni smažej dál, profetovávají se hloubš a hloubš a já, který jsem měl schízu, tak jsem se dostal z drogový závislosti (úsměv)."*

Osobně si myslím, že tomu, že se Respondentovi 2 daří tak „s přehledem" zvládat svoji nemoc, přispívá hodně jeho **vysoká self-efficacy** a jeho **smysl pro zodpovědnost**, který v průběhu života postupně rostl. Je přítomný skoro v každé části rozhoru a bezpochyby je to důležitý faktor v boji s nemocí.

4.1.3 Respondentka 3

„Lásce se vyhýbající, zároveň po lásce toužící“

„Tak, že tam je ta vec, že som osamelá“

Respondentka 3 trpí diagnózou paranoidní schizofrenie již 18 let. Nemoc jí propukla v plné síle ve 20 letech. Rozhovor probíhal osobně v psychiatrické ordinaci. Hned ze začátku rozhovoru byly přítomné obavy na straně Respondentky 3. Zpočátku byla velmi bázlivá a nedůvěřivá. Při požádání o nahrávání rozhovoru nejdříve s nahráváním nesouhlasila, ale po ujištění z mojí strany, že vše je naprosto anonymní, nakonec s nahrávkou souhlasila. V průběhu rozhovoru její obavy postupně opadly. Sice je trochu vystřídala únava a nesoustředěnost, ale nakonec jsme vše s přehledem zvládly.

Bydlení

Respondentka 3. Tichá, bázlivá, 38letá žena studující vysokou školu. Momentálně má **pokoj na kolejích**, kde má **společné sociální zařízení** ještě s jednou spolubydlící. Moc by si však přála mít jinou spolubydlící, anebo **nejlépe bydlet sama**, aby měla svůj vlastní klid. **Se svoji spolubydlící** si velmi **nerozumí**, hlavně v otázkách úklidu a odkládání věcí. Nakonec však vyjádřila určitý náznak **smíření se s momentální situací**. Později v dalších částech rozhovoru se téma přání mít jinou spolubydlící však opět častokrát objevovalo.

Respondentka 3 měla před propuknutím nemoci mnohem **lepší sociální kontakty, více chodila mezi lidi,** a tak **celkově se cítila lépe**. Momentálně, **po 18 letech od začátku nemoci**, se však dle jejich slov **cítí být zdráva.**

Vztah / vztahy obecně

Respondentka 3 je momentálně sama bez partnera. **Měla vztah až jako nemocná, před propuknutím onemocnění vztah neměla**. I nyní vyjádřila **přání najít si partnera.**

Co se týče rodinných vztahů, po celou dobu je Respondentka 3 **ambivalentní k hodnocení vztahů ve své rodině**. Sama přiznala, že rodiče z počátku její nemoc nechápali. Teď už je to sice lepší, ale pořád je tam přítomné ale. **Se svojí sestrou** má Respondentka 3 prý **momentálně horší vztah** než před vypuknutím nemoci. Otázkou zůstává proč. Pravděpodobně je možné, že její rodina má strach ze **stigmatizace její nemoci.** Respondentka 3 sice mluví o tom, že v rodině mají **dobré a láskyplné vztahy**, a že **rodičům může říct vše,** ale z neverbální komunikace (nervozita, zvláštní smích a nerozhodnost) je poznat, že tomu ze strany rodiny pravděpodobně tak není, a že je to pouze její **přání.**

K rodičům jezdí každý druhý týden na návštěvu, a má z toho **upřímnou radost** a vždy jí to zlepší náladu.

V oblasti přátelských vztahů je situace ještě o poznání horší. Respondentka 3 **nemá žádné přátele** a s touto situaci je celkem **smířená**, nebo se to spíše tak snaží podat, a je to jen její způsob obrany. Z rozhovoru je však poznat, že by si **přála mít alespoň kamarádku.** To je však velmi obtížně řešitelné, protože Respondentka 3 **nenavštěvuje resocializační centrum** a vyhýbá se tak možnému sociálnímu kontaktu. Jak sama říká: *„**Podle mě to smysl nemá.**“*. Na začátku rozhovoru sice řekla, že **samotu nepociťuje** a že jí **má ráda**, ale v průběhu rozhovoru **přiznává, že je osamělá**. I na otázku, jestli by chtěla nějaké **domácí zvíře**, odpověděla s **ambivalencí**. Zároveň by chtěla, i o tom přemýšlela, ale je to starost. Osobně si myslím, že by jí to mohlo velmi pomoct nebýt tak osamělá.

Respondentka 3 má velkou **radost ze studia**. Jako sama řekla: „*Mě to moc chybělo, jako že jsem nebyla na vysoké škole, když to tak porovnám, tak teďka **mám mnohem lepší život**.“* Studium jí dává v životě skutečný smysl. Možná právě proto, že v oblasti sociálních vztahů to nemá zrovna ideální. Ráda chodí na **přednášky a čte knížky**. Má více méně **individuální koníčky**, hraje na flétnu, klavír a také má ráda **přírodu** a **procházky**. Momentálně se však **nejvíce věnuje studiu.**

Medikace a hospitalizace

Respondentka 3 byla zhruba **8x hospitalizovaná. Jednou** si vybavuje, že byla **hospitalizace nedobrovolná**. Tehdy vnímala situaci velmi **rozhořčeně**. Dnes zpětně však **všechny hospitalizace** hodnotí **kladně**. „*vzhľadom na to, aký mám teraz život, akým spôsobom žijem, tak to je vďaka tomu, že som bola toľkokrát už hospitalizovaná“*

Co se týče **medikace**, medikace jí byla **několikrát měněna.** V tomto ohledu je opět **ambivalentní**. Zároveň již několikrát uvažovala nad tím, že by **chtěla** zkusit medikaci **vysadit**, protože na nich nechce být dále závislá. Ale na druhé straně má **zkušenost** s tím, že když si jednou večer zapomene vzít lék, okamžitě to na sobě cítí v podobě špatných myšlenek. Takže ve výsledku je vlastně **ráda**, že **léky bere. Lék na úzkost** po dohodě s lékařem **vysadila** a je **spokojená**, že na něm **není závislá.** Popisuje **dva vedlejší účinky léků**, přičemž z jednoho má obavu. Občas se jí motá hlava a **ztrácí vědomí** a omdlévá. Jednou se jí dokonce stalo, že omdlela i ve veřejné dopravě a musela po ní přijet záchranka.

Obavy a stigmatizace

Na mojí první otázku, jestli měla Respondentka 3 nějakou **obavu při začleňování**, odpověděla že **neměla**. Další otázkou jsem se to Respondentky 3 snažila zeptat jinak. Ale znova mi odpověděla, že ne. I když její odpověď byla jasná, osobně si myslím, že Respondentka 3 **se ani nepokoušela začlenit do společnosti**, a právě proto vlastně ani neměla žádné s tím spojené obavy.

Z dalších otázek však vyplynulo, že **občas** mívá **úzkost a strach**. S **ambivalencí** vyjádřila také strach z opětovného **propuknutí nemoci**. **S lékařskou péčí** je opravdu **spokojena**: „*já jsem měla vždycky štěstí na psychiatrii"* a nepociťuje žádné znevýhodnění v této oblasti.

V otázce bydlení už není tak optimistická. Rozhodně pociťuje **stigmatizaci** kvůli své nemoci, protože si **nemohla vybrat**, kde bude **bydlet** a musela **bydlet pod charitou**. Tady zůstává tajemstvím, proč když říká, že mají spolu s **rodiči** láskyplné vztahy, dovolili, aby **bydlela pod charitou.**

Co se týče **znevýhodnění** v **sociálních vztazích**, až tady poprvé s nejistotou přiznala, že se **cítí být osamělá**. Opět se to snažila **zamaskovat** tím, že **je ráda, že má** vlastně **klid**. Ale někde „mezi řádky" je poznat, že **by přátelé skutečně chtěla.**

Invalidní důchod a zaměstnání

Respondentka 3 pobírá **plný invalidní důchod**. Je za něj velice **ráda**, protože si **uvědomuje,** že **práce** by pro ni nyní byla **velmi zatěžující**. Dříve **před propuknutím nemoci práci** bez problémů **zvládala**. Do práce chodila ráda. I s **invalidním důchodem** se snažila **naplno pracovat** a chvíli to dle jejich slov **zvládala**. Zřejmě ale i kvůli **přepínání se**, se jí **nemoc** vždy **vrátila** a musela být hospitalizovaná. Poté měla různé **brigády**, kde pracovala sice sama, ale i tak se **necítila dobře** a musela nakonec úplně skončit.

Momentálně je velmi **spokojená** a snaží se **naplno věnovat studiu**. **Studium jí velmi baví**, i když sama přiznala, že je to **náročné**. Moc by chtěla **školu dodělat.** Uvědomuje si, že její nemoc sebou nese určité nevýhody, které jí studium občas stěžují. Vyjádřila **přání** se více **učit** a hlavně **přinutit se učit**. I se samotného rozhovoru je místy poznat určitý **deficit v kognitivní oblasti, narušení výbavnosti paměti** a **nesoustředěnost**. A sama Respondentka 3 si je vědoma toho, že člověk nemocný schizofrenií často trpí **abulií**, což učení zrovna nepomáhá. Lépe zvládat tyto neduhy její nemoci jí pomáhá také fakt, že má ve škole **režim.**

Co se týče stigmatizace v práci, v pracovních vztazích, řekla, že většinou nepracovala ve větších kolektivech, takže tam žádný problém nezaznamenala. Ale teď, ve škole musí čelit různým **narážkám, osočováním** a někdy i **šikaně ze strany spolužaček.** Dříve, dokonce **bydlela na koleji se třemi děvčaty**, ale docházelo k **nedorozuměním** a proto pravděpodobně nyní bydlí jen s jednou spolubydlící.

V této části poprvé přiznala, že **má opatrovnici**. Vyjádřila **obavu** z blížícího se **soudního procesu**, který rozhodne o tom, jestli bude opatrovnice i nadále za Respondentku 3 rozhodovat a spravovat její finance. Projevila upřímné **přání** moct za sebe sama rozhodovat a **nemít opatrovnici.**

Resocializační zařízení

Respondentka 3 velmi **uzavřená.** Již výše jsem zmiňovala, že nenavštěvuje resocializační centrum a nevidí v tom žádný smysl. Využívá však alespoň **služby sociálních pracovníků. Pomáhají jí** například **s přihlašováním** předmětů a přednášek.

Na otázku, co jí pomáhá se začleňováním mi odpověděla pouze tichem. Tuto otázku zřejmě velmi neřeší. Velice jí však pomáhá, že je **věřící** a chodí do kostela. Chtěla mi to říct už dříve, ale měla **velkou obavu**. Nakonec se však k tomu odhodlala.

Přání a tužby

V části Přání a tužby se opakují témata, které již Respondentka 3 zmiňovala v rozhovoru dříve. Nejvíce ze všeho touží po tom **najít si partnera**. Potom se opět s velkou důležitostí objevuje téma studia a **přání dostudovat.**

Dále by si přála, aby její **rodina byla zdravá. Rodinné vztahy** tady opět hodnotí velmi **ambivalentně.** Přiznala, že by si **přála**, aby bylo mezi **ní a rodiči více pochopení.** Uvedla, že, kdyby bylo možné vrátit čas, snažila by se určitě s rodiči **lépe vyjít.** V dětství totiž prý **neměli** velmi **dobré vztahy** a nebylo mezi nimi porozumění.

Jako poslední uvedla, že by si moc **přála věnovat se opět hudebnímu nástroji.**

4.1.4 Respondent 4

„Tichý, skromný a klid vyzařující chlapík s krásnou duší“

„Ať položí otázku, dostane odpověď“

Respondent 4, se s diagnózou paranoidní schizofrenie potýká již 18 let. Rozhovor probíhal osobně v jedné psychiatrické ordinaci. Atmosféra byla velmi uvolněná a poklidná. Původně mi bylo sestrou sděleno, že Respondent 4 velmi pravděpodobně nezvládne celý rozhovor v kuse a budeme ho muset možná rozdělit na dva krát. (Kvůli rychlé unavitelnosti a špatné soustředěnosti). Na konec jsme však vše s přehledem zvládli. Z rozhovoru s Respondentem 4 jsem odcházela úplně „vyklidněná“ a bez jakýchkoliv obav co bude nebo co by mohlo být.

Bydlení

Respondent 4 bydlí v **charitním bytě** společně **s dvěma spolubydlícími**. Každý má svůj pokoj, společné mají sociální zařízení a kuchyň. **Úklid** těchto **společných prostor dělají společně.** Respondent 4 je s **bydlením spokojen**. Bydlení ve třech má výhody i určité nevýhody, ale Respondent 4 je spokojen. Jeho **přátelé** sice za ním pořád chodí a **chtějí s něčím pomoct**, ale Respondent 4 si na tento fakt zvykl. Ocenil by určitou dávku **soukromí,** ale ve výsledku mu to nevadí. S přáteli si pomáhají **navzájem. Svěřuje** se jim **jen občasně,** ale vždy u nich najde **pochopení**. I když Respondent 4 potřebuje pomoct například s **půjčením peněz, spolubydlící** mu vždy **pomůžou**. Respondent 4 je relativně samotářský typ, uvědomuje si však **důležitost sociálního kontaktu** a rozhodně by **nechtěl bydlet** sám. *„Měl bych **z toho strach**. Potřebuji nějaký kontakt s civilizací.“*

Respondent 4 měl velmi dlouhý a **plíživý začátek nemoci.** Nemoc se dle jeho slov rozvíjela velmi dlouho, což obecně bývá velmi nepříznivý faktor v prognóze nemoci. Po propuknutí nemoci měl velmi **silné vizuální halucinace. Dnes** mu to přešlo do **formy hlasů. Halucinace** mívá jen **občasně.** S **hlasy** se naučil žít, protože **je má pořád.**

Vztah / vztahy obecně

Respondent 4 neměl zkušenost se vztahem před propuknutím onemocnění. Až jako **nemocný měl pár vztahů**. Teď momentálně **vztah nemá** a dalo by se říct, že je s touto **situací smířen**. *„Já to beru jako vývoj, který vlastně už je zakončený, přes ten život, co jsem zažil.“* **Všechny vztahy** se mu **rozpadli**. Vždy šlo o **nepochopení ze strany partnerky.**

Co se týče rodinných vztahů Respondenta 4, situace není o moc lepší. Dá se předpokládat (dle indicií), že rodina Respondenta 4 nechápe. S **matkou se nevídá vůbec,**

s **otcem** pouze **jednou za půlroku.** Velmi **zřídka** se vídá se **svojí sestrou**. Má totiž dle jeho slov děti a nemá čas. Je tedy velmi pravděpodobné, že v rodině **nejsou dobré vztahy** a ani **porozumění**. Je možné, že nemoc Respondenta 4 jeho **rodinu stigmatizuje,** a proto se nestýkají. Sám Respondent 4 říká: „*Rodiče mě prostě už i vychovali tak nějak a pustili do světa a nechávají to takhle plynout.*" Z těchto slov je trochu cítit výčitka. I když z rozhovoru by se dalo říct, že ani Respondent 4 nevyvíjí nějaké velké úsilí, aby rodinu kontaktoval. *„Jako telefon na mě mají všichni."*

V oblasti přátelských vztahů je to už o poznání lepší. Respondent 4 sice využívá pouze individuální a **terénní služby resocializačního centra**, ale je vidět, že i to mu velmi pomáhá. I když je často velmi **uzavřený** a **o svých problémech moc nemluví**. Hodně mu dle jeho slov prospívají **procházky se sociální pracovnicí**, které plně **důvěřuje**. Náladu mu pomáhají **zlepšovat** také jeho **spolubydlící.**

Respondent 4 je velmi poklidný a spiritualitu vyzařující pán. Má velmi **rád přírodu** a **poslech hudby** a v jeho **samotářském způsobu života** mu pomáhá **duchovní literatura** a také **víra v Boha**. Ale je si vědom toho, že se o tom s lidmi nedá hovořit, protože většina lidí jsou ateisté a **nechápou to.**

Medikace a hospitalizace

Respondent 4 byl kvůli své nemoci **mnohokrát hospitalizován**. Zhruba tak 10krát, ale pokaždé byl hospitalizován **dobrovolně**. Měl chvíli **zkušenost i s životem na ulici.** Jednu dobu v létě dokonce **žil** i tři měsíce **v lese**. Se svojí nemocí se potýká již 18 let a za tu dobu již má na svoji nemoc určitý náhled. Uvědomuje si, že potřebuje **pravidelně brát svoje léky,** mít **výživnou stravu** a mít **pravidelný režim**. Je to pro něho velmi důležité.

Jeho **medikace** se mu několikrát **měnila** a měl **velmi silné vedlejší účinky**. Zvyknout si na medikaci bylo pro něho velmi těžké. *„Několik let to byli **šílené muka**, než si na **to člověk zvykne**. Opravdu to byli muka."* Dnes je však za dřívější **hospitalizace** a medikaci rád a **schvaluje je**. Občas sice má **neklid** a **bolest žaludku**, ale vnímá potřebu léky brát. „*Sice mi po nich není nejlépe, ale potřebuji ty léky."*

Kvůli vedlejším účinkům také jednou **na rok vysadil medikaci**. Měl přítelkyni a byl hodně **emocionálně oploštělý.** A podle jeho slov si **chtěl užít vztah** s přítelkyní. „*jak jsem si našel **pravidelný denní režim**, vyvařovat, **starat se o přítelkyni** (úsměv), tak mi to tak nepřišlo."* Nakonec však museli být **hospitalizováni oba**. Poté začal znovu pravidelně brát medikaci. Po vysazení léků se mu totiž **rozjeli** velmi silné **vizuální motorické halucinace.**

A i dnes musí brát léky opravdu pravidelně. *„Mě stačí 1 den si nevzít pravidelný léky a už se mi rozjíždí vizuální halucinace.“*

Obavy a stigmatizace

Obavy Respondenta 4 se dříve týkali hlavně **hlasů a halucinací.** Respondent 4 i dnes pořád žije s **neustálými hlasy**. „*Sice na mě všechno mluví, ale na to jsem si zvykl.“* Rozdíl pociťuje teď poslední dobou. Dříve ho hlasy **obviňovali a byli proti němu** a měl z nich šílený strach. Teď poslední dobou má však jen **hlasy dobré**, což ho uklidňuje. Říká, že tento rok mu **nastal plán**, že mu hlasy slíbili, že pokud bude plán dodržovat, všechno bude v pořádku. Respondent 4 by chtěl **přestat kouřit** a **přestat pít alkohol** a **je odhodlán** to začít dodržovat.

Kromě obav z halucinací má ještě velké **obavy z agresivity**. Měl zkušenost s tím, že na něj byl někdo agresivní. Jinak má dle jeho slov Respondent 4 velmi **silnou výdrž**, a vydrží mnoho. „*Já jsem držák, já vydržím něco. Být venku třeba dva tři roky není problém, čtyři roky vydržím výt venku, ale to bylo moc na mě.*“ Kvůli tomu, že Respondent 4 má hlasy neustále je však možná i varianta, že šlo o nepříjemnou **zkušenost s bludem.**

Respondent 4 sice řekl, že **komunikovat s lidmi mu nevadí**, ale vyjádřil **obavu** při **komunikaci na úřadě.** V těchto případech by byl v budoucnu rád za **asistenci**. Dále má **obavu z většího společenství lidí.**

Stigmatizaci ve zdravotnictví nepociťuje a je s **lékařskou péčí** velmi **spokojen.**

Invalidní důchod a zaměstnání

Respondent 4 má **plný invalidní důchod.** Je s ním **velmi spokojen**. I když **dříve** chodil do **práce velmi rád.** Dělal dvě zaměstnání. Učitele a montážního dělníka. Při **práci učitele** měl velkou **obavu**, že to nezvládne. **Práce** ho však **velmi bavila**, ale bohužel kvůli svojí **nemoci byl vyhozen z práce**. Druhá práce Respondenta 4 také **velmi bavila**, možná ještě více. „***montážního dělníka*** *jsem dělal* ***hrozně rád.*** *To byla* ***fyzička v pořádku****, tak to* ***psychicky fungovalo taky skvěle.“*** Bohužel se však **zranil** a poté byl **dlouho na neschopence.** Na to **dostal invalidní důchod** a na něm zůstal. Pravděpodobně se **bál** že **o něj přijde**. Poté měl už jen **nějaké občasné brigády.**

Pracovní **aktivizace podle něj smysl má**, ale bohužel dnes **práci nezvládá fyzicky** a ani **duševně.** *„nedokážu ani číst knížku pořádně. Špatná koncentrace a je to všechno v tahu.“*

Resocializační zařízení

Respondentovi 4 velmi **pomáhá** při začleňování **terénní služba charity.** Dvakrát týdně za ním i spolubydlícími jezdí na *„**debaty** a vzájemnou pomoc“*. Tuto **službu velmi oceňuje**. *„já jsem rád, že si mám s kým popovídat“*. Jinak spolu **s lidmi z charity** chodí na již zmiňované **procházky**, na které se Respondent 4 těší asi nejvíce. Sociální pracovníci jim pomáhají i s jinými činnostmi, pokud něco potřebují. Například s hledáním bydlení. Respondent 4 **zvládá doma věci dělat sám** a zvládá si sám i uvařit.

Na otázku, jaké by to bylo, kdyby za ním nedocházeli, odpověděl, že by určitě docházel do centra za sociálním pracovníkem on sám. To je velmi pozitivní aspekt. Tady je skutečně vidět, že Respondent 4 má zájem **o sociální kontakty** a nemá strach z komunikace s jednotlivci. **Bojí se** pouze většího **společenství lidí**, a proto **nedochází** na již **zmiňované aktivity.**

Přání a tužby

V této poslední části rezonuje hlavně téma vyrovnání se s nemocí. Respondent 4 je se svojí **nemocí srovnaný** a momentálně cítí vlastně určitou spokojenost. „*To nejhorší jsem si prožil při propuknutí onemocnění před 18 lety, a to bylo absolutní dno a teďka to jde nahoru.“* Má **vizi nového života** a opět vyjádřil obrovské **odhodlání plnit svoje nové předsevzetí.** Moc by ho potěšilo, kdyby se mu podařilo přestat kouřit a pít.

4.1.5 Respondentka 5

„Možná nesvéprávná, ale někde tam v nitru správná“

„No svoboda. Ať žije Havel.“

Respondentce 5, byla diagnóza paranoidní schizofrenie stanovena od 18 let**. Od 18 let** také pobírá **plný invalidní důchod**. Se svojí **nemocí** žije **oficiálně 23 let. Psychiatricky** však byla **léčena** údajně již **od svých čtyř let. Trpí** také **poruchou osobnosti**, neuvedla však konkrétní typ. Rozhovor probíhal osobně v Olomouci v psychiatrické ordinaci. Atmosféra byla trochu napjatá. V průběhu rozhovoru totiž Respondentka 5 několikrát **impulzivně projevila** svoje rozladění z některých otázek, které se ji nezdáli. Poté se ale vždy omluvila. Bylo to však po většině pouze v případech, kdy se otázky opakovali, ale byli formulovány jinak, aby skutečně doplnili dané téma. To svědčí o tom, že Respondentka 5 správně logicky uvažuje, byla koncentrovaná a plně vnímala co se jí ptám.

Respondentka 5 podle jejich slov má **špatně vyvinutou jednu část mozku**. Přesto však extrémně rychle mluvila, rychle myslela a reagovala na otázky. Velice pohotově odpovídala a některé její odpovědi připomínali „myšlenkové trysky“. Co však bylo pro ni obzvlášť typické, je to, mluvila velice nahlas. Po celou dobu rozhovoru měla stejně silnou intenzitu hlasu. Rozhovor byl nejdelší ze všech, nabídla mi většinou i příběhy nad rámec, ve kterých zároveň bylo množství cenných informací navíc, které poté pomohli analýze. Přepis rozhovoru a analýza rozhovoru však poté vyžadovala dva krát více času než u ostatních rozhovorů.

Bydlení

Respondentka 5 bydlí v **bytě se svojí spolubydlící,** s kterou **mají společné sociální zařízení**. Momentálně však bydlí na hotelovém pokoji, kde je sama, protože v jejich bytě probíhá rekonstrukce. Hned ze začátku projevila **nespokojenost** se svojí **spolubydlící.** Problémem je úklid společných prostorů. Respondentka 5 respektuje nařízení a **každý den po sobě uklízí koupelnu**, ale její spolubydlící to každý den odmítá dělat. To **Respondentku 5 však demotivuje.** V momentálním náhradním bydlení, kde je nyní sama, tento problém nemá. **Respektuje nařízení hotelu**, a **každý den koupelnu dezinfikuje**. *„Protože to musím odevzdat v takovým stavu, v jakým mě tam strčili.“* Tady je vidět, že Respondentka 5 se **snaží dodržovat pravidla** a **respektovat autoritu**. Možná i **kvůli nespokojenosti se spolubydlící uvažuje** o tom, že by **jednou chtěla bydlet sama**. Dříve si to Respondentka 5 **neuměla**

představit. „*Ze začátku jsem vyšilovala, když mě dali na jednobuňku.“* Ale dnes **o samostatném bydlení** často **přemýšlí.**

Dalo by se říct, že Respondentka 5 vůbec neměla lehký život. Dětství měla velmi nešťastné až smutné. Dle mého názoru byla opravdu psychicky deprivována a zanedbávána. Její **matka**, i tím, že **také trpěla paranoidní schizofrenií,** se o **ní nestarala** a velmi se o ní nezajímala. „*mi stačilo **jedno autíčko na celé dětství**“*. I po úrazu, který **ji způsobila spolužačka ve škole,** s ní šla její matka k doktorovi až po půl roce, kdy už měla ruku špatně srostlou. Také mezi řečí uvedla, že má **jen pár tříd základní školy.** Respondentka 5 nakonec skončila **v psychiatrické léčebně**, kde si jí podle jejich slov chtěli nechat **na doživotí.** Strávila tam **7 let** a za tu dobu z **léčebny 32krát utekla**. Respondentka 5 měla i **zkušenost s bezdomovectvím.** *„**Schizofrenie se projevila ve 24 letech**, pod mostem. Když mi ten policajt v civilu vyhrožoval, že mě nechá roztrhat, mě i psa.“*. Poté se dostala i do **věžení** a tam se její nemoc ještě zhoršila a **prohloubila.**

Z popisování určitých událostí mi bylo opravdu smutno. V době, když byla bez domova, jí dle jejich slov **policajti každý den posílali** sanitkou **na psychiatrii**. Pokaždé ji však vždycky **vyhodili z příjmu**. Zřejmě kvůli **poplatkům** a **bezdomovectví.** Situace se naštěstí změnila v roce 2013, kdy dostala **ochrannou léčbu**, která **trvala 2 roky**. Od té doby se léčí a pravidelně bere léky.

Poté měla zkušenost ještě **s různými typy ubytoven** a s noclehárnami, chvíli bydlela i na Azylu. Kvůli **pomluvám ostatních** ji na některé ubytovny nechtěli ubytovat. S pomocí opatrovnice požádala o byt a bylo jí vyhověno. Nyní je s typem bydlením spokojena.

Zřejmě od začátku ochranné léčby má Respondentka 5 opatrovnici. Dříve měla jinou, a s tou spokojena nebyla. Obecně ale lze říct, že Respondentka 5 si **nerozumí s více lidmi,** takže je otázkou, kde byl skutečně problém. Popisovala však situaci, kde by se dalo věřit spíše Respondentce 5. Momentálně však vyjádřila **spokojenost se** svojí **opatrovnicí.** *„ona je hodná“, „ona se mi sama nabídla, že mi ušetří na ledničku. Zaplatila **poslední milostní léto poslední četě exekucí**“*. Je vidět, že fakt, že Respondentka 5 má opatrovnici, má příznivý vliv na její život. **Opatrovnice rozumně nakládá s penězi** Respondentky 5 a postupně jí pomáhá splácet dluhy, soudy a **exekuce**, které se ji za dobu neléčení nastřádali. Nyní je situace lepší, a bude **možné ušetřit** i **na lednici**. Později možná i na samostatné bydlení, které by si Respondentka 5 tak přála.

Vztah / vztahy obecně

Co se týče rodinných vztahů, již výše jsem nastínila, že Respondentka 5 neměla na rodinu zrovna štěstí. S **matkou** se dnes **nevídají**, dle jejich slov **ji nechce vidět**. **Vídá** se pouze **s otcem**, za kterým **jednou měsíčně dojíždí**. Občas jí **dává materiální dary**. Z popisu komunikace Respondentky 5 s tátou je však vidět, že v jejich vztahu je určité neporozumění z obou stran. I Respondentka 5 **mluví o** svém **otci s ambivalencí**. Zároveň za ním jezdí a volá mu, ale zároveň je si vědoma toho, že v **dětství jí nevěnoval potřebnou péči.** Otec je k ní zlý a někdy zas hodný. Přeje si, aby se Respondentka 5 **chovala slušně.** Velmi pravděpodobně cítí také **výčitky kvůli svojí dceři,** a právě proto jí kupuje různé věci. Z rozhovoru je patrné, že otec jí chce pomoct a podpořit jí, ale jsou tam přítomné určité nevysvětlené události nebo zranění, které oboustranně narušují vztah.

V partnerských vztazích Respondentka 5 také neměla moc štěstí. Měla **zkušenost** se **dvěma vztahy,** ale partnerovi pokaždé šlo **o nějakou výhodu**. Respondentka je dnes se **vztahů otrávená** a **znechucená** a žádný **vztah nechce**. *„A žádnej **vztah nemám** a nechcu. A ne a ne a ne. Já chcu být sama, vždyť by mě vyžírali.“*

Přátelské vztahy bohužel také nejsou ideální. Respondentka 5 **nemá přátelé.** Je **z lidí zklamaná** a **znechucená**. *„Nemám přátelé, ani o ně nestojím.“* Skutečnost, že **je nesvéprávná**, nepomáhá její situaci zlepšovat. *„nikdo se se mnou nebaví, každý mi nadává do debilů a do kreténů.“* Uvedla, že každý se jí **posmívá** a proto, že je nesvéprávná, se **jí lidé vyhýbají**.

Lépe zvládat situaci jí pomáhá **zdravotní sestra**. **Využívá její služby** a je s ní v kontaktu a **často jí volá**. **Volá** také svému **otci**. Je vidět, že ze strany Respondentky 5 je tam určitá **snaha o sociální kontakt**. **Sestru** však také bere **s ambivalencí**. Na jedné straně o ní pořád mluví a volá jí. Dalo by se říct, že **jí** vlastně **považuje za přítelkyni**. *„Napíšu sestře, a aj dobrou zprávu, ne jenom špatnou.“* Ale na druhé straně o ní říká, že se na ní nemůže spolehnout a nemůže ji důvěřovat. **Důvěřovat** dle jejich slov **nemůže nikomu**.

Medikace a hospitalizace

Na otázku kolikrát byla Respondentka 5 **hospitalizovaná**, mi odpověděla: *„**Asi miliónkrát,** když to řeknu ironicky.“* Má zkušenost i s nedobrovolnými i s dobrovolnými hospitalizacemi.

Již výše jsem zmínila, že Respondentka 5 se léčí a od nařízení léčby bere pravidelně medikaci. **Medikace** jí byla **mnohokrát měněna**. Z rozhovoru je patrné, že má **hlasy pořád**.

Pravděpodobně proto, že jí dříve také **některé léky nezabírali**, podstoupila také elektrokonvulzivní terapii – **léčbu šoky**. Tato léčba jí dle jejich slov **velmi pomohla** a **byla účinná**.

Bohužel, **hlasy** a **také bludy** jsou však **přítomné pořád**. Co je horší, Respondentka 5 má **silné imperativní halucinace**, které ji často něco přikazují. Přikazují ji například skočit z okna, nebo **někomu ublížit.** *„Kdybych chtěla někoho zabít, tak bych letěla do fakultky na pohotovost.“* Tyto **krizové situace** se naučila **řešit pohotovostí**, kde jí vždy dají **něco na uklidnění** a **uklidní ji také vlídným slovem.** A jako sama říká, naučila se, že špatný **hlasy má ignorovat**. *„já ty zlý neposlouchám“, „když mi to přikáže skočit z okna, tak to neudělám, tak zavřu okno a je klid.“*

Důležité je také zmínit, že Respondentka 5 si uvědomuje, že s hlasy by **neměla mluvit nahlas**. Ví, že to pro ostatní vypadá zvláštně a sama **nechce vypadat divně**. Snaží se, aby se neodlišovala od ostatních.

Co se týče vedlejších účinků, měla **více nežádoucích účinků**. Například ***„stropky“*** jak sama říká, že jí šli oči v sloup nebo se nemohla vůbec hýbat, protože **měla akinezi. Určité léky odmítla brát**, protože jí **opravdu nedělali dobře** a měla strašné **tlaky do hlavy,** takže bylo potřeba je vyměnit. **Na lék na upokojení** má dnes již bohužel **závislost.** Uvedla: *„**rivotril** už nikdy nesmím vysadit, jinak bych umřela na **abst'ák.**“* S medikací je spokojená a uvědomuje si nutnost brát léky. Plně **respektuje svého psychiatra** a má v něho **také důvěru. Jiným psychiatrům** však velmi **nedůvěřuje**.

Obavy a stigmatizace

Asi největší obavou Respondentky 5 jsou **obavy z halucinací** a **bludů.** Respondentka 5 **žije s neustálými hlasy**. Má **obavu z různých bludů.** *„když jdu spát, tak zatáhnu žaluzie, aby mě nějaký magor neustřihl hlavu.“* Nebo má například strach chodit po mostě, aby jí něco neodtáhlo. Uvedla také, že má **strach z boha**. Nedávno měla dokonce **obavný depresivní blud**, že se zničí Evropa ještě za jejího života. **Imperativní halucinace** má na denním pořádku. *„mě něco furt rozkazuje a tělo se zvedne proti mé vůli a jde uklidit ten bordel, nebo vařit čaj a kávu.“* Již jsem zmiňovala, že Respondentka **ignoruje špatné hlasy.** I tak je tady však pořád přítomné **určité nebezpečí.**

Nejvíce mě asi překvapilo, že v průběhu rozhovoru se objevovala téma strachu z psychicky nemocných lidí. Podobné narážky jsem z počátku nebrala moc v potaz, ale na konci rozhovoru jsem si uvědomila, že Respondentka 5 má skutečně **obavu** z **psychicky**

nemocných lidí a vyhýbá se jim. *„Ale já mám z těch bláznů strach.“* A když jsem se Respondentky 5 zeptala, co by poradila člověku se stejnou nemocí, odpověděla: *„už o nich nemluvte, já z nich mám strach.“*

U Respondentky 5 jsem zaznamenala velmi silný **respekt k autoritám**. **Respektuje nařízení hotelu**, nebo svého psychiatra, zdravotní sestry, či opatrovnice. *„řekla, že ty léky mám brát ve svůj vlastní prospěch. Tak je radšij beru,* ***abych neskončila v ústavu****.“* Dle mého názoru dříve Respondentka 5 taková nebyla, ale protože si prošla psychiatrickou léčebnou, životem na ulici i vězením, je teď vděčná za to, co má a nechce o to přijít. *„teď, když nejsu bezdomovkyně a jsu doma, tak se mi vracejí vzpomínky“*

Co se týče stigmatizace, Respondentka 5 pociťuje **stigmatizaci v sociálních vztazích**. Uvedla dokonce, že pociťuje diskriminaci. Lidé na ní pohlížejí nevraživě a s odsouzením. Ve zdravotnictví měla zkušenost, že jí **vyhrožovali násilím,** aby si **nechala píchnout léky.** To však odmítla a **utekla jinam**. Od té doby **je u svého psychiatra** a **jiného nechce**. Jiné **znevýhodnění ve zdravotnictví nepociťuje.**

Invalidní důchod a zaměstnání

Respondentka 5 má **plný důchod.** Je s ním i s jeho výší **spokojena**. **Dříve** byla **schopna pracovat**, ale **bála se**, že **přijde o důchod. Dnes** již práci **nezvládá. Uvědomuje si**, že momentálně **pracovat** by bylo pro ní **velmi obtížné**. Když doma uklízí, je velmi rychle unavená. „*když běhám v zimě, tak je mi zle a mám pocit, že vyplivnu plíce, a když běhám v létě, tak doběhnu kousek a pak už nemůžu.“*

S prací měla zkušenost jen jednou, když utekla z psychiatrického zařízení a byla nucena **pracovat kvůli hladu**. „*jsem načerno* ***zametala chodníky****, abych měla co jíst.“*

Resocializační zařízení

Respondentka 5 se dle jejich slov **cítí být začleněna do společnosti**. Velice si cení **svobodu** a **nezávislost**. Pravděpodobně právě proto, že byla 7 let zavřená v psychiatrickém zařízení, kde měla být na doživotí. **Resocializační zařízení nenavštěvuje** a **nevyužívá** ani **žádné aktivity.** Pouze **psychiatra a zdravotní sestru**. Při kladení otázek typu co má ráda, mi často krát odpověděla s hněvem a podrážděním, že nic. Z této odpovědi bylo cítit jakési **naštvání** a **možná zklamání životem. Aktivity** prý podle ní **nemají smysl** a žádné **aktivity dělat nechce**. Zprvu to vypadalo, že je skutečně jenom **pasivní**, jak říká, ale nakonec jsme našli pár věcí, které Respondentce 5 dělají radost. **Moc ráda** poslouchá **rádio**, protože **má ráda dobrou hudbu**. Ještě více jí **zlepší náladu**, když si pustí rádio na mobilu **přes sluchátka.**

„Sluchátka na mobil a zlepší se nálada. Protože nikdo neslyší, co poslouchám.“ Řekla s důrazem a lehce povznesenou náladou. Také se **zajímá o politiku** a má o ní velmi dobrý **přehled.** Dříve **moc ráda cestovala** a **byla vášnivou čtenářkou**. Bohužel, u všech aktivit, které řekla, se vzápětí vyskytlo určité **znechucení** a **otrávení**. *„ale teď jsem ten kazeťák strčila zpátky do krabice, protože mě to přestalo bavit.“*

Přání a tužby

V této části byla Respondentka 5 velmi skeptická. Na moji otázku, jaké přání by měla, kdyby jí někdo nabídl, že jí je za noc splní, mi odpověděla: *„Tak bych ho poslala víte kam, protože je to divný.“* Je vidět, že Respondentka 5 si pravděpodobně uvědomuje, že se svojí nemocí odlišuje od ostatních. A právě proto se snaží držet „při zemi“ a **vyhýbá se** jakýmkoliv **divným věcem**. Překvapila mě také tím, že **ve svém životě by nic neměnila.** Ani **teď,** ani **v minulosti.**

Respondentka 5 je sice možná svérázná, někdy **impulzivní** a **prchlivá**, ale několikrát projevila i svoji citovou stránku. Nejvíce to bylo poznat, když popisovala, jaké by to bylo u doktora: *„oni by mě tam nacpali diazepam, uklidnili by mě, rozesmáli, já bych se uklidnila a šla bych domů“* Z těchto slov je skrytě poznat, že touží po přijetí, vřelém slovu a bezpečí. I když jí část mozku nefunguje jak má, umí dle mého názoru velmi dobře **odhadnout lidi** a hlavně **umí ocenit hodné lidi**: *„a teď tam jsou hodné opatrovnice a mám z nich velkou radost, teď jsou tam samé nové hodné opatrovnice.“*

4.1.6 Respondent 6

„Locus of control zatím jinde“

„Jsem prostě jinej“

Respondent 6 - 24letý svobodný mladík **trpí** diagnózou **paranoidní schizofrenie 4 roky.** Rozhovor probíhal opět v psychiatrické ordinaci, kam se dostavil i se svojí přítelkyní. Oba totiž trpí schizofrenií a před rozhovorem byli objednáni na depotní injekce antipsychotik. Atmosféra se mi zdála zpočátku trošku hektická, protože jsem si nebyla jistá, kolik času mi mladík věnuje a zda stihneme celý rozhovor. Poté, co se však Respondent 6 ujistil, že mě skutečně zajímá jeho příběh, se atmosféra uvolnila a myslím, že byl nakonec rád, že jsme si příjemně popovídali.

Bydlení

Respondent 6 momentálně **bydlí se svojí přítelkyní u svých rodičů**. Dříve bydleli u rodičů jeho přítelkyně. Dnes je jich **v domácnosti celkem šest osob**. Takže relativně velká rodina. Hned na začátku projevil Respondent 6 **touhu bydlet jen sám se** svojí **přítelkyní**. Bydlení v šesti osobách sice má i svoje **klady, nemusí se** například **starat o jídlo,** o vaření, o úklid domácnosti, ale chtěli by s přítelkyní svoje soukromí a svůj vlastní klid. Na druhé straně, velkým problémem je, že se **vůbec nezapojuje do chodu domácnosti.** O **byt se stará děda** a **matka Respondenta 6.** Jeho **matka** se **stará o celou rodinu**, ale má to dle mého názoru negativní vliv na jeho samotného. Je to pravděpodobně jakási **ochranná bublina**, kdy rodič dělá pro své nemocné dítě vše, a co nejvíce se snaží, aby jeho nemoc znovu nepropukla. Jenže tím, že Respondent 6 se do chodu **domácnosti nezapojuje vůbec, nepřímo podporuje jeho pasivitu.** I Respondent 6 si je **sám vědom** toho, že by **se** rozhodně **měl více zapojovat**: *„Můžu lenošit, no. Ale to je zase na druhou stranu právě že špatně.“* Také jeho **ošetřující lékař mu doporučil dělat** nějakou **aktivitu**. To však Respondent 6 prozatím **odmítá.**

Co se týče samostatného bydlení s přítelkyní, nelze říct, že by byl pasivní a nechával věci náhodě. Dle jeho slov se oba snažili získat pronájem bytu, ale **kvůli své nemoci** o tuto možnost **přišli**. Protože oba pobírají **invalidní důchod, byt jim odmítli pronajmout.** Tady jsem zaznamenala trochu přítomný rozpor. Respondent 6 sice na jedné straně říká, že by ze svým důchodem **zvládl utáhnout byt i sám**, ale v průběhu rozhovoru prohodil, že **momentálně nemá finanční prostředky**. Takže by to pro něj byla určitě zátěž.

Vztah / vztahy obecně

Co se týče intimních vztahů, Respondent 6 **měl před nemocí zkušenost s** jedním **nezávazným vztahem. Po propuknutí nemoci** měl **jeden vážnější vztah**. Nevzpomíná naň však v dobrém. Měl zhruba o dvacet let **starší partnerku**, která byla vlastně **alkoholička.** „*byla hrozná, byla to alkoholička a **dělala mi těžký nervy**“*. Jeho nemoc se v té době znovu v plné síle projevila. Dalo by se říct, že **vinu za zhoršení svého stavu** a následnou **hospitalizaci** dává své tehdejší **přítelkyni.** *„vlastně se mi to aj skrz ni vrátilo“*. Tady jsem poprvé zaznamenala určitý náznak **zbavení se zodpovědnosti za svoji nemoc**, ale nepřikládala jsem mu větší význam.

Momentálně teď má Respondent 6 jiný vztah. Se svojí přítelkyní je **velmi spokojen.** V jejich vztahu je vzájemná **podpora a porozumění**. Již jsem zmínila, že **jsou oba schizofrenici**, mají dokonce stejný typ paranoidní schizofrenie, což jim dle Respondenta 6 **pomáhá lépe si porozumět.** *„teďka nám to spolu vyhovuje, jeden držíme druhého, takhle si vidíme do hlavy, jsme oba dva schizofrenici.“*

Vztahy s rodiči jsou podle Respondenta 6 **průměrné.** Sám Respondent 6 je většinou hodnotí **ambivalentně**, nebo občas i přímo negativně. Na otázku, jak hodnotí společné bydlení, Respondent 6 odpověděl *„Jo, perf (záraz), perfektně asi.“* To byla první známka toho, že v rodinných vztazích asi něco nebude v pořádku. **Matka** Respondenta 6 **má jiného partnera**, kterého Respondent 6 podle všeho ale přijal, protože ho nazývá taťkou. Moc o něm však nemluví, takže to nelze říct s jistotou. Svého **skutečného otce neviděl od** svých **3 let**. Až v pozdějších částech rozhovoru se ukázalo, v čem pravděpodobně vězí problém. **Rodiče Respondenta 6 nutili**, aby **dodělal střední školu**. Studium však musel kvůli nemoci předčasně ukončit. Respondent 6 měl bohužel také **zkušenost s drogami**. Poté se jeho stav ještě zhoršil a **rodiče mu dali na výběr.** Buď to **půjde na hospitalizaci**, nebo **ztratí střechu nad hlavou**, což **také málem stalo**. I když si Respondent 6 plně uvědomuje, že hospitalizace byla v té době skutečně nutná, pořád je z jeho slov cítit lehkou zahořklost a křivdu vůči rodičům.

Že by však rodinné vztahy byli pouze špatné, to nelze říct. Respondent 6 **svojí rodině důvěřuje**: „*přítelkyni důvěřuju a svojí mamce a vlastně celé té rodině.“* Ze slova *„té“* jde sice trochu poznat určité „odosobnění“ se od rodiny, ale podle neverbální komunikace soudím, že své rodině skutečně důvěřuje. Také s **dědou,** který je **nemocný schizofrenií** si rád **popovídá**.

Vztahy s přáteli jsou relativně dobré. Respondent 6 má **pár bližších přátel,** s kterými oba i se svojí přítelkyní rádi **tráví společný čas**. Problém je však v tom, že Respondent 6 si rozumí pouze ze „svými" lidmi nebo s lidmi se stejnou nemocí jako má on. Ostatním cizím lidem se vyhýbá. Má **strach z většího společenství lidí.** Trpí **sociofobií.** Velmi specifický je také jeho názor na tento svět: *„z této společnosti **nemám moc velkou radost**. Ani nemám chuť se tam vracet a se začleňovat."*

Medikace a hospitalizace

Respondent 6 byl **hospitalizován** celkem **2krát.** U **obou hospitalizací** tvrdil, že byly **dobrovolné,** ale při dalším zjišťování a doptávání řekl, že úplně tak dobrovolné nebyli. *„Kdybych tam nešel, tak jsem na ulici."*. Již výše jsem psala, že **rodiče** Respondenta 6 vlastně **k hospitalizaci** donutili, což je celkem pochopitelné, obzvláště když se k psychotickému stavu **přidaly drogy**. Respondentovi 6 se rozjela schizofrenie již na střední škole, kde ho **kolektivně šikanovali**, ale když školu předčasně opustil, příznaky na nějakou dobu odezněli. **Do školy** mezi lidi **chodit nechtěl**, ale rodiče ho **nutili,** aby **školu dodělal.** To se z pohledu rodičů taky dá pochopit, že chtěli pro svého syna vzdělání, které mu dnes chybí. Jistě si v té době neuvědomovali, že situace je tak vážná. A v té době také nikdo nevěděl, že se jedná o schizofrenii. Respondent 6 však tuto **situaci vidí jinak**: „*já jsem na té škole vůbec nechtěl být skrz ty spolužáky a **rodiče mě tam prostě drželi násilím**, dalo by se říct."* Školu však poté musel předčasně opustit. **Vinu** za nemoc dává **nepřímo rodičům:** *„Jestli nedoděláš školu, tak vypadneš z baráku, a tak dál. Takže kdybych tu školu opustil ve druháku, tak by k té schizofrenii ani nedošlo."*

Po předčasném ukončení školy schizofrenní symptomy na chvíli odezněli a opět se u Respondenta 6 objevili v práci při neporozumění s kolegy. V tomto období měl v rodině také **7 úmrtí** a to nemoc Respondenta 6 **znovu odstartovalo** a musel být hospitalizován. Sám uznává, že **obě hospitalizace** ho skutečně **stabilizovaly a pomohly mu.**

S medikací je to u Respondenta 6 trochu komplikovanější. Nenazvala bych ho úplně „ukázkovým pacientem". Začal brát **antipsychotika** v práškách, které pravděpodobně nějakou dobu bral. Ale potom je **kvůli alkoholu vysadil.** Záhy na to byl hospitalizován podruhé a byl mu předepsán stejný typ antipsychotika, ale v **depotní injekci**. |Bylo to pravděpodobně **kvůli nekázni** a tomu, že **vysadil medikaci**. Tu mu však museli po 4 týdnech **vyměnit** kvůli vážným nežádoucím účinkům. Potýkal se s **přílišnou spavostí,** dle jeho slov až se **spánkovou paralýzou**. Měl taky **akatizi,** kterou popisoval tak, že se nemohl

vůbec pohnout. I dnes je ještě hodně spavý. „*Většinou spím furt, teďka jsem taky prospal dva dny. Jak kdy. Někdy mě to vyčerpává a někdy zase dva dny funguju.“* Ale tento problém již není tak akutní.

Přemýšlí nad tím, jestli by se mu jeho **nemoc vrátila**, kdyby teď **neabsolvoval depotní injekci.** *„já jsem už aj původně vysadil léky, a **celýho půlroku to bylo dobrý**, než mi ta bývalá přítelkyně **dělala nervy**.“* Toto uvažování ho však dříve přivedlo na špatnou cestu a medikaci skutečně vysadil. Sám přiznal, že léky vysadil proto, aby mohl pít. *„Tak ona pila hodně alkohol, a já jsem ještě **míchal alkohol s těma lékama**, takže jsem se na to vykašlal a přestal jsem to prostě brát.“* Toto neuvážené chování však v jeho případě vůbec nebylo na místě, protože s každým dalším relapsem se zhoršuje prognóza nemoci. Myslím si, že pro jeho vlastní dobro je velice přínosné, že medikaci má v podobě depotních injekcí. Co se týče **antidepresiv,** ty také vysadil, protože **nepociťoval žádné rozdíly**.

Dříve v psychotickém stavu míval Respondent 6 **halucinace** a **bludy** a **trpěl paranoiou.** Z **halucinací** a **hlasů měl obavy.** To ale **po nasazení léčby odeznělo**. Zůstali mu však **špatné nálady**. V životě ho hodně obtěžuje **emoční oploštělost,** s kterou se potýká denně. Je to pro něj velká překážka v životě a v komunikaci s lidmi. V rozhovoru to bylo velmi časté téma. Jeho přítelkyně si na to, že není schopen vyjádřit emoce a **neví,** jak se **u příslušného typu emoce má tvářit**, naštěstí již zvykla. Jeho výraz tváře mnohdy neodpovídá příslušné emoci. *„pak se podívám do zrcadla a zjistím, že se tvářím jako nájemný vrah, úplně zamračenej.“* Popisuje také silnou **anhedonii**, **není** tedy **schopen pociťovat radost**. Respondent 6 si myslí, že ke schizofrenii má **přidruženou také poruchu osobnosti**. Zatím to ale nemá potvrzeno. Z popisu jeho příznaků se však zdá, že si skutečně prošel změnou osobnosti. *„dříve jsem byl takovej **hodně usměvavej**…úplně hodňoučkej kluk, až příliš hodnej. A **teďka** jsem takový **mrzout** prostě, až **nervák** kolikrát.“*

Obavy a stigmatizace

Asi největší obavou Respondenta 6 je **obava z většího společenství lidí**. Měl také **strach** ze **šikany ve škole**, později i v práci. **Problémy v kolektivu** měl už od střední školy. Co je však pozitivní je to, že se nevyhýbá lidem úplně. **Se** svými **známými lidmi nemá problém komunikovat.** *„Mezi ty svoje lidi to jsem neměl problém vůbec, ale s tím ostatním kolektivem už mám právě od té střední školy problémy.“* Respondent 6 mívá **někdy úzkosti** a také vyslovil **obavu** z toho, že by mu jeho **onemocnění mohlo** znovu **propuknout.**

Uvedl také, že měl velké problémy **s nemocí se vůbec začlenit do společnosti.** Co se týče **stigmatizace**, tu silně pociťuje **v sociálních vztazích**, dříve hlavně v zaměstnání. **Práci** musel právě **kvůli své nemoci**, **nepochopení kolektivu,** různým slovným i **fyzickým potyčkám**, **opustit.** Již výše jsem zmiňovala také znevýhodnění v **oblasti bydlení**, kdy Respondent 6 přišel o možnost pronájmu samostatného bydlení kvůli invalidnímu důchodu.

S **lékařskou péčí** je Respondent 6 **spokojen** a **nemyslí si**, že by byl **kvůli své nemoci nějak znevýhodňován.** *„**Psychiatra jsem si vybral dobře** a už takhle lékařskou péči jsem od té doby moc neměl.“* Přiznal, že **lékařskou péči** u jiných lékařů momentálně **zanedbává.** Například **zubaře** či **praktického lékaře**.

Invalidní důchod a zaměstnání

Respondent 6 pracoval minimálně ve **třech firmách**. **Do práce chodil rád.** *„já jsem měl **stoprocentní docházku** za ty **dva roky**.“* Bohužel, vždy byl podle něj problém v **nepochopení** a **šikaně ze strany kolegů**. Což je ale zajímavé, Respondent 6 popisuje, že mu **vyhovovalo**, když pracoval **v kolektivu s ženami.** V té době neměl v práci žádné potíže. Je vidět, že **je ještě mladý** a **o ženy se zajímá.** *„Já jsem chodil **kecat s kolegyněmi**.“* Jakmile ho však přesunuli **na pracoviště s muži**, **okamžitě nastali potíže.**

Již kvůli zmiňované **obavě z většího společenství lidí nemůže** Respondent 6 dnes **vykonávat zaměstnání**. Respondent 6 popisoval velký **problém s koncentrací na pracovišti:** *„nemohl jsem se absolutně soustředit na práci, už jsem si **připadal jak debil**, že tu **práci** třeba **ovládám na 100 %,** ale v ten moment mi to úplně vypadlo z hlavy, co mám dělat.“* Nepochopení ze strany kolegů, šikana a různé narážky v práci. To všechno vedlo ke **konfliktům na pracovišti**, dokonce k jeho **impulzivitě** a vyústění ve **fyzickou potyčku.** „*Kolega tam na mě začal řvát a schytal to ode mě a pak jsem utekl.“*

Poté byl Respondent 6 **hospitalizován**. Po stabilizování jeho zdravotního stavu se opět **pokoušel vrátit do zaměstnání**. **Do práce** ho však už **nechtěli kvůli** jeho **nemoci vzít.** Jak sám říká: *„Práce byla asi **moje jediná záliba**, do té doby, než to vypuklo.“* **Poté** mu přiznali **plný invalidní důchod.** S důchodem je **velmi spokojený**. *„jsem rád, ačkoliv mě ta **práce docela chybí**.“*. Momentálně se **poohlíží po pracovních nabídkách**, ale uvědomuje si, že mu na vykonávání určité pozice **chybí odpovídající vzdělání.**

Se svojí situací je Respondent 6 **spokojen tak *„napůl“***. Přál by si chodit do práce. **Fyzickou práci zvládá** bez problémů. Ale uvědomuje si, že jeho **sociální fobie** a **strach z kolektivu lidí** je pro něj velkou překážkou. Již několik krát se pokoušel zvládnout to

v nějakém jiném zaměstnání, ale **nemoc** se mu vždy **vrátila. Nad řešením** situace **přemýšlí,** ale zatím bohužel bez úspěchu. *„já bych se na jednu stranu rád vrátil do práce, ale **musela by** to **být** fakt **moje vybraná**, **mezi cizími lidmi to nevydržím**.“* Ocenil by také, kdyby měl v zaměstnání **svoji skupinu lidí**.

Resocializační zařízení

Respondent 6 spolu s přítelkyní dříve **navštěvovali resocializační centrum celkem často**. V té době ho však měli poblíž bydliště. Potom, co se přestěhovali, však **centrum navštěvují jen občasně**. **Museli** by totiž **dojíždět.** Aktivity tohoto centra **sice dříve moc nevyužívali,** ale často se **ke skupince lidí přidali** alespoň na procházky, povídání nebo na nějaké **společné výlety**. Respondent 6 sám řekl, že **mezi lidmi s podobnou nemocí se cítí dobře.** „*mezi těma lidma se taky cítím jaksi svůj, víc, **nemám ty obavy z těch lidí**.“* Uvědomuje si, že se svým způsobem odlišuje od zdravých lidí. *„**jsem prostě jinej**“*

Mimo jiné chodí Respondent 6 také na **psychoterapie.** Je to z toho důvodu, že mívá **výbuchy nálad**, je **nervózní z jiných lidí**, emocionálně nestabilní a **často udělá scénu**.

Zdá se, že co se týče aktivit, je Respondent 6 momentálně spíše **pasivní.** *„většinou **sedíme doma** a **čumíme do telefonu**.“*. Kromě toho ještě občasně **tráví čas na počítači** nebo u **televize**. Na počítači **hraje virtuální hry**, to mu vždy **pomůže zlepšit náladu** a **zapomenout na traumata**. Občasně se věnuje také s**amostudiu. Zajímá se o svoji nemoc** a snaží se o ní dozvědět co nejvíce. Z rozhovoru se mi zdálo, že **dříve** byl Respondent 6 i s přítelkyní mnohem **aktivnější. Chodili na společné procházky**, na **bazén**, do Zoo. Velmi pravděpodobně je to způsobeno také tím, že momentálně **nemají resocializační centrum v blízkosti**. Oba mají tendence uzavírat se před cizími lidmi do ústraní, a nemá je co motivovat nebo aktivizovat.

Je tady však jedna aktivita, které se Respondent 6 i se svojí přítelkyní v poslední době věnují. **Scházejí se** společně **se svými blízkými přáteli**, **poslouchají hudbu** a **popíjejí alkohol.** Sám Respondent 6 uvedl, že spolu popíjejí pořád. **S alkoholem** i **abstinenčními příznaky měl problémy již dříve**. A teď, když nepracuje, má **spoustu volného času**, který **vyplňuje právě pitím**. Právě to je jedním z důvodů, proč by chtěl zpátky do práce. *„(Povzdech) **Hlavně abych neměl čas dělat blbosti**, když mám vlastně hromadu času.“*... *„**Bych možná ani tolik nepil**...musím tím pitím akorát zahánět ten čas.“*

Přání a tužby

V závěru rozhovoru Respondent 6 znovu projevil **touhu po společném bydlení** se **svojí přítelkyní**. Také by si moc přál, kdyby **jí mohl vzít** na nějakou **skutečnou pořádnou dovolenou.**

Respondent 6 měl v životě hodně špatných a nepříjemných událostí, od šikany ve škole, přes šikanu v práci, s nemocí související neporozumění v rodině, vztah s alkoholičkou. Sedm úmrtí v rodině pro něj také muselo znamenat obrovské trauma. Všechno jsou to nepochybně spolu působící stresory, které pomohli odstartovat jeho nemoc. Nikde v rozhovoru jsem však **nezaznamenala,** že by Respondent 6 za svoji **nemoc vzal vlastní zodpovědnost.** Přece jen, měl zkušenost také s drogami, které jeho zdravotní stav zásadně ovlivnily a také zhoršily. A možná právě ty po biologické stránce nejvíce rozjeli už probíhající proces nemoci. Nezaznamenala jsem však ani zmínku uvědomění, že by Respondent 6 mohl udělat něco jinak, třeba lépe. Většinou z vypuknutí svojí nemoci obviňoval ostatní – rodiče, bývalou partnerku, spolužáky nebo spolupracovníky.

V závěru rozhovoru mě však mile překvapil, když řekl: *„V minulém životě bych **neseděl furt u počítače**, protože **kvůli tomu jsem měl problémy tenkrát se začleněním** do společnosti.“* A to byla právě ta větička, na kterou jsem celou tu dobu čekala. Malá jiskra uvědomění, že právě člověk sám nese zodpovědnost za svoje rozhodnutí a činy. Tady poprvé připustil, že za svoji nemoc může být spoluzodpovědný.

4.1.7 Respondent 7

„Po informacích bažící, lidí se stranící"

„Jako spíš mám obavu, že mě bude zdržovat, nebo že to zabere moc času, jako ta komunikace“

Diagnózu paranoidní schizofrenie mu oficiálně stanovili ve 23 letech. Velmi intenzivní psychické potíže má však již od 3 let. Rozhovor probíhal osobně v psychiatrické ordinaci. Atmosféra byla zpočátku celkem přátelská, ale později, když jsme narazili na určité témata, které byli pro Respondenta 7 citlivé, atmosféra trochu „zhoustla“. Potom co jsme však změnili téma, bylo opět vše v pořádku a rozhovor jsme mohli v klidu dokončit.

Bydlení

Respondent 7 - **53 letý svobodný pán** bydlí spolu s dvěma spolubydlícími v **charitním bytě.** Každý má svůj pokoj, ale **sociální zařízení** mají **společné.** O **společné prostory** se **starají všichni. Pokoj** si **uklízí** Respondent 7 **sám.** S **typem bydlení** je **spokojen**. Na svého **extravertního spolubydlícího** si již zvykl, i když by **raději bydlel sám**. *„No, **to pozitivum není**. Samozřejmě ideálně je bydlet sám, to je přirozený“* Respondent 7 je spíše samotářský typ**. Samota** je mu **přirozená** a vyhledává ji. **Rád si čte knížky**, které **má** také dokonce **na mobilu** a rád **hledá informace na internetu**. Co se týče **inteligence,** je **velmi sečtělý,** dokáže opravdu mluvit o jakýchkoliv tématech a také velmi **logicky uvažuje**. Jako sám řekl: *„čtu si knížky, nebo se snažím si něco číst a internetu, prostě **abych byl v obraze**, abych **věděl, co se děje ve světě** a tak, jo.“* Je skutečně poznat, že téma studia mu není cizí, má totiž také **vystudovanou vysokou školu ekonomie**.

Pozitivní je, že Respondent 7 si **váží**, že má vlastně kde bydlet. *„Tak já si myslím, že **klad** je to, že mám **střechu nad hlavou**“* I když řekl, že kdyby mohl, moc **rád by bydlel v 1. patře** nebo **v přízemí.** V domě totiž **není výtah**, a dělá mu značné **problémy vyjít schody**. *„Bydlím ve **4. patře** a tam se špatně vychází ty schody.“* Dalo by se říct, že kvůli schodům Respondent 7 **nevychází příliš často ven**. Nemá moc pohybu a je pasivní. **Stěžuje si** na častou **únavu** a **přibývání na váze**. Dříve prý **prudce přibral** po jednom léku, ale dnes však podle jeho slov kvůli lékům nepřibírá. Je to z důvodu nedostatku aktivity. „*to není kvůli lékům, to je **kvůli tomu, že bydlím ve 4. patře**“*.

Vztah / vztahy obecně

Respondent 7 **nikdy neměl intimní vztah**. Důvodem byla **sociální fobie**, kterou trpí. **Nelze říct**, že by se **vyhýbal vztahům**, ale vyhýbal se celkově lidem. **Nechodil** vůbec **do společnosti.** V minulosti prý měl **velké problémy z komunikací s lidmi**. Častokrát byl v komunikaci **nejistý, bezradný** a **měl velký strach.** *„Takže ti **lidi útočili**, protože samozřejmě útočí na někoho, kdo je nejistý, jako ty šelmy, že jo jako“*. **Dnes** však svojí situaci hodnotí lépe. S narůstajícím věkem **umí lépe komunikovat s lidmi.** *„Jak stárnu, tak umím líp komunikovat, takže **mám míň konfliktů, míň problémů, s lidma**. Už taky vím, na koho si dát pozor a komu se vyhnout.“* Umí lidi **lépe odhadnout** a v **komunikaci je více opatrný**.

Přátelé podle jeho slov **má.** *„ale zase není to takový, **že bych** je **potřeboval vidět každý den**.“* Z Respondenta 7 často vyzařuje jakýsi **emoční chlad**, když mluví o lidech, o vztazích nebo o komunikaci s lidmi. Je to pravděpodobně dáno jeho nemocí, která způsobuje emoční otupělost. A možná také právě sociální fobií, která mu nedovoluje se k lidem dostat blíž. Z rozhovoru často vyzařuje **nedůvěra v lidi**, někdy jsou přítomné známky určitého **pohrdání lidmi** či **nadřazeností** Respondenta 7. Zdá se mi, že **lidé a jejich problémy** mu **nepřijdou důležité**. Povzbuzující však je, že na lidi úplně nezanevřel. Má **jednoho dobrého známého**, kterého sice, jak říká, nemusí vidět každý den, ale občas se potkají. Je v tíživé životní situaci, bez domova a je vidět, že Respondent 7 **pro něj má pochopení**. I když sám Respondent 7 má **nedostatek peněz, občas mu přispěje.** *„vlastně nemá žádný příjem a je mu už kolem 50 tak ta fyzická kondice není taková, on dělal celý život fyzicky, ale to už teďka jde těžko.“*

Co se týče **důvěry**, Respondent 7 sice řekl, že **důvěřuje sociálním pracovníkům**. Ale je to důvěra **v rámci možností**. **Se sociálním pracovníkem řeší** společně **spíše praktické věci.** *„Ale že bych měl **někoho**, komu jako **plně důvěřuju,** to asi **ne**.“*

Rodiče Respondentovi 7 již bohužel **zemřeli**. Mluvil o svojí matce a nevlastním otci na začátku v anamnéze. Měl **velmi silnou genetickou zátěž**, co se týče nemoci. Jeho **matka trpěla** prý celý život **schizofrenií,** a **léčila se** až ve velmi **pozdním věku**. Takže prakticky byla **celý život neléčena**. Bylo to **z důvodu stigmatizace rodiny**. *„Byla to jiná doba a schizofrenie bylo velký stigma. V té době se za duševně nemocného celá rodina styděla“* Tento fakt však bohužel velmi ovlivnil i Respondenta 7. Byl **vystavován matčiným úzkostem** a **její neléčenému stavu**. Rozhodně to pro něho bylo velmi **stresové prostředí.** Jak jsem již výše zmiňovala, měl **intenzivní příznaky** schizofrenie již **od 3 let.** Psychiatra

však také **kvůli stigmatizaci nenavštívili**. Až poté, co se Respondent 7 **ve 20 letech** více **osamostatnil**, navštívil poprvé **psycholožku.** Od **23 let** pak **začal chodit k psychiatrovi**.

Bohužel, Respondent 7 také uvedl, že minimálně **3 matčiny sestry mají** také **diagnózu schizofrenie** a **jeho bratranec spáchal sebevraždu**. **Genetická zátěž** v rodině je tedy velmi **silná.**

O rodině již pak vůbec nemluvil. Rychlou a ráznou odpovědí naznačil, že **v rodinných vztazích nebylo** asi něco **v pořádku**. Z rozhovoru však nebylo ani patrné, jestli s někým z rodiny vůbec nějaký kontakt udržuje.

Medikace a hospitalizace

Respondent 7 byl **2krát hospitalizován**. S **první hospitalizaci** byl **spokojený**. **Druhou hospitalizaci** však už **tak pozitivně nevnímal**. *„tak poprvé jsem to vnímal pozitivně, to mě dost **pomohlo**, podruhé jsem to považoval za **3 ztracené měsíce víceméně**“*. V rozhovoru dost dlouho **balancoval nad smyslem druhé hospitalizace**. Jednou vyjádřil názor, že **2. hospitalizace** ho vlastně **v ničem nepoškodila**, poté zas řekl: *„No né jako byla to nuda a bylo to **úplně k ničemu**.“* Poté projevil **nespokojenost** s vedením **skupinové terapie** a s tím, že si myslí, že byla vlastně špatně vedena. Obecně lze říct, že Respondent 7 je **dost kritický** a jeho projev někdy může vyznít jako **mudrování**, nebo jakési filozofování. Zároveň je ale velice **inteligentní**, psychologické tematiky znalý. Takže pravda může být pravděpodobně na obou stranách. Je však ale také možné, že v té době **neměl** správný **náhled** na svoji **nemoc** a neuvědomoval si, co se děje. Nasvědčovala by tomu právě **razantní změna medikace**. *„Sebrali mi ten olanzapin a dali mi jinej lék podruhý“*. Nebo také to, že Respondent 7 si myslí, že terapie vlastně nebyla nutná. *„já jsem vlastně měl **terapii**, kterou jsem moc **nepotřeboval**“*.

Medikace se mu několikrát **měnila**. I teď mu dle jeho slov **razantně změnili medikaci**. Tentokrát to však bylo kvůli tomu, že na jeho **starý lék zavedli doplatek**. Respondent se totiž potýká s problémem **nedostatku financí**. Otázku peněz řeší denně. V rozhovoru to bylo jednoznačně jeho nejčastěji řešené téma. A právě kvůli penězům je nyní nutné změnit **medikaci,** která mu **10 let vyhovovala**. S medikací, kterou měl doposud, však **vyjádřil spokojenost**. Je **spokojen** také **s lékařskou péčí** a **nepociťuje žádnou stigmatizaci** v oblasti **zdravotnictví.**

Rozhodně se však Respondent 7 neobešel bez vedlejších účinků léků. Když začal brát léky, **přibíral na váze**. Začal také **těžko dýchat** a **těžko se pohyboval**. Nutno říct, že i dnes **má velmi málo pohybu** a **nedělá žádnou fyzickou aktivitu.**

Respondent **7 uvažoval** nad **vysazením medikace**. *„uvažoval, dokonce jsem to **zkusil**, ale byli nějaký (nedopovězeno)"*. Poté začal být trochu **podrážděný**, takže jsme pokračovali dále v jiných otázkách. **Důvod vysazení medikace** tedy **nevím**, ale důležité je, že Respondent 7 po této přestávce v medikaci léky opět začal brát. *„já jsem neměl léky nějakou dobu, ale pak jsem se zase k tomu vrátil"*

Obavy a stigmatizace

Největší obavou Respondenta 7 je **obava z nedostatku peněz**. Je to momentálně jeho nejvíce tíživý problém. **Dříve** tuto **obavu neměl**, měl spíše **obavy**, že si **nenajde vztah**, že **nebude mít intimní život** a že si **nenajde práci**. Ale jak sám říká: *„A vlastně **všechny tyto obavy se naplnili** a dnes mám jedinou obavu, že **nebudu mít prachy** na **jídlo**, jo a **na bydlení**"*. **Obava,** že si **nenajde práci** mu bohužel zůstala dodnes. Nutně si **potřebuje najít** nějakou **práci** nebo **brigádu**. **Otázka hledání práce** je pro Respondenta 7 opravdu velmi **stresující**. Má velký problém si najít práci. *„s pracovníkem charity jsem **3 roky, nebo skoro 4 řešil najít si práci**, jo. Povedlo se mi to asi po 3,5 roce nebo po 3 letech nebo tak nějak a tu **práci jsem ztratil po dvou měsících**"*. Respondent 7 má totiž **velké problémy s pamětí.** Dokonce i **s krátkodobou.** *„Někdo mi něco řekne, vzápětí to zapomenu. **Nemám paměť na nic**, ani na data, ani na fakta a ani na tváře"* Oslovují ho lidi a on neví vůbec odkud. Říkal, že s někým se dokonce **seznámil 3x krát.** V práci mu to dělalo velké potíže. *„**zapomínal jsem věci, který mám dělat**, jo, byl nějaký přesný postup, jo, jako, nějaké činnosti jo a zapoměl jsem to, **zapoměl** jsem **jedinej důležitej detail** a už to nešlo"*. **Vlivem stresu**, který měl **v práci**, pak dělal ještě více chyb. Velkým problémem v práci byla také jeho **sociální fobie** a **problém s komunikací s kolegy.**

Nutno však dodat, že i přes všechny obavy, které dnes Respondent 7 má, řekl, že se dnes cítí rozhodně **lépe než ve 20 letech**. *„**fyzická síla se ztrácí**, **intelektuální schopnosti se ztrácí**, ale zase jsem **spokojenější** a **míň je takové nejistoty**, jakoby"*.

Invalidní důchod a zaměstnání

Respondent 7 má sice **částečnou invaliditu**, ale **invalidní důchod nepobírá**. **Pobírá** jen **dávky hmotné nouze.** Dle jeho slov **neodpracoval roky**. U tohoto tématu byl Respondent 7 velmi **ambivalentní**. Sám řekl, že to také souvisí s tím, že **nebyl schopen se vyrovnat** se

svojí nemocí. Pořád **věřil,** že si **práci najde**. Na druhé straně však tvrdí, že by mu s **velkou pravděpodobností vyšší stupeň invalidity přiznali**, ale prý **by se** jeho **ekonomická situace nezlepšila**. V těchto náležitostech se nevyznám, ale cítila jsem z toho určitou **obavu o invalidní důchod** vůbec **požádat**. Respondent 7 **to pravděpodobně ani nechce zkusit**. Roli tady podle něj hraje to, že **neodpracoval roky**, nebo je tam ještě **nějaký jiný problém**. Dle mého názoru je to velká škoda. Respondenta 7 totiž velmi **trápí otázka nedostatku financí.** S tím je úzce spojen fakt, že nemůže **najít práci**. *„**najít si práci** prostě **nejde**, jo jako. Nebo je to hrozně těžký“* Je to začarovaný kruh, který by mu dle mého názoru určitě pomohl odstranit **úzkosti a obavy**, které kvůli tomu **pořád pociťuje**.

Respondent 7 **dělal prý různá zaměstnání,** ale moc se neuplatnil. Poslední **práce,** kterou dělal, **byla z nutnosti** a **nenaplňovala ho**. Kdysi však měl **jednu práci**, která ho **velmi bavila**. Pracoval jako **dělník**, ale bohužel selhalo to opět na **neporozumění v komunikaci** a **kolektivu**. Protože se odlišoval od ostatních, **nezapadl do kolektivu** a **dostal vyhazov**. Také na jiných pracovních pozicích měl Respondent 7 problémy. Zažíval **šikanu ze strany kolegů**. V **práci** rozhodně pociťoval **stigmatizaci**.

Práce je pro Respondenta 7 očividně velmi **psychicky zatěžující**. *„Tak samozřejmě, že je to zatěžující, protože tam **musíte komunikovat s lidma** a oni hledají, čekají na každou vaši chybu“*

U tématu zaměstnání a šikany v práci byl Respondent 7 opět trochu **podrážděný**. Určitě měl **hodně nepříjemných zkušeností s lidmi,** a proto **lidem** také **nedůvěřuje**. Ale občas se v některých odpovědích objevuje tendence **obviňování okolí** a **lidí** se svých **nezdarů**. Někdy je přítomná i **paranoia.** Pravda je pravděpodobně na obou stranách. Při otázce, jestli si Respondent 7 myslí, že nemoc ovlivňuje vztahy na pracovišti odpověděl: *„Asi jo, no. Jako **nezapadnu** do toho **kolektivu** a dejme tomu, že se na mě svede něco, co udělal někdo jinej, takže vidí někoho, kdo, rozumíte, někoho, na koho se dá svést něco, co udělal někdo jinej“*. Lze to brát z obou stran. **V práci** mohl být skutečně kvůli své nemoci kolegy **stigmatizován**, ale možná je i varianta, že odmítá vzít za svoje chyby **zodpovědnost.** Například v případě, kdy měl v práci skutečně potíže s pamětí, řekl*: „nakonec mě **vyhodili vůbec z důvodu**, který vůbec nesouvisel se mnou jako“*. Pravda může být i někde uprostřed.

Resocializační zařízení

Respondent 7 **nevyužívá aktivity resocializačního centra**. Využívá však **služeb sociálního pracovníka,** jak jsem již zmiňovala výše. Také využívá **možnost procházky se zdravotní sestrou**. Tuto službu hodnotí **velmi pozitivně.**

Na aktivity je dle jeho slov často **velmi unavený** a má **málo energie**. *„Já jsem většinou jako unavenej, takže jako **chtěl jsem jít na nějakou aktivitu** teď ve středu a **zkrachovalo to na únavě**“*

Myslím si však, že Respondent 7 je **raději sám.** Dokonce řekl: „*možná že **žiju až** (úsměv) **přehnaně společenským životem** na svůj věk. Až je toho moc“* Někdy to působí až tak, že **lidé pro něj nejsou tak důležití,** a **komunikaci s lidmi** se přímo **vyhýbá.** Tuto citaci jsem uvedla také do úvodu, protože je pro Respondenta 7 velmi vystihující. *„Jako spíš mám obavu, **že mě bude zdržovat**, nebo že to **zabere moc času**, jako ta **komunikace**“*

Respondent 7 tráví mnoho času **hledáním informací na internetu**, **studiem, čtením různé literatury**. Pomáhají mu i různé **sociální sítě** a **virtuální hry na internetu.** Takto strávený čas mu přijde využitý.

Sice **nevyužívá aktivity resocializačního centra**, vyjádřil však, že kdyby to bylo možné, **přidal by aktivitu amatérského divadla**. Tady je vidět, že si **uvědomuje své mezery v komunikaci** a v sociálním kontaktu. *„kdybych byl mladší, tak by pomohlo třeba amatérský divadlo, nastudovat si tam nějaký role a **nastudovat si tam nějaký situace**, protože to pomůže třeba v situaci, kdy nevíte, co dělat jako mezi lidma, a teď vám to může naskočit, to je hodně užitečný“* Z těchto slov je poznat, **že chce zlepšovat svoji komunikaci s lidmi** a chtěl by se **učit projevovat své emoce**. Ocenil by **nácvik určitých dovedností** a moc rád by také někdy **absolvoval kognitivně-behaviorální terapii.**

Přání a tužby

V poslední části se více vykrystalizovala témata Respondenta 7. Opět jsou vedoucím tématem **peníze**. Kdyby si Respondent 7 mohl něco přát, přál by si mít peníze a také by si přál, aby se narodil v bohatší rodině. Je potřeba říct, že Respondent 7 **nevnímá potřebu peněz** v souvislosti s **nějakým luxusem**. Jde pouze o to, aby si mohl bez problémů **zajistit primární základní potřeby** pro život. *„přál bych si **mít peníze** jako **nemít nedostatek peněz**“*

Dále by si přál **být mladý** a **vyléčit se ze sociální fobie**. To je podle něj **obrovská překážka v komunikaci s lidmi** a celkově v sociálních vztazích.

Je však cítit určité smíření se se životem a s nemocí, i když je pořád poznat **zklamání** z toho, že si v životě **nenašel vztah**. *„Když je člověk mladej, tak **chce nějaký vztah**, nějakou lásku a tak, jo. Ale to říct jako nesnaž se na něco, protože stejně na to nemáš, abys něco našel, tak tohle říct tomu člověku, je asi **krutý**, rozumíte. Takže, to stejně asi by nechtěl slyšet“*

4.2 Odpovědi na výzkumné otázky

V této části uvedu odpovědi na jednotlivé výzkumné otázky.

4.2.1 Výzkumná otázka 1

S jakými psychickými či sociálními problémy se potýkají lidé se schizofrenií při znovuzačleňování do společnosti?

Odpověď na tuto otázku jsem rozdělila do dvou oblastí, na psychické problémy a sociální problémy. Seznam témat s výskytem je uveden v Tabulka 2**:** Seznam témat u výzkumné otázky 1.

PSYCHICKÉ PROBLÉMY

Mezi psychické problémy nejčastěji patřily uváděné **doprovodné** příznaky nemoci, nejčastěji deprese, úzkosti, anhedonie, úbytek sil a vůle nebo také vnímaný kognitivní deficit. *„Fyzická síla se ztrácí, intelektuální schopnosti se ztrácí“.* Respondenti také uváděli přetrvávající **pozitivní** či **negativní** symptomatiku, dva respondenti popisovali myšlenky na **sebevraždu**. U dvou respondentů jsme se dotkli tématu **abúzu** a abstinenčních příznaků. Do psychických problémů jsem také zařadila **medikaci**, kdy respondenti zmiňovali nejčastěji stížnosti na nežádoucími účinky, myšlenky na vysazení medikace.

SOCIÁLNÍ PROBLÉMY

Větší část témat vznikla v oblasti sociálních problémů. V oblasti **bydlení** se jednalo o nevyhovující bydlení se spolubydlícím, ale i zkušenosti s bezdomovectvím. V tématu **hospitalizace** se objevovala nedobrovolná hospitalizace u dvou respondentů, u jiných respondentů zase kritičnost k léčbě a pocity nepotřebnosti dostávané terapie. *„No, bylo to takový zbytečný, protože já jsem vlastně měl terapii, kterou jsem moc nepotřeboval“.* Téma vztahů jsem rozdělila na **intimní** vztahy**, rodinné** a **přátelské.** V intimních vztazích se objevovala osamocenost, stažení se, problém si najít partnera, ale také problematika sociální fobie. V rodinných vztazích se vyskytovali problémy s vnímaným neporozuměním, donucení, obviňování, ale i ochlazení vztahů. *„Pak mě přivezla nějaký věci a byla jednou u nás a od té doby nekomunikuje. Nevím, co se stalo. Nic jsem jí neudělala. Nevím vůbec“.* Přátelské vztahy jsou také problematické, kdy respondenti cítili méně pochopení, vnímali nekomunikaci, pocity nadřazenosti. To se prolínalo i s dalším tématem, **zaměstnání,** do kterého jsem zařadila problematiku vzdělání i invalidního důchodu. Respondenti uváděli

problémy při zaměstnání jako nezvládání výkonu a zátěže, ale i pocity stigmatizace při snaze o zaměstnání, konflikty s kolegy. „*Když byjste byla bez práce, potřebujete práci, tak předpokládám, že jste zdravá, tak jako najdete okamžitě hned spoustu možných pracovních příležitostí a není to problém“.* Absence zaměstnání je spojena s pocity finančního nedostatku. *„Ale jak je člověk z nižších sociálních vrstev, tak ten život stojí většinou za hovno“.*

Co se týče **podpůrných programů** a služeb, respondenti uváděli, že služby moc nevyužívají, nebo dokonce že nemají smysl, nebo se jim nechce. *„Nemá to smysl“. „Inač tam nič nevyužívam. Nemám tu potřebu“.*

Velké téma **stigmatizace** se dotklo téměř všech respondentů. Uváděli vyhýbání od okolí, dokonce i nadávky nebo již šikanu na střední škole. *„Každej se mě posmívá. Protože jsu nesvéprávná“.* Silným tématem bylo nepochopení. *„Tak většina těch zdravých lidí nepochopí, co se takhle tomu druhému honí hlavou, když tam vypíná jističe, že ho sledují mimozemšťani“.*

		R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
Psychické	abúzus		x			x	x	
	doprovodné příznaky	x	x	x	x	x	x	x
	medikace	x	x	x	x	x	x	x
	negativní příznaky			x				
	pozitivní příznaky	x				x		x
	suicidium	x				x		
Sociální	bydlení			x	x	x	x	x
	hospitalizace	x		x		x	x	x
	intimní vztah		x	x	x	x	x	x
	podpůrné programy			x	x	x	x	x
	přátelský vztah		x	x	x	x	x	x
	rodinný vztah	x		x	x	x	x	x
	stigmatizace	x	x	x		x	x	x
	zaměstnání	x	x	x	x	x	x	x

Tabulka 2: Seznam témat u výzkumné otázky 1

4.2.2 Výzkumná otázka 2

Které faktory jim pomáhají v resocializaci?

Téma druhé výzkumné otázky jsem rozdělila do několika oblastí. Uvedené oblasti přikládám v Tabulka 3**:** Seznam témat výzkumné otázky 2. Z odpovědí respondentů, vyvstalo mnoho pomáhajících faktorů. Některé byli pro většinu respondentů stejné, jiné byli naopak, typické například pouze pro jednoho respondenta.

POMÁHAJÍCÍ FAKTOR: vztah/podpora lidí

Téma **vztahů, podpory blízkých a** přátel je jednoznačně nejčastějším pomáhajícím faktorem při resocializaci respondentů. Všech 7 respondentů uvedlo, že je pro ně vztah a podpora od lidí důležitá. Partnerský vztah mají sice pouze 3 respondenti ze 7, ale ostatní 4 respondenti uvedli, že je pro nich důležitá podpora lidí z okolí. I v případě, že se vyhýbají kontaktu s lidmi, každý z nich uvedl, že využívá služby sociálního pracovníka. 1 respondentka projevila silnou nedůvěru v lidi, ale stejně se u ní projevila silná potřeba kontaktu alespoň se sociální pracovnicí nebo s nemocničním personálem.

POMÁHAJÍCÍ FAKTOR: aktivity/koníčky

Aktivity nebo různé koníčky či činnosti jsou druhým nejčastějším pomáhajícím faktorem v resocializaci respondentů. Všech 7 respondentů ze 7 uvedlo, že se věnují nějakému koníčku, který jim pomáhá lépe se vyrovnat s nemocí. Pouze 2 respondenti ze 7 navštěvují psychosociální centrum, kde společně dělají různé aktivity. Ostatních 5 respondentů dělá aktivity samo nebo s blízkými přáteli, či sociálními pracovníky.

POMÁHAJÍCÍ FAKTOR: lékařská péče/spokojenost s medikací

Třetím nejčastěji se vyskytujícím pomáhajícím faktorem byla **spokojenost s lékařskou péčí,** či s medikací. I přesto, že u většiny respondentů se vyskytli nežádoucí účinky, vyjádřili s medikací spokojenost. Všech 7 respondentů mělo zkušenost s vysazením medikace, většina si však na základě nepříjemné zkušenosti, která následovala potom, uvědomila nutnost medikaci brát. Všichni respondenti momentálně užívají medikaci a s lékařskou péčí jsou spokojení.

POMÁHAJÍCÍ FAKTOR: motivace/přání

Zdá se, že spiritualita, různé **přání** a **cíle** v životě jsou pro lidi nemocné schizofrenii také velmi důležité. 5 respondentů z 7 uvedlo, že má v životě nějakou podobnou motivaci**,** která jim pomáhá vyrovnat se s nemocí a lépe se zařadit do společnosti. Či už je to **víra** v

boha, nebo nějaké vyšší cíle, předsevzetí, které by chtěli v životě dodržet. Jsou pro ně určitou hnací sílou, která jim dělá život lepším a hezčím.

POMÁHAJÍCÍ FAKTOR: spokojenost/náhled na nemoc

Mít **náhled** na nemoc je také důležitý faktor v hodnocení **spokojenosti** života respondentů. 5 lidí ze 7 uvedlo, že jsou momentálně se svým životem spokojení a cítí se lépe, než v době, když jejich nemoc vypukla. Pomáhá jim v tom fakt, že jsou buď to se svojí situací již smířeni, nebo také to, že mají na svoji nemoc náhled a také nadhled.

POMÁHAJÍCÍ FAKTOR: invalidní důchod

Plný **invalidní** důchod pobírá celkem 5 respondentů ze 7 a všichni s ním projevili spokojenost. Jeden respondent pobírá pouze částečný invalidní důchod a také projevil velkou spokojenost a vděčnost. *„Bez něj by to nešlo, že jo. Celý svůj příjem, takový jako mám teď, bych si asi nezaopatřil kvůli těm omezením zdravotním“*. Rozhodně tedy lze říct, že pobírání invalidního důchodu je jistota, která lidem se schizofrenií velmi znatelně usnadňuje život. Jeden respondent invalidní důchod nepobírá a potýká se kvůli tomu s velkými finančními potížemi. U tohoto respondenta jsou zas pomáhajícím faktorem sociální dávky, které pobírá. V životě mu sice pomáhají, ale rozhodně mu nepřináší tolik jistoty, jako invalidní důchod.

POMÁHAJÍCÍ FAKTOR: zodpovědnost

Nutno říct, že toto téma se objevilo pouze u jednoho respondenta ze 7. Je však velmi silné a v rozhovoru se objevovalo velmi často. **Zodpovědnost**, síla jeho vůle a výdrž jsou jednoznačně pomáhajícími faktory, které respondentovi umožňují lépe se vyrovnat s nemocí. Tento respondent je si plně vědom toho, že právě on je ten, kdo rozhodne o tom, jaký život bude žít.

POMÁHAJÍCÍ FAKTOR: hospitalizace

Dalším pomáhajícím faktorem je **hospitalizace**. 6 respondentů ze 7 přímo uvedlo, že svoji hospitalizaci hodnotí pozitivně nebo že na ně měla příznivý vliv. Většina hospitalizací respondentů byla dobrovolná, a ti, kteří uvedli, že měli zkušenost s nedobrovolnou hospitalizaci, později hodnotili tuto zkušenost také jako pozitivní. *„Je dobře, že jsem tam byl ty tři měsíce“..„dali mě tam dohromady“. Jeden respondent uvedl, že měl zkušenost ze 4 nedobrovolnými hospitalizacemi, ale při další hospitalizaci začal získával náhled až nakonec získal náhled úplně.„Pátá, už jsem začínal trošku přemýšlet o tom jinak a tadle ta poslední, tam jsem si to šel užít (smích)“*.

POMÁHAJÍCÍ FAKTOR: dodržování pravidel

Pouze u 2 respondentů ze 7 se objevilo téma důležitosti **dodržování pravidel.** 1 Respondentka měla však velmi silnou tendenci dodržovat jakékoliv nařízené pravidla, respektovat svého psychiatra a obecně autoritu. Šlo o nesvéprávnou respondentku, která měla sedmiletou zkušenost s pobytem v psychiatrickém zařízení. Zřejmě právě kvůli dřívějšímu omezování její svobody se dnes snaží pravidla dodržovat. *„Tak je radšij beru, abych neskončila v ústavu“*.

POMÁHAJÍCÍ FAKTOR: zaměstnání

Již výše v části invalidní důchod jsem uvedla, že jeden respondent ze 7 pobírá částečný invalidní důchod. Tento respondent má **práci** dlouhodobě a hodnotí to jednoznačně jako pomáhající faktor. *„I když někdy se nechce, člověku je blbě, že jo, ale to, že si tam odbyde nějakej čas, tak za prvé z toho má příjem, a za druhý, kvůli tomu musí nějak přizpůsobit nějakej režim, že jo, takže rozhodně to má jako přínos hodně velkej“*.

POMÁHAJÍCÍ FAKTOR: život s hlasy

Tohoto tématu se nějakým způsobem dotkli 3 respondenti ze 7. Pro jednoho Respondenta je pomáhajícím faktorem pouhá **nepřítomnost** hlasů. U dalších dvou Respondentů však jsou hlasy přítomné pořád. Jeden respondent uvedl: *„Předtím to bylo, že všichni byli proti mně, a tento rok se mi prostě nastal plán, když ho budu dodržovat, tak hlasy mi slíbili, že všechno bude v pořádku“*. Pomáhajícím faktorem pro tohoto respondenta je tedy přítomnost *„dobrých hlasů“* a nepřítomnost obviňujících hlasů a vizuálních halucinací. Další respondentka se s hlasy potýká denně, ale naučila se s nimi žít a ty špatný nevnímá.

POMÁHAJÍCÍ FAKTOR: podpora v bydlení

4 respondenti ze 7 uvedli, že mají **podporu v bydlení**. 3 z těchto respondentů bydlí v charitním bytě a mají spolubydlící, 1 respondentka bydlí na koleji a má také spolubydlící. Tato možnost zázemí má na tyto respondenty jednoznačně pozitivní vliv.

POMÁHAJÍCÍ FAKTOR: nesvéprávnost

2 respondentky ze 7 uvedly, že jsou **nesvéprávné**. Pouze jedna však uvedla, že to, že je nesvéprávná a že má opatrovnici ji umožňuje mít lepší život. Vnímá to jako velkou pomoc v životě. *„Opatrovník mě zachránil“*. Opatrovnice, která se o ní stará teď, jí pomáhá lépe hospodařit s penězi, splácet dluhy a exekuce. Další Respondentka subjektivně hodnotila

nesvéprávnost spíše jako negativní faktor v jejím životě. Já z pohledu výzkumníka to však i v její případě hodnotím jako jednoznačně pozitivní faktor.

POMÁHAJÍCÍ FAKTOR: pravidelný režim

Více než polovina respondentů uvedla, že jim v resocializaci pomáhá **pravidelný režim**. *„Prostě jsem potřeboval zvyknout si na denní režim, na pravidelnou stravu, pravidelnou medikaci, prostě to tak hodit do těch zajetých kolejí“*

	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7
aktivity/koníčky	x	x	x	x	x	x	x
dodržováni pravidel		x			x		
hospitalizace		x	x	x	x	x	x
Invalidní důchod		x	x	x	x	x	x
lék. péče/medikace	x	x	x	x	x	x	x
motivace/přání	x	x	x	x	x		
nesvéprávnost			x		x		
podpora v bydlení			x	x	x		x
pravidelný režim	x	x	x	x			
spokojenost/náhled	x	x	x	x	x		x
vztahy/podpora lidí	x	x	x	x	x	x	x
zaměstnání		x				x	
zodpovědnost		x					
život s hlasy				x	x	x	

Tabulka 3: Seznam témat výzkumné otázky 2

4.2.3 Výzkumná otázka 3

Čeho se nejvíce obávají lidé se schizofrenií při znovuzačleňování do společnosti?

Téma obav jsem také roztřídila do několika okruhů, Jsou to bludy/halucinace, komunikace/sociální kontakt, ataka, práce, úzkost/strach, ztráta blízkých, nedostatek peněz, přepracování, samota a ztráta invalidního důchodu.

OBAVA: bludy/halucinace

Obava z bludů a halucinací se vyskytuje u respondentů nejčastěji. 5 respondentů ze 7 uvedlo, že má tuto obavu. Přítomnost bludů a halucinací i ve fázi remise se objevila u 3 respondentů, přičemž u 2 respondentů velmi silná. Respondenti však postupně získávají na přítomnost svých hlasů určitý náhled. *„mě furt něco rozkazuje a tělo se zvedne proti mé vůli a jde uklidit ten bordel, nebo vařit čaj a kávu“.. „Já ty zlý neposlouchám“.*

OBAVA: komunikace/sociální kontakt

Celkem 5 lidí ze 7 popisuje obavy ze sociálního kontaktu. Popisují problémy s komunikací a mají strach z různých naschválů a nepochopení ze strany lidí. Jsou v kolektivu nervózní a většinou je přítomen strach z velkého společenství lidí .2 respondentky obavu z komunikace neuvedly. U 1 respondentky je to však způsobeno tím, že se sociálnímu kontaktu vyhýbá, tudíž nepociťuje ani žádné obavy z komunikace. Další respondentka nemá problém komunikovat s lidmi. Lidí se však straní. Minimálně 2 respondenti trpí přímo sociální fobií. *„mezi tady cizími lidmi to nevydržím“*

OBAVA: ataka

Celkem 4 lidi ze 7 uvedlo, že má obavu z toho, že jejich onemocní znovu propukne. Ostatní respondenti berou svoji nemoc již s nadhledem a z ataky strach nemají. *„Já už jsem 18 let nemocnej, už jsem s tím srovnanej, startuju teďka od ledna nový život“*. Tyto obavy z ataky se nejvíce objevovali právě u respondenta, který jako jediný ze všech respondentů pracuje.

OBAVA: najít si práci

Tato obava se vyskytuje pouze u 1 respondenta ze 7. Byla však velmi silná a často přítomná. *„mám samozřejmě obavu jít někam a požádat o tu práci“.. „když máte tu zodpovědnost, že to je vlastně jediná pracovní nabídka třeba, a jiná nebude třeba možná pár*

let, tak to je prostě jiný“. Tento respondent několikrát práci měl, ale vždy kvůli problémům s kolektivem, o práci přišel. Kvůli této obavě pociťuje častou úzkost a strach.

OBAVA: úzkost/strach

Téma úzkosti a strachu je u respondentů také velmi časté. Celkem 6 lidí ze 7 řeklo, že mělo při znovuzačleňování úzkost nebo strach. S úzkostmi a strachy se však potýkají dodnes. Většina respondentů popisuje, že lépe zvládat tyto úzkostné stavy jim pomáhájí anxiolytika. 1 respondentka však naopak tento lék na bázi benzodiazepinů odmítla se slovy: *„ja ho nechcem, lebo on je silne návykový. A velmi mi pomohlo keď som ho vysadila.“*

OBAVA: ztráta blízkých

Tuto obavu měl pouze 1 respondent ze 7. U tohoto respondenta však byli rodinné vztahy i intimní vztah s přítelkyní velmi blízké a silné. *„No že nám neklapne vztah s přítelkyní, že přijdu o mámu nějakým důvodem“.. „jestli to budu zvládat, jak to dopadne, jestli s dětma zvládne náš vztah přežít“* Ostatní respondenti naopak, bud měli rodinné vztahy ambivalentní, nebo se s rodinnými příslušníky vůbec nevídali a nekomunikovali spolu.

OBAVA: nedostatek peněz

Obavu z nedostatku peněz měl také pouze jeden respondent se 7. Je to právě již výše zmiňovaný respondent, který nepobírá invalidní důchod a bojuje s faktem, že si nemůže najít práci. Potýká se s nedostatkem financí. Má existenční obavy, že nebude mít co jíst a nebude moct zaplatit bydlení. „*a dnes mám jedinou obavu, že nebudu mít prachy na jídlo, jo a na bydlení“*.

OBAVA: přepracování

Celkem 6 respondentů ze 7 nepracuje. Jak jsem již zmiňovala ve druhé výzkumné otázce, pracuje pouze jediný respondent, který má trvalý částečný úvazek. U tohoto respondenta je vidět opravdu vyšší odolnost. Lépe se s nemocí vyrovnává po všech směrech. Práci bere jako důležitou součást, donutí ho to něco dělat a překonat tak abulii. Zároveň má režim a taky „zasloužené“ peníze. Cítí se celkové lépe. Nutno však dodat, že často bojuje s vytýčením hranice mezi prací a přepracovaností, kdy se jeho stav a symptomy nemoci zhoršují.

OBAVA: samota

Obavu se samoty uvedl pouze 1 respondent ze 7. Jako jediný řekl, že nechce bydlet sám a samotě se spíše vyhýbá. Tady je však důležité zmínit, že tento respondent má pořád

přítomné hlasy, ale bere to už jako součást svého života. A právě přítomnost hlasů pravděpodobně souvisí s tím, že je raději alespoň v nějakém kontaktu s někým, alespoň se spolubydlícími. *„sem-tam se svěřím, co slyším (pausa), a ptám se jich, jestli to slyší taky a říkají, že ne“*.

OBAVA: ztráta invalidního důchodu.

Poslední obavou jsou obavy ze ztráty invalidního důchodu. 2 respondenti ze 7 uvedli, že při znovuzačleňování měli strach, že přijdou o již přiznaný invalidní důchod. *„Kdysi jsem byla schopna pracovat, ale bála jsem se, že o něj přijdu. Teď už schopna nejsu.“*

5 DISKUZE

Cílem diplomové práce bylo zjistit, s jakými problémy, obavami, ale i pomáhajícími faktory se potýkají pacienti s diagnózou schizofrenie v průběhu reintegrace do běžného životního chodu.

Diskuze výsledků

Z tohoto výzkumu vyplynulo, že pacienti se setkávali s problémy jak na psychické, tak v sociální rovině. V psychické rovině se jednalo především o přetrvávající symptomy onemocnění, ale také doprovodné příznaky. Což potvrzuje tvrzení, že příznaky, například hlasy, nemusí vymizet, pacient jen na ně nereaguje (Vágnerová, 2012) a také problémy s vedlejšími účinky medikace, které uvádí Matoušek (2012).

Sociální problémy se týkaly více oblastí. Vztahy s blízkými a přáteli souvisejí často s vnímanou stigmatizací, což souhlasí s výzkumem, věnovaným tomuto tématu (van Zelst, 2009), ale také toto může působit jako chronický stresor (Winkler et al., 2015). Zároveň toto souhlasí s výsledky výzkumu, kdy právě překážky ve vztazích snižují kvalitu života (Gee et al., 2003).

Problematická je také oblast zaměstnávání, která ústí v pocity méněcennosti, závislosti (nejen) finanční. To souvisí s výsledky výzkumu, kdy zaměstnanost je uváděna jako další faktor ve zvyšování kvality života pacientů (Hakkaart-van Roijen et al., 2015) a ztráta realizace profesního života snižuje kvalitu života jako takového, zároveň je spojena s pocity finanční nejistoty (Gee et al., 2003). V tomto výzkumu nepracuje 6 respondentů ze 7. U jednoho respondenta, který si udržuje zaměstnání, byla z mého pohledu práce zdůrazněna jako důležitá součást, prevence hypobulie a také pocit zasloužené odměny, což souvisí s výsledky výzkumu (Hakkaart-van Roijen et al., 2015).

Jako pomáhající faktory při procesu reintegrace uváděli respondenti podporu blízkých, kdy jak uvádí Dušek (2005), právě obviňování působí jako faktor rizika relapsu. Další pomáhající faktor byl zaměstnání, kdy potřeba samostatné, účelné činnosti snižuje pocity méněcennosti.

Mezi nejčastěji uváděné obavy patří riziko dalších atak a zhoršení symptomatiky, což je ale riziko, se kterým by nemocný i jeho okolí měli být seznámeni (Vágnerová, 2012). Obavy se také týkali možné samoty a ztráty blízkých, kterou zmiňuje i Dušek (2005). Další obavou byl možný finanční nedostatek a nemožnost si najít práci, což souvisí s možnými pocity selhání a závislosti (Bankovská Motlová et al., 2015).

Výsledky můžeme srovnat s výzkumem Daňbujánové (2015), která také uvádí, že duševní nemoc narušuje sociální vztahy. Naopak ale respondenti v jejím výzkumu uváděli přínos podpůrných programů, což v mém výzkumu nebylo, naopak tyto programy byly hodnoceny jako zbytečné. Ve výzkumu Neumanové (2014) naopak vidíme, že právě sociální vztahy a rodina mají zásadní vliv na resocializaci. S tímto mohu souhlasit a výsledky mého výzkumu hovoří stejně.

Nejvíce mohu výsledky srovnat s výzkumem z roku 2003 (Gee et al), kdy na kvalitu života nemocného působí negativně právě překážky v mezilidských vztazích. S tím souhlasí mnou zjištěná obava ze samoty a izolovanosti a také uvedené problémy v oblasti blízkých vztahů. Další uváděný faktor na zvýšení kvality života byla možnost realizace profesního života, i zde výsledky souhlasí s mými zjištěnými informacemi. V mém výzkumu respondenti často zmiňovali problematiku symptomů, stejně tak ale i ve studii (Gee et al) je toto uvedeno jako faktor působící na snížení kvality života. Další, velkou oblastí, jsou sociální vztahy, reakce okolí a stigmatizace. I já mohu výsledky potvrdit, že problematické reakce okolí, a naopak podpora okolí působí na zvládání reintegrace. O tom hovoří i studie (Gee et al), kdy právě pocity bezmocnosti, neužitečnosti a také vnímaná stigmatizace působí negativně na kvalitu života.

Limity výzkumu

Na tomto místě bych se ráda věnovala limitům mého výzkumu. Určitě by bylo zajímavé mít mezi respondenty více různých forem schizofrenie, v mém případě většina měla právě paranoidní formu. Dále účastníci byly oslovování od jednoho lékaře, zajímavé by bylo srovnat zážitky i z jiných geografických oblastí. Dotkla jsem se tak jen malé množiny možného výzkumného souboru.

Dalším limitem může být také forma sběru dat, kdy některé situace respondenti nezmínili, jelikož jsem se na ně neptala. To jsem snažila mírnit podobou rozhovoru, kdy respondenti měli možnost hovořit i mimo zadanou otázku, což doporučuje i Řiháček (2013).

Poznatky z tohoto výzkumu jsou kvalitativní povahy, a tedy nejsou zobecnitelné. Navíc validita výzkumu je ovlivněna náhledem autorky. V této práci jsem se ale snažila o hloubkový popis jednotlivých zkušeností, které by mělo přinést pochopení prožitků nemocných.

Další výzkum

Toto téma je natolik obsáhlé, že určitě je možné jej dále rozšiřovat v navazujících výzkumech. Bylo by zajímavé zahrnout více forem schizofrenie, více různorodých respondentů. Také by bylo možné se zaměřit jen na jednu oblast, například týkající se obav či pomocných faktorů. Toto téma rozhodně ještě není vyčerpané a já sama budu velmi ráda, když další práce budou vznikat.

6 ZÁVĚR

Výsledky tohoto výzkumu přibližují zkušenosti sedmi respondentů s jejich diagnózou schizofrenie. Podařilo se mi zjistit, s jakými problémy se potýkají při znovuzačleňování, jaké faktory jim pomáhají a také jejich obavy a strachy.

Problémy respondentů se dotkly jak psychické, tak sociální roviny. Nejčastěji uváděli problém doprovodných příznaků, ale i přetrvávající schizofrenní symptomatiky. Mezi sociální problémy patřily problémy se zaměstnáním, ale i ve vztazích, rodině, ale také vnímaná stigmatizace. Respondenti také jmenovali problémy se zaměstnáním a s tím související finanční podporou.

Mezi pomáhající faktory patřily podpora okolí, aktivity a koníčky, ale i lékařská péče a medikace. Určitě ale také získání náhledu na nemoc, pravidelný režim, vlastní motivace.

Nejsilnější obavy se týkaly bludů a halucinací a také možnosti další ataky. Velká část problémů se týkala sociálního kontaktu a komunikace, ale také strachu ze samoty, ztráty blízkých.

7 SOUHRN

Tato diplomová práce se věnuje problematice začleňování pacientů s diagnózou schizofrenie do běžného života, jejich obavám, strachům, ale také pomáhajícím faktorům.

V první části se věnujeme teoretickému úvodu do problematiky schizofrenie, kde více popisujeme onemocnění jako takové, etiologii a epidemiologii. Vycházíme jak z dostupné literatury, tak diagnostických manuálů. Dále se věnujeme klinickému obrazu, příznakům, které onemocnění doprovází, včetně dělení na jednotlivé skupiny, ale také dalším, doprovodným příznakům (Probstová & Peč, 2014; Vágnerová, 2012). Také se věnujeme jednotlivým formám schizofrenie (Kučerová, 2010; Malá & Pavlovský, 2002). Kapitola věnovaná průběhu se týká jak počátkům onemocnění (Zvolský, 1997), tak i prognóze a riziku relapsu (Bouček, 2001; Robinson et al., 1999). Krátce se věnujeme také možnostem léčby a stručně se dotkneme i tématu stigmatizace, které je důležité pro výzkumnou část. Zde uvádíme studie a výzkumy s touto problematikou (Crisp et al., 2000; Janoušková & Winkler, 2015).

Další teoretická část je věnovaná reintegraci schizofrenních pacientů. Věnujeme se možnostem, které pacient má po skončení hospitalizace, jako například stacionáře, centra, kluby, ale i podpora v zaměstnání (Dušek & Večeřová-Procházková, 2005; Hosák, 2016), včetně přehledu organizací a projektů. Jelikož reintegrace je náročný proces, věnujeme část i problémům jako takovým (Karaday et al., 2011; Rabinowitz et al., 2001). Také uvádíme jednotlivé výzkumy a studie, které již podobné téma zpracovaly (Gee et al., 2003; Ko et al., 2014; Neumanová, 2014).

Cílem výzkumu bylo zjistit, s jakými problémy se pacienti setkávání při znovuzačleňování, jaké jim pomáhají faktory a s jakými obavami se potýkají. Pro výzkum byl vybrán kvalitativní přístup a metoda zpracování dat IPA. Data byla získána pomocí metody polostrukturovaného rozhovoru. Výzkum probíhal od října 2021 do dubna 2022, při osobních setkání s pacienty psychiatrické ambulance. Respondenti byly vybrány s pomocí ošetřujícího lékaře.

Rozhovory byly analyzovány pomocí metody IPA, nejprve z pohledu jednotlivých respondentů, poté z pohledu výzkumných otázek. Z výsledků vyplývá, že respondenti se během onemocnění potýkají s různými psychickými i sociálními problémy, například

přetrvávající symptomatika onemocnění, nepochopení druhých, stigmatizace. Naopak v resocializaci respondentům pomáhá podpora okolí, aktivity, kvalitní lékařská péče, ale i zaměstnání či pravidelný režim. Mezi obavy a strachy patří obava z možnosti návratu bludů a halucinací, ale také obava z nepochopení ostatními. Silnou obavou respondentů je také možná další ataka. Dále respondenti zmínili obavy z existenciálních záležitostí, jako finanční nejistota nebo ztráta blízkého a samota.

Tyto výsledky souhlasí s výsledky studie věnované kvalitě života pacientů se schizofrenií (Gee et al., 2003), kde autoři také uvádějí problém osamělosti, ztrátu profesního života, reakce okolí a obavy z budoucnosti.

LITERATURA

Bankovská Motlová, L., Dragomirecká, E., Blabolová, A., Španiel, F., & Slováková, A. (2015). Psychoeducation for Schizophrenia in the Czech Republic: Curriculum Modification Based on Opinions of Service Users and Providers. *Academic Psychiatry*, *39*(2), 186–190. https://doi.org/10.1007/s40596-014-0234-4

Bankovská Motlová, L., & Španiel, F. (2017). *Schizofrenie—Jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. Století* (3. vyd). Mladá fronta.

Barrowclough, C., & Parle, M. (1997). Appraisal, psychological adjustment and expressed emotion in relatives of patients suffering from schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, *171*(1), 26–30. https://doi.org/10.1192/bjp.171.1.26

Bouček, J. (2001). *Obecná psychiatrie*. Univerzita Palackého v Olomouci.

Bouček, J., & Pidrman, V. (2005). *Psychofarmaka v medicíně*. Grada.

Brody, E. B. (2004). The World Federation for Mental Health: Its origins and contemporary relevance to WHO and WPA policies. *World Psychiatry : Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *3*(1), 54–55. PubMed.

Butzlaff, R. L., & Hooley, J. M. (1998). Expressed Emotion and Psychiatric Relapse: A Meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, *55*(6), 547. https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.6.547

Cohen, R. M. (2002). *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Portál.

Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I., & Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry*, *177*(1), 4–7. https://doi.org/10.1192/bjp.177.1.4

Češková, E. (2005). Nové trendy v léčbě schizofrenie. *Česká a Slovenská psychiatrie*, *101*(6), 298–302.

Češková, E. (2009). *Kompliance v psychiatrii*. *2009*(148), 489–492.

Dařbujánová, A. (2015). *Psychosociální rehabilitace u duševně nemocných* [Bakalářská práce]. Univerzita Hradec Králové.

Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2005). *První pomoc v psychiatrii*. Grada.

Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2010). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Grada.

Evans-Lacko, S., Corker, E., Williams, P., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2014). Effect of the Time to Change anti-stigma campaign on trends in mental-illness-related public stigma among the English population in 2003–13: An analysis of survey data. *The Lancet Psychiatry*, *1*(2), 121–128. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70243-3

Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výkumu*. Portál. http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=1640013

Gee, L., Pearce, E., & Jackson, M. (2003). Quality of life in schizophrenia: A grounded theory approach. *Health and Quality of Life Outcomes*, *1*(1), 31. https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-31

Gelder, M., Gath, D., Mayou, R., & Cowen, P. (Ed.). (1996). *Oxford textbook of psychiatry* (3rd ed). Oxford University Press.

Green, B. (2009). *Problem based psychiatry* (2. ed). Radcliffe.

Hakkaart-van Roijen, L., Bouwmans, C., de Sonneville, C., & Mulder, C. (2015). Employment and the associated impact on quality of life in people diagnosed with schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2125. https://doi.org/10.2147/NDT.S83546

Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. Portál.

Hosák, L. (2016). *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Karolinum.

Höschl, C., Libiger, J., & Švestka, J. (2002). *Psychiatrie*. Tigis.

Chou, F. H.-C., Tsai, K.-Y., Wu, H.-C., & Shen, S.-P. (2016). Cancer in patients with schizophrenia: What is the next step?: Cancer in schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *70*(11), 473–488. https://doi.org/10.1111/pcn.12420

Janoušková, M., & Winkler, P. (2015). Stigma a psychiatrie. *Psychiatrie, 19*. http://www.tigis.cz/casopisy/pro-lekare/psychiatrie/item/972-psychiatrie-1-2015.html

Janů, L., & Racková, S. (2004). Compliance v léčbě schizofrenie. *Psychiatry for Practice*, *9*(5), 245–249.

Kalina, K. (2001). *Jak žít s psychózou*. Portál.

Karaday, G., Emiroğlu, B., & Üçok, A. (2011). Relationship of symptomatic remission with quality of life and functionality in patients with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, *52*(6), 701–707. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2010.11.012

Karidi, M. V., Stefanis, C. N., Theleritis, C., Tzedaki, M., Rabavilas, A. D., & Stefanis, N. C. (2010). Perceived social stigma, self-concept, and self-stigmatization of patient with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, *51*(1), 19–30. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2009.01.001

Kašpárek, T. (2009). Predikce průběhu léčby schizofrenie. *Psychiatry for Practice*, *10*(4), 163–166.

Ko, C.-J., Smith, P., Liao, H.-Y., & Chiang, H.-H. (2014). Searching for reintegration: Life experiences of people with schizophrenia. *Journal of Clinical Nursing*, *23*(3–4), 394–401. https://doi.org/10.1111/jocn.12169

Kolumbus, O nás. (2022). *Spolek Kolumbus*. Získáno 9. února 2022 z https://www.spolekkolumbus.cz/cs/spolek-kolumbus/o-nas

Kubínek, R. (2012). *Psychiatrie pro speciální pedagogy*. Univerzita Palackého v Olomouci.

Kučerová, H. (2010). *Schizofrenie v kazuistikách*. Grada.

Lawrie, S. M., Martin, K., McNEILL, G., Drife, J., Chrystie, P., Reid, A., Wu, P., Nammary, S., & Ball, J. (1998). General practitioners' attitudes to psychiatric and medical illness. *Psychological Medicine*, *28*(6), 1463–1467. https://doi.org/10.1017/S0033291798007004

Lieberman, J. A., Koreen, A. R., Chakos, M., Sheitman, B., Woerner, M., Alvir, J. M., & Bilder, R. (1996). Factors influencing treatment response and outcome of first-episode schizophrenia: Implications for understanding the pathophysiology of schizophrenia. *The Journal of Clinical Psychiatry, 57 Suppl 9,* 5–9.

Link, B. (1983). Reward System of Psychotherapy: Implications for Inequities in Service Delivery. *Journal of Health and Social Behavior*, *24*(1), 61. https://doi.org/10.2307/2136303

Mahrová, G., & Venglářová, M. (2008). *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Grada.

Malá, E., & Pavlovský, P. (2002). *Psychiatrie: Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Portál.

Manickam, L., & Chandran, S. (2005). Life skills profile of patients with schizophrenia and its correlation to a feeling of rejection among key family carers. *Indian journal of psychiatry*, *47*, 94–98. https://doi.org/10.4103/0019-5545.55953

Matoušek, O., Kodýmová, P., & Koláčková, J. (2012). *Sociální práce v praxi*. Portál. https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=1639986

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada.

Neumanová, V. (2014). *Aspekty resocializace osob s psychotickým onemocněním* [Bakalářská práce]. Univerzita Palackého v Olomouci.

Orel, M. (2020). *Psychopatologie: Nauka o nemocech duše* (3.). Grada.

Petr, T., & Marková, E. (2014). *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Grada.

Pfeifer, S., & Kubík, A. (1995). *Slabé nésti: Moderní psychiatrie a biblická duchovní péče*. JUPOS.

Praško, J., & Látalová, K. (2013). *Psychiatrie v primární péči*. Mladá fronta.

Probstová, V., & Peč, O. (2014). *Psychiatrie pro sociální pracovníky: Vybrané kapitoly*. Portál.

Programy a zájmové aktivity. (2022). *Česká společnost pro duševní zdraví*. Získáno 20. února 2022 z https://www.csdz.cz/programy-a-zajmove-aktivity/

Projekt DESTIGMATIZACE. (2022, březen 17). *Na rovinu*. Získáno 20. února 2022 z https://narovinu.net/projekt-destigmatizace/

Projekt podporované vzdělávání. (2022). *Normálně studuju*. Získáno 20. února 2022 z https://www.normalnestuduju.cz/prirucka_jmk.htm

Rabinowitz, J., Lichtenberg, P., Kaplan, Z., Mark, M., Nahon, D., & Davidson, M. (2001). Rehospitalization Rates of Chronically Ill Schizophrenic Patients Discharged on a Regimen of Risperidone, Olanzapine, or Conventional Antipsychotics. *American Journal of Psychiatry*, *158*(2), 266–269. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.2.266

Raboch, J., Pavlovský, P., & Janotová, D. (2006). *Psychiatrie: Minimum pro praxi*. Triton.

Robinson, D., Woerner, M. G., Alvir, J. Ma. J., Bilder, R., Goldman, R., Geisler, S., Koreen, A., Sheitman, B., Chakos, M., Mayerhoff, D., & Lieberman, J. A. (1999). Predictors of Relapse Following Response From a First Episode of Schizophrenia or Schizoaffective Disorder. *Archives of General Psychiatry*, *56*(3), 241. https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.3.241

Rössler, W., Joachim Salize, H., van Os, J., & Riecher-Rössler, A. (2005). Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. *European Neuropsychopharmacology*, *15*(4), 399–409. https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2005.04.009

Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: Čtyři přístupy*. Masarykova univerzita.

Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J., & Lehtinen, K. (2006). Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research*, *16*(2), 214–228. https://doi.org/10.1080/10503300500268490

Schooler, N. R. (2003). Relapse and rehospitalization: Comparing oral and depot antipsychotics. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *64 Suppl 16*, 14–17.

Spaniel, F., Bakstein, E., Anyz, J., Hlinka, J., Sieger, T., Hrdlicka, J., Görnerová, N., & Höschl, C. (2018). Relapse in schizophrenia: Definitively not a bolt from the blue. *Neuroscience Letters*, *669*, 68–74. https://doi.org/10.1016/j.neulet.2016.04.044

Vágnerová, M. (2012). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál.

van Zelst, C. (2009). Stigmatization as an Environmental Risk in Schizophrenia: A User Perspective. *Schizophrenia Bulletin*, *35*(2), 293–296. https://doi.org/10.1093/schbul/sbn184

VIDA O nás. (2022). *VIDA ČR*. Získáno 20. února 2022 z http://www.vidacr.cz/o-nas/

Winkler, P., Csémy, L., Janoušková, M., Mladá, K., Bankovská Motlová, L., & Evans-Lacko, S. (2015). Reported and Intended Behaviour Towards Those With Mental Health Problems in the Czech Republic and England. *European Psychiatry*, *30*(6), 801–806. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.05.003

Winkler, P., Mladá, K., Janoušková, M., Weissová, A., Tušková, E., Csémy, L., & Evans-Lacko, S. (2016). Attitudes towards the people with mental illness: Comparison between Czech medical doctors and general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *51*(9), 1265–1273. https://doi.org/10.1007/s00127-016-1263-y

Zipursky, R. B., Reilly, T. J., & Murray, R. M. (2013). The Myth of Schizophrenia as a Progressive Brain Disease. *Schizophrenia Bulletin*, *39*(6), 1363–1372. https://doi.org/10.1093/schbul/sbs135

Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, *86*(2), 103–126. https://doi.org/10.1037/0021-843X.86.2.103

Zvolský, P. (1997). *Speciální psychiatrie*. Karolinum.

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

Příloha 1: Abstrakt diplomové práce

Příloha 2: Abstract of Thesis

Příloha 3: IPA. Prvotní poznámky a komentáře

Příloha 4: Analýza respondenta - ukázka

Příloha 5: Společná témata - ukázka

Příloha 6: Přepis rozhovoru

Příloha 1: Abstrakt diplomové práce

Název práce: Úskalí reintegrace do běžného života u lidí se schizofrenií

Autor práce: Veronika Kopecká

Vedoucí práce: doc. PhDr. Radko Obereignerů, Ph.D.

Počet stran a znaků: 93 stran, 188 163 znaků

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 69

Abstrakt: Diagnóza schizofrenie přináší pacientům nejeden problém. Tato práce se zaměřuje především na proces reintegrace do běžného života, problémům, obavám, ale také pomáhajícícm faktorům. V teoretické části se věnuji problematice onemocnění jako takového, průběhu, příznakům a léčbě, ale také stigmatizaci. Další část se věnuje reintegraci, možnostem a také úskalím. Výzkumný soubor se skládal ze sedmi respondentů, data byla získána prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů. Metoda analýzy dat byla zvolena IPA. Z výsledků vyplynulo, že respondenti se setkávají s psychickými i sociálními problémy. Jako pomáhající faktory působí podpora rodiny, aktivity, ale i vlastní motivace či režim. Obavy a strachy se týkají návratu příznaků či ataky, ale také existenciálních záležitostí.

Klíčová slova: schizofrenie, reintegrace, úskalí, stigmatizace

Příloha 2: Abstract of Thesis

Title: Difficulties of reintegration into Daily Life in People with Schizophrenia

Author: Veronika Kopecká

Supervisor: doc. PhDr. Radko Obereignerů, Ph.D.

Number of pages and characters: 93 pages, 188 163 characters

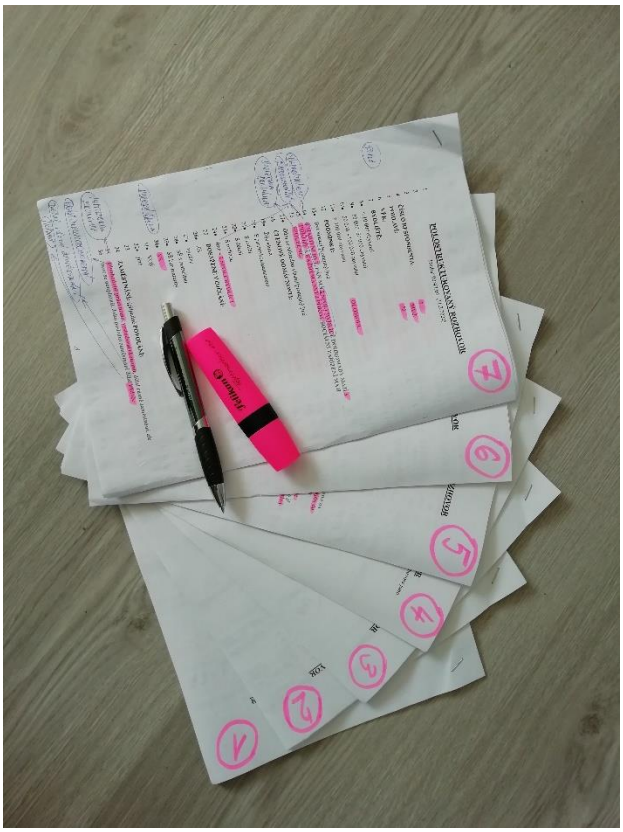
Number of appendices: 6

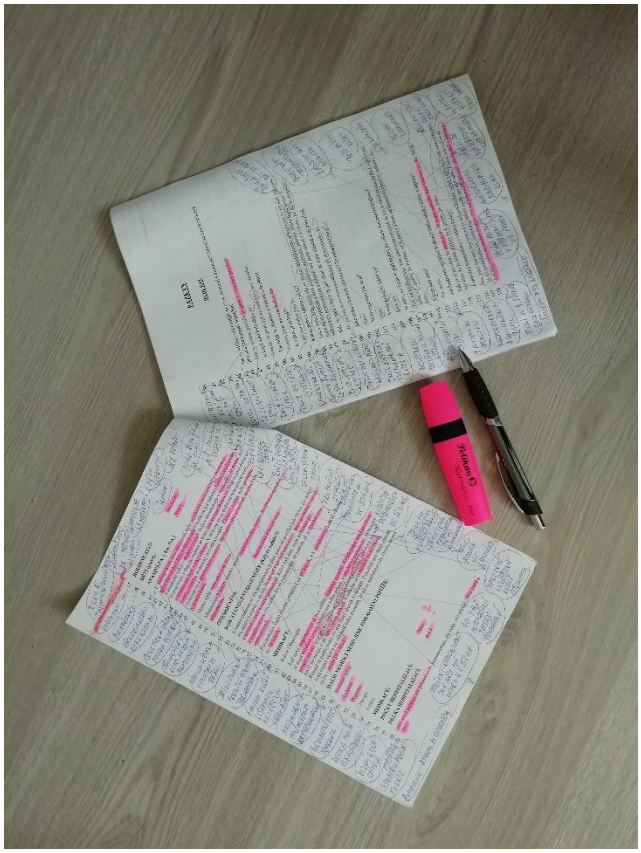
Number of references: 69

Abstrakt: The diagnosis of schizophrenia brings patients more than one problem. This thesis focuses mainly on the process of reintegration into everyday life, problems, concerns, but also helping factors in the process. In the theoretical part I deal with the issue of the diagnosis, symptoms and treatment, but also problém of stigmatization. The next part deals with reintegration, opportunities and pitfalls of reintegration. The research group consisted of seven respondents, data were obtained through semi-structured interviews. The data analysis method was IPA. The results showed that respondents face mental and social problems. Family support, activities, as well as one's own motivation or regime act as helping factors. Concerns and fears concern the return of symptoms or attack, but also existential issues.

Key words: schizophrenia, reintegration, difficulties, stigmatization

Příloha 3: IPA. Prvotní poznámky a komentáře





Příloha 4: Analýza respondenta - ukázka

	A	B	C	D	F	G	H
1	FAZETA	PODTÉMA	VÝZKUM. OTÁZK	SLOVNÍ SPOJENÍ - CO JSEM VYMYSLELA A ZVÝRAZNILA V TEXTU	ŘÁDEK	ŘÁDEK2	ŘÁDEK3
2	Medikace a hospitalizace	hospitalizace	obava	4 hospitalizace věřil bludům	2-309 až 2-311		
3	Bydlení		pomáhající faktor	4-letý vztah: vzájemná podpora	2-96		
4	Vztah / vztahy obecně	přátelský vztah	pomáhající faktor	aktivity : procházky, sport, kafe	2-217		
5	Resocializační zařízení		pomáhající faktor	aktivity s kamarády z centra občas	2-558		
6	Bydlení		pomáhající faktor	aktivity: chodí cvičit	2-129		
7	Resocializační zařízení		pomáhající faktor	čas léčí	2-536		
8	Invalidní důchod a zaměstnání	invalidní důchod	pomáhající faktor	částečný důchod	2-244		
9	Vztah / vztahy obecně		pomáhající faktor	dobré vztahy s nadřízenými: vychází vztříc (ozp)	2-288 až 289		
10	Invalidní důchod a zaměstnání	zaměstnání	problém	dospívání - těžké období	2-451		
11	Vztah / vztahy obecně	přátelský vztah	pomáhající faktor	dostatek přátel: může si vybírat	2-198 až 2-199		
12	Vztah / vztahy obecně	rodinný vztah	problém	drogy - "vykoupení" ze situace?	2-44	2-157	
13	Invalidní důchod a zaměstnání	zaměstnání	problém	dříve práce jen kvůli drogám	2-455 až 2-457		
14	Resocializační zařízení		obava	dříve úzkost při začleňování	2-534		
15	Přání a tužby	pozitivní	pomáhající faktor	důležitost dodržování pravidel	2-591 až 2-594		
16	Invalidní důchod a zaměstnání	zaměstnání	pomáhající faktor	důležitost režimu	2-520 až 2-521		
17	Přání a tužby	pozitivní	pomáhající faktor	důležitost režimu	2-592		
18	Přání a tužby	pozitivní	pomáhající faktor	důležitost vztahu s přítelkyní	2-568		
19	Vztah / vztahy obecně	intimní vztah	pomáhající faktor	fixace na přítelkyni	2-235 až 2-236		
20	Invalidní důchod a zaměstnání	zaměstnání	obava	hledání hranice: práce vs přepracovanost	2-493 až 2-494		
21	Bydlení		problém	horší finanční situace	2-91 až 2-92		
22	Vztah / vztahy obecně	přátelský vztah	pomáhající faktor	hra a zároveň sociální kontakt	2-208		
23	Bydlení		pomáhající faktor	hra na počítači	2-129		
24	Resocializační zařízení		pomáhající faktor	individuální činnosti v resocializačním centru	2-554	2-556	
25	Bydlení		pomáhající faktor	jeho vůle a výdrž	2-120		
26	Vztah / vztahy obecně	přátelský vztah	pomáhající faktor	kamarádi nemocní - více pochopení	2-171 až 2-172	2-174	2-239 až 2-240
27	Vztah / vztahy obecně	přátelský vztah	problém	kamarádi zdraví - méně pochopení	2-169	2-175	
28	Bydlení		pomáhající faktor	léčba závislosti je spojila	2-100 až 2-101		
29	Medikace a hospitalizace	hospitalizace	problém	léčba závislosti na drogách	2-297 až 2-298		
30	Medikace a hospitalizace	medikace	pomáhající faktor	má informace o svojí nemoci	2-331 až 2-333		
31	Vztah / vztahy obecně	intimní vztah	problém	má toho moc: přepíná se	2-271		
32	Přání a tužby	pozitivní	pomáhající faktor	máma a blízcí	2-569 až 2-570		
33	Vztah / vztahy obecně	rodinný vztah	problém	mámě drogami nezlehčoval situaci	2-183		
34	Medikace a hospitalizace	medikace	problém	medikace se měnila	2-338 až 2-339		
35	Přání a tužby	pozitivní	pomáhající faktor	nadhled nad nemocí(humor)	2-589		
36	Medikace a hospitalizace	hospitalizace	pomáhající faktor	náhled na nemoc	2-313	2-319	
37	Vztah / vztahy obecně		pomáhající faktor	náhled na nemoc	2-155		
38	Vztah / vztahy obecně	rodinný vztah	problém	nepříjemné podmínky v dětství	2-141	2-157	
39	Invalidní důchod a zaměstnání	zaměstnání	pomáhající faktor	neschopenka: řešení situace	2-492	2-503	2-505
40	Obavy a stigmatizace		pomáhající faktor	neschopenka: řešení situace	2-392		
41	Vztah / vztahy obecně		pomáhající faktor	neschopenka: řešení situace	2-283		
42	Bydlení		problém	nevyhovující bydlení s mámou	2-85 až 2-86		
43	Bydlení		problém	nevyrovnaná máma	2-96 až 2-98		
44	Medikace a hospitalizace	medikace	pomáhající faktor	nežádoucí účinek nemá	2-353 až 2-354		
45	Vztah / vztahy obecně	intimní vztah	obava	obava: někdy je toho na něj moc	2-256		
46	Vztah / vztahy obecně	rodinný vztah	obava	obava: o mámu	2-259		

Příloha 5: Společná témata - ukázka

	FAZETA	PODTÉMA	Výzkumná otázka	SLOVNÍ SPOJENÍ - CO JSEM VYMYSLELA A ZVÝRAZNILA V TEXTU	ŘÁDEK	ŘÁDEK	ŘÁDE	ŘÁDEK4	Respondent
205	Přání a tužby	dodržování pravidel	pomáhající faktor	důležitost dodržování pravidel	2-591 až 2-594				2
206	Přání a tužby	dodržování pravidel	pomáhající faktor	poslouchat svého doktora	2-593				2
207	Medikace a hospitalizace	dodržování pravidel	pomáhající faktor	uvědomění v důležitost dodržování pravidel	2-358				2
208	Obavy a stigmatizace	dodržování pravidel	pomáhající faktor	respektuje psychiatra	5-460 až 5-461				5
209	Medikace a hospitalizace	hospitalizace	pomáhající faktor	1. hospitalizace mu pomohla	7-236 až 7-237				7
210	Medikace a hospitalizace	hospitalizace	pomáhající faktor	**1. hospitalizaci vnímal pozitivně**	7-236	7-241			7
211	Medikace a hospitalizace	hospitalizace	pomáhající faktor	dobrovolná hospitalizace	4-203 až 4-204				4
212	Medikace a hospitalizace	hospitalizace	pomáhající faktor	hospitalizace ho stabilizovala	6-234 až 6-236				6
213	Medikace a hospitalizace	hospitalizace	pomáhající faktor	hospitalizace hodnotí kladně	3-258 až 3-262				3
214	Medikace a hospitalizace	hospitalizace	pomáhající faktor	hospitalizaci mu pomohla	4-221 až 4-223				4
215	Medikace a hospitalizace	hospitalizace	pomáhající faktor	uvědomění u 5. hospitalizace	2-312				2
216	Medikace a hospitalizace	hospitalizace	pomáhající faktor	zkušenost se 4 nedobrovolnými hospitalizacemi	2-302				2
217	Bydlení	hospitalizace	pomáhající faktor	znovu léčba závislosti	2-115				2
218	Obavy a stigmatizace	hospitalizace	pomáhající faktor	ochranná léčba 2 roky	5-463				5
219		hospitalizace	pomáhající faktor	2 hospitalizace	6-66				6
220	Medikace a hospitalizace	hospitalizace	pomáhající faktor	1. hospitalizace dobrovolná	7-236				7
221	Vztah / vztahy obecně	hospitalizace	pomáhající faktor	pomáhající faktor: přes rok v léčebně	2-187				2
222	Invalidní důchod a zaměstnání	hospitalizace	pomáhající faktor	pak se začal léčit	6-386				6
223	Medikace a hospitalizace	hospitalizace	pomáhající faktor	hospitalizaci podepsal	6-215 až 6-216	6-224 až 6-225			6
224	Invalidní důchod a zaměstnání	Invalidní důchod	pomáhající faktor	po 2. hospitalizaci důchod	6-404				6
225	Invalidní důchod a zaměstnání	Invalidní důchod	pomáhající faktor	částečný důchod	2-244				2
226	Invalidní důchod a zaměstnání	Invalidní důchod	pomáhající faktor	dostal invalidní důchod	4-398 až 4-399				4
227	Invalidní důchod a zaměstnání	Invalidní důchod	pomáhající faktor	důchod by mu prý dali - ALE NEMÁ HO!	7-373 až 7-376				7
228	Invalidní důchod a zaměstnání	Invalidní důchod	pomáhající faktor	je ráda za důchod	3-401 až 3-402				3
229	Invalidní důchod a zaměstnání	Invalidní důchod	pomáhající faktor	je ráda za důchod	5-500				5
230	Invalidní důchod a zaměstnání	Invalidní důchod	pomáhající faktor	plný invalidní důchod	5-492 až 5-493				5
231	Invalidní důchod a zaměstnání	Invalidní důchod	pomáhající faktor	plný invalidný důchod	4-357 až 4-358				4
232	Invalidní důchod a zaměstnání	Invalidní důchod	pomáhající faktor	pobírá plný invalidní důchod	3-394				3
233	Invalidní důchod a zaměstnání	Invalidní důchod	pomáhající faktor	pobírá plný invalidní důchod	6-352 až 6-353				6
234	Invalidní důchod a zaměstnání	Invalidní důchod	pomáhající faktor	spokojenost s důchodem	4-361 až 4-363				4
235	Invalidní důchod a zaměstnání	Invalidní důchod	pomáhající faktor	spokojenost s důchodem	6-357 až 6-358				6
236	Invalidní důchod a zaměstnání	Invalidní důchod	pomáhající faktor	spokojenost s výškou důchodu	5-495				5
237	Invalidní důchod a zaměstnání	Invalidní důchod	pomáhající faktor	vděčný za důchod	2-446 až 2-447				2
238	Anamnéza	Invalidní důchod	pomáhající faktor	důchod od 18 let	5-47				5
239	Obavy a stigmatizace	Invalidní důchod	pomáhající faktor	má vysoký invalidní důchod	6-324 až 6-325				6
240	Obavy a stigmatizace	Invalidní důchod	pomáhající faktor	spokojenost s důchodem	6-324 až 6-325				6
241	Medikace a hospitalizace	lék. péče/medikace	pomáhající faktor	ECT - šoky pomohli	5-399				5
242	Medikace a hospitalizace	lék. péče/medikace	pomáhající faktor	momentálně spokojenost s léky	1-194	1-196			1
243	Medikace a hospitalizace	lék. péče/medikace	pomáhající faktor	nežádoucí účinek nemá	2-353 až 2-354				2

Příloha 6: Přepis rozhovoru

ZAMĚSTNÁNÍ: (případně POVOLÁNÍ)
Úklidový pracovník v úklidové firmě
RODINNÝ STAV:
SVOBODNÝ (ALE UŽ DLOUHO NE – ÚSMĚV)
DĚTI (počet):
NEMÁ, ALE TAKY MOŽNÁ BUDOU ZA CHVÍLI (ÚSMĚV)
ANAMNÉZA: (RA, OA)
Rodiče rozvedení. Táta měl psychopatické sklony a poruchu tukového metabolismu. Máma měla mentální anorexii, poruchu osobnosti, panické úzkosti.
Nemoci pacienta v dětském věku – angíny, pak mu vytrhli mandle
Operace, úrazy hlavy ne.
Zkušenost s drogami – s pervitinem a marihuanou. Teď 6 let abstinuje
Kouří, pije kafe.
Alkohol – teď půl roku nepije.
ONEMOCNĚNÍ:
SCHIZOFRENIE NEDIFERENCOVANÁ (POSLEDNÍ DIAGNÓZA)
ROK STANOVENÍ DIAGNÓZY (Kdy to začalo?):
V 17 letech, před 18. věkem
MEDIKACE:
Prebagalin
T-stabilizátor
Olanzapin
Afroditen - injekčně

DALŠÍ NEMOCI NEBO JINÉ ZDRAVOTNÍ POTÍŽE:
Zvýšené lipidy v krvi – ale nepotvrzeno
MEDIKACE:
Žádná
POČET HOSPITALIZACÍ:
2 – krát na dětským
Asi 5 – krát na dospěláckým
DÉLKA HOSPITALIZACÍ:
Doplněno později z rozhovoru:
NEJDELŠÍ HOSPITALIZACE – 6 MĚSÍCŮ
NEJKRATŠÍ HOSPITALIZACE – 3 MĚSÍCE
FAZETY

BYDLENÍ
Jak se odlišuje váš nynější život ve srovnání s minulosti?
Tak před tím jsem bydlel s mámou, teď bydlím s přítelkyní.
V čem je to jiné? Horší? Lepší?
Ne, tak v některých věcech je to dokonce i podobný (úsměv)
A v čem třeba?
Třeba v tom, že někdy po mě Šárka uklízí, někdy tak jako vyvařuje – ona. Já málokdy vařím. To jsou ty stejný věci. Někdy si (pausa – přemýšlí), to není stejný, ale někdy mi to připadne, ona je taky podobná hodné mámě, že ty partnery si vybíráme jako protějšek svých rodičů. Ale jak říkám, vaří Šárka, to dělala aj máma a teď v tuhle chvíli se o většinu věcí stará Šárka. Ona je doma na neschopence, ale jinak to není stejný, jinak to stejný není.
A je to lepší nebo horší?
Lepší.
A v čem hlavně?
V Čem, Noo, že tam není ten vztah s tou ženskou jako dítě – rodič, ale jako partneři.
Kdo se stará o byt?
To se staráme oba.
Vyhovuje vám to tak, jak to je?
Více méně jo.
Je něco, co byste si přál změnit na vašem současném bydlení?
Asi né, spíš jako finanční stránku.
Pokud bydlíte s rodinou, jak hodnotíte společné bydlení? To už jsme probrali. A nějaké ty klady a zápory?
Tak někdy prostě se nechce, že jo, a člověk musí něco pro tu domácnost udělat. A výhody – že se navzájem podporujem. Že rozdíl mý mámy je to, že jsme vyrovnanější, než jsem byl s mámou já. A máma je na tom teďkom taky jako, ona celý život na tom byla hůře, takže klady určitě že se podporujem.
A můžu se zeptat ještě s čím je přítelkyně na neschopence, jste říkal?
Ona je s virózou. Já jsem to chytil od ní. Ale ona, my jsme se poznali na léčbě závislostí a jsme spolu 4 roky
To je krásný.

No, už skoro 4 roky, no.
Bydlel byste raději sám?
No to né, i když jsem dobře naloženej co se týče sil a psychického stavu, ale když mám nějaký trápení nebo todle to, tak mám takový tendence dekukovat, nebo jestli by mi nebylo líp samotnýmu a to. Ale to je pod vlivem zhoršeného stavu, protože když se mi zhorší stav, tak nadávám hodně, jsem takovej jako výbušnej a vznětlivej. To jsem jako furt, ale v tom zhoršeném stavu je to horší, takže jenom v tehle těch chvílích. A to mi pak Šárka řekne, ať jdu na psychiatrii. (Smích)
A tak už jste spolu 4 roky.. (úsměv)
No, no, noo, a byl jsem zatím jenom za ty 4 roky jenom jednou na posilovačce, kvůli tomu, já jsem začal pít alkohol asi rok nebo 2 roky po doléčení závislosti. Jako recidivu na těch drogách jsem neměl, a na alkoholu závislej nejsem, ale teď už půl roku nepiju. Asi rok a půl, dva roky, jsem pil, takže jsem se pak rozhodl jít na to (nedopověděl) první mi doporučil můj terapeut s P-centra, ať jdu na posilovačku, no stejně jsem v tom pokračoval, ale neuvědomoval jsem si to, a pak už teda bez pomoci toho terapeuta z té adiktologický sféry teda, takže to jsem pak se naštval a zavolal jsem primářovi, jestli by mě tam na chvíli nevzal a on řek, ať přijedu. Tak jsem přijel a od té doby jako sekám latinu.
Tak to je moc hezký..
No,no. Aj CDZ (Centrum duševního zdraví) mi pomáhá víc jak tá Mana, je to takový jako, no vyhovuje mi to více, no.
A do Many?
Do Many už moc nechodím. Skoro vůbec.
Ono se taky situace změnila vlivem toho koronaviru, že. Oni se nějak přestali setkávat, byli tam ty podmínky ztížený. No, teď už je to rozvolněnější, ale jako sociální kontakt mám, když ho vyhledávám většinou, cvičím, že jo, tak tam je sociální kontakt, hraju hry na počítači, takže tam máme kontakt s takovými více méně známými lidi. Nejsou teda, poznali jsme se přes hru, ale jako že jo, tak ten člověk že jo, jako když tam byla přítelkyně, nebo tam jsou 2 gayové, když tam běhá přítel a něco říká, tak se poznají ti lidi. Takže jako, a někdy na sobě člověk prozradí, takže (nedopovězeno).

VZTAH / VZTAHY OBECNĚ
Měli jste vztah/manželství před hospitalizací, před začátkem nemoci? To bylo před tím 18. rokem, že?
Ano, (souhlas), tak to jsem měl vztahy. Dva. Jeden takovej vážnější, ten trval dva roky, a hodně (pausa), hodně to jako, hodně mě to asi drželo, i když jsem si to neuvědomoval, protože jsem vyrůstal v hodně nepříjemných podmínkách, takže to mě drželo, ale pak se to pokazilo. A hodně mě to jako, ještě teď nedávno jsem se nad tím jako zamýšlel a prostě jsem si říkal, že mě to aspoň byť chvíli ty dva roky, tak mě to drželo. No a to se pokazilo a pak jsem potom měl vztah, ale, to byl krátkej vztah a byl takovej puberťáckej, to jsem ještě nemoc neměl, ale byl jsem bez tyhle přítelkyně, takže tam nějaký techtle-mechtle byli, ale to pak taky skončilo asi po dvou týdnech.
Jestli jsem to pochopila, tak ten první vztah neukončila nemoc?
Ne ne, to ještě nebyla nemoc, ani ten druhej.
V čem je to teď jiné?
V čem je to teď jiné? Tak nějaký věci svoje jsem si vyřešil a teď už jako, teď to je jiný v tom, že jsme dospělí, a že rohodujem sami za sebe i zároveň za ten vztah.
A můžu se ještě zeptat, kolik Vám bylo, když byl ten první vztah?
Asi od 16 let, od 15. Od 15. roku, noo. Pak mi bylo 17, se ukončilo, pak byli nějaký ty techtle-mechtle a pak jsem se zbláznil, no.
A myslíte, že to může mít nějakou souvislost, nebo něco? Třeba, že byla těžší situace?
Tak já jsem bral drogy už v tu chvíli, takže všechno se vším, doma špatný, nějaký traumata a tohle to, takže drogy do toho a konec, no.
A když to teď porovnáte je mezi vámi více pochopení? Nebo?
No více méně někdy jo (úsměv). Více méně jako je, no. Rozhodně to nenechávám zajít do krajností, který by tomu (nedopovězeno), jako někdy si samozřejmě ublížíme, že jo, ale ne tak, aby skončil na tom náš vztah. Že někdy si prostě ubližujeme verbálně, fyzicky ne. To jenom moja mě občas pleští (smích na obou stranách).
Jak se vaše vztahy všeobecně změnily oproti minulosti?
Tak vztahy, že jo (krátká pausa) dá se říct, že tyhle vztahy co mám teďkom, nejsou o drogách. Jako blízcí kamarádi, to není o drogách, spíše je to o tom, že máme buď nemoc anebo prostě někdo má nějaký jiný problémy, nebo někdo je prostě takovej jako zdravej, by se dalo říct, ale zas nemá tolik pochopení pro mě, ale jsou nějaký věci, třeba brigáda nebo sport, kde se potkávám se zdravými lidmi, takže (nedopovězeno). A pak kamarádi, takoví ti co si dáme kafe a děláme srandy a kecáme o všem možným, tak ty většinou nemocní jsou, no.
A lepší je která ta skupina?
No, ono každý má něco. Na jedné straně pochopení větší, ale jsou tam větší limity tím omezením zdravotním, takže to je v něčem, a pak ti zdraví, tam je nepochopení někdy, prostě, no.
Co nebo kdo vám pomáhá zlepšit náladu?
No (úsměv). No tak jídlo, sladkosti, někdy prostě nějaký události v životě radostný, někdy přítelkyně, hlavně asi ta přítelkyně, no.
Jaké máte vztahy s rodiči?
Hm, dobrý, ale někdy si připadám jako rodič já (úsměv oboustranně).
A jsou teď lepší?
Jsou lepší, no. Máma nemá strach, kde co vyvádím.
A v souvislosti s čím?
Drogy a nemoci.

Takže teď je to lepší, se to spravilo. A pomohlo to odstěhování?
Hmm, (souhlas), no tak já byl 14 měsíců v komunitě a pak jsem šel sem do Olomouce, no.
A s tátou?
Tátu jsem nepoznal, teď jsem se ho snažil, před dvoma rukama, jsem ho chtěl vidět a on nechtěl a před rokem nám umřel, no. Zbyli mi po něm holící strojky a pár tisíc, no. Koupil jsem si za to počítač (úsměv – „vyrovnávací“).
To mě mrzí.
To je jedno, on nebyl dobrej, jako na ženský, a to, ani na děti. Ono je možná lepší, že jsem byl jenom s tou mámou nemocnou, než ještě s nemocným fotrem, psychopatickým. (úsměv snažící se vyrovnat se s tím)
Máte nějaké přátele, s kterými se rádi setkáváte?
No, jo. Vždycky to nejsou ti samí, že. Je to prostě podle chuti, no, koho chci zrovna vidět, že jo.
Ale vesměs je to skupina, ne ta Mana, ale CDZ?
No tak ti kamarádi jsou z těchhle služeb, hlavně z Many, to jsou 2 kluci a pak kolega z práce, který je závislý na alkoholu, tak někdy za ním jdu. Mimochodem s tím jsem se spustil, teda prvně jsem začal popíjet se Šárkou, po týdnu co jsme měli od sebe nějakou dobu, no a, pak jsem poznal tohohle kamaráda, ale teď už sním nepiju. Občas ho navštívím, takže ten taky. Ale ten je zas nemocnej, jako závislej. Závislostně, no.
A co spolu nejraději podnikáte?
Hm, (smích lehce nahlas). Počítač, jóó, já mám ještě ty kluky na tom, na tý hře. Tam mám jednoho, on je CNC frézař, a to je jako, opravdu jako dobrý kamarád. On je teda starší, on má už děti, manželku a vydělává 4-krát více, než mám já, a to, ale v tý hře je to opravdu dobrý s ním. Jako jedinej z nich je jistota, že mi z tý hry zůstane.
A co myslíte tu hru, hrajete na počítači?
Jo, no, no. Na počítači, virtuální svět, no. Takže s tím se chci vidět a otázka byla jaká?
Co nejraději podnikáte?
No tak hry, kafe, procházky, ale to je většinou tady s CDZ-kem. Inak sport a tak. Těžko říct, kdo je přítel a kdo známej, že jo.
Takový bližší.
Takový bližší? Ono se to proměňuje (úsměv).
Chápu (úsměv oboustranně).
Máte například domácí mazlíčky?
2 kočky, no.
Takže to jsou jako členové rodiny (úsměv)
Jó, jo. Já jsem někdy na ně hrubej, ale teď jsem se zařek. Já je někdy zlobím hodně jako, no. Já jsem asi trošku nevyrovnanej, nebo já nevím (úsměv)
A nezlobí potom ony? (úsměv)
Né, ony jsou docela v pohodě. Ta malá teda poznává svět všemi smysli a drápkama (úsměv), ale jako, koťátko holku kočičku. Pak Mates, to už je ostřílenej ten kocour, dva roky, nebo rok a půl mu jsou, a ten je hodnej. Ten už škrábe tam, kde má. (úsměv).
Jste raději sám, nebo ve společnosti lidí?
Jak kdy. A nejradši jsem prostě doma a u počítače. Ale když je pak potřeba nějak se vyventilovat nějakou energii, tak je sport a pak jsou ty procházky, i s mojí přítelkyní, zatím jako jsem radšij doma s přítelkyní a i když jsme každej u svý obrazovky, tak radšij doma. S přítelkyní. (úsměv)
Pociťujete někdy samotu? Pokud ano, máte ji rád nebo se jí vyhýbáte?
No, tak samotu nepociťuju. Samotu ne.
Máte nějakou osobu, která vám pomáhá a plně ji důvěřujete? O koho se jedná?
Tak to jsou většinou všichni ti kamarádi, co mají nějaký to onemocnění taky.
Tak nějak jako že plně důvěřujete.
Tak to přítelkyně.
Můžete s ní mluvit otevřeně?
Jó, no, no. (souhlas). Úplně o všem (úsměv). Úplně o všem.
Mluvíte o svých problémech s někým nebo si je spíše necháváte pro sebe?
Spíše mluvím.
A stane se občas, že něco třeba?
Doma né, doma to hned říkáme, ale teď zjišťuji, že né vždycky je všechno hned dobrý říct. Záleží o čem to je. To jsou mý problémy. Ale záleží, čeho se to týká, jestli ti lidi prostě by mohli něco přihoršit, tak je lepší prostě být ticho, nebo to tak jako jenom škrtnout o to, že jo, ale doma je to nejlepší pro nás říkat hned. Většinou, teda, pokud se nejedná o vztek nebo o nějaký erupce na slunci (úsměv oboustranně).
Čeho se obáváte?
Někdy se obávám, toho, že se rozejdu s přítelkyní, někdy toho je dost a většinou to někdy na mě přijde, nebo se bojím, já nevím, aby jsme uživili děcko, teď konkrétně. Teďkom, zrovna dneska jsem se bál, kamarád mámy je na kyslíku, tak jsem se bál o mámu skrz tu koronu, že jo, tak jsem měl strach o mámu. Někdy se bojím, jestli jsem někdy něco „nepřepísk“ v těch vztazích, jakýchkoliv, hlavně doma.
Máte nějaké koníčky nebo nějakou aktivitu, která vám dělá radost nebo vás naplňuje? Jaké?
Box, hraní počítače, procházky.
Pokud ano, děláte tuto činnost sami nebo společně s někým?
No většinou s někým.
A ten box?
Ten dělám většinou s někým, no.
Podnikáte tuto aktivitu pravidelně?

Jo, ale teď jsem nemocnej a mám brigádu, i když bych neměl (úsměv), ale jsem na dovolený, teď už teda chodím do obou, na brigádu i do práce, ale brigádu teďkom už asi zruším a budu chodit do práce.
A proč?
Protože ji dlouhodobě nemůžu udržet, protože bych zase byl vysílenej a byl bych podrážděnej a výbušnej, vznětlivej, někdy i podezíravej, nebo bych to přebíral ještě hůře jak za běžnýho stavu, bych přebíral věci jinak, než jsou. Takže brigáda je jenom na to, abych vydělal na ty věci, co se nám teď doma pokazili, zrovna to sedlo. Někdy jdu na brigádu vícekrát, není to jako brigáda jakoby s nějakým (přemýšlí) závazkem na nějaký dny, ale je to tak, že on mi dává tu práci zároveň i jako kamarád, by se dalo říct. I když (úsměv) někdy o tom pochybuju (úsměv oboustranně), nebo je to workoholik nevím (směje se), ale jakoby tu hlavní práci ten úklidový pracovník tu jako více méně udržuju většinou půl roku a pak jsem třeba měsíc na neschopence a pak zase půl roku.
A to máte plný úvazek?
To nemám plný úvazek, to mám zkrácený úvazek. Je to dokonce i pozice pro OZP.
A kolik to máte hodin měsíčně?
Je to 6 hodin, ale my děláme, většinou, já bych to říkat asi neměl, ale tak podepisovali jsme nějaký papír, že jo, tak mám 6 hodin zaplaceno, i když tam jsem třeba jenom 3 hodiny.
Takže 6 krát 5, 30 hodin týdně.
5x6, 30. Jo, ale ve finále je to třeba 12 hodin.

MEDIKACE A HOSPITALIZACE
Byla vaše hospitalizace dobrovolná?
Ne, vždycky ne. Tadle ta poslední a předposlední byla.
To jste věděl, co se děje?
A ta poslední, tam jsem šel za účelem, že mě dají dohromady, abych mohl se vyléčit ze závislosti, jsem byl z drog. Zase jsem do toho spadl, no a nevím, jestli jsem řekl na začátku ten počet hospitalizací, ale je to zhruba tak jak jsem říkal. Je to podle mě, byl jsem tam 7krát.
Máme tady 2 a 5krát.
Takže možná ta 5 bude 5-7krát. Počkej, možná říkám dobře.
To tak klidně může zůstat, to je jen zhruba…
Zhruba, no, 4 byli určitě nedobrovolný, jakože mě tam dovezla sanitka a dostal jsem detenci. Předposlední byla dobrovolná, ale tu detenci jsem dostal taky. A ta teďkom už tady z Olomouce, tak ta byla dobrovolná v plným rozsahu.
A jak jste to vnímal, třeba tu nedobrovolnou?
Tak ta první, že jo, člověk si myslí, že tam lidi jim ubližují, že jo. Prostě je to nějak, věří těm svým bludům, těm svým stihomamům, takže člověk si myslí, že ho ten systém likviduje za něco, o čem má třeba zrovna ty bludy, nebo jako že po něm jdou. Druhá prostě to samý, akorát už se to prohloubilo drogama u mě zrovna, a bylo to to samý. Třetí to samý, čtvrtá to samý. Pátá, už tam jsem začínal trošku o tom přemýšlet jinak a tadle ta poslední tam jsem si to šel užít. (smích).
Jak si myslíte, že hospitalizace a její délka ovlivnila Váš současný stav? Jak dlouho třeba trvala?
No, tak, ty tři poslední byli na tři měsíce. Ne, ty dvě poslední byli na tři měsíce. A těch před tím, to bylo třeba 6 měsíců.
A ještě k té otázce, jak si myslíte, že ta délka hospitalizace ovlivnila Váš stav?
V čím horším stavu tam člověk jde, tak tím tam je dýl, že jo. Prostě když ten stav je vážnej, tak vás rozhodně za 3 měsíce nepustí. Ale teď když tam jdete, byť i ten alkohol byl špatně, tak prostě nespadl jsem na to svoje dno osobní, s těma drogama, takže to, a nenechal jsem to rozjet jako zažrat se úplně, jo, šel jsem raději dobrovolně předem, takže radšij dřív než později. Takže záleží v jakém stavu tam člověk jde. Když prostě člověk je podezíravej, je aj pod vlivem drog a obtěžuje lidi a to taky všechny ty aspekty ovlivňují tu délku ty léčby, takže když člověk je prosté dezolát a ještě má pořádné rozjetou tu schízu, že mu musí úplně překopat medikaci, tak prostě je tam dýl a to hledání i ta situace z jaký vychází ten vstup do tý nemocnice, tak taky hodně ovlivňuje tu délku, že jo.
Co si myslíte o lécích, které užíváte?
Jsou to sajrajty, ale nemůžu bez to bejt, že jo. Protože jako, náš pán primář u nás z Havlíčkova Brodu naštěstí, jako je ty teorie, že po první epizodě dva roky a po dalších epizodách po pěti letech zkoušet, i když ne uplně s jistotou, vysazovat léky. Takže to je spíše takový okínko, když někdo je takovej, že by to chtěl vysadit.
A zkoušel jste to?
No, nezkoušel jsem to, jako když jsem ty první 3 hospitalizace, já jsem těch pět let nedodržel, já jsem začal pít a (nedopovězeno), tak uvidíme teďkom, jak to bude, no.
„Sedly“ vám napoprvé nebo jste musel zkoušet více přípravků?
No, někdy ne, záleží taky na komunicaci s doktorem, že jo. A doktor taky má (smích), nějaký smíšlení o vás, že jo, takže to se musí potkat. Takže někdy se to hledá dýl, někdy i dřív, že jo.
Takže stala se vám i ta varianta i ta.
Jo, jo.
A když se stala ta druhá varianta, že se to nepovedlo?
Tak to jsem většinou nespolupracoval (smích – jako úsměv).
Myslela jsem například, že ty léky nezabrali, po nějaké době, třeba po měsícu.
Jednou se mi to stalo, no.
Takže pak jste obměnili..
Šel jsem zpátky na přijímák (úsměv smířený) a obměnili mi to, no.
Jak často se Vám měnila medikace celkově?
Tak začínal jsem na quentiapinu, nebo co se týče schizofrenie, měl jsem quentiapin, měl jsem invegu a měl jsem olanzapin i.
Máte nějaký nežádoucí účinky?

Ne. Jako zvýšený lipidy maximálně. (úsměv)
A nic jiného?
No u té invegy jsem měl poruchy erekce nebo jako těch výměsí.
Uvažoval jste někdy o vysazení léků kvůli vedlejším účinkům?
No teď od tý doby, co sekám latinu, tak né, protože žádný nemám.

OBAVY A STIGMATIZACE
Čeho se nejvíce obáváte teď při znovu začleňování do společnosti?
Tak já už asi začlenĕnej jsem, více méně. Ale čeho se bojím, tak bojím se toho, při poznávání nějakých jako nepochopení a nějakých naschválů a prostě takový ty nevraživosti lidský, co takhle tady panuje, někdy..
Panuje..
Noo (úsměv oboustranně).
Jak se vaše obavy změnily oproti době před propuknutím nemoci?
Jo, tak (delší pausa) to bylo, to jsem se bál, že na mě, že kamarádi se dozvědej o tom, že jsem byl zneužívanej. Takže tam byla už tíha ještě než propukla ta nemoc.
To jste měl hodně složité.
No, no, no.
A dnes?
Dnes jako, když je to dobrej člověk, tak mu to řeknu, že jo, když je to nějaký úrovni, že se to má říct, ale jako taky už jsem s tím opatrnější (úsměv). Zatím to vždycky všechno dobře dopadlo, ti, co kopali jámu, tak do ní spadli (úsměv), že jo, takže dobře to dopadlo. Na tom internetu jsem opatrnej, tam jsem to neřek (úsměv)
To určitě (souhlas)
No, no. Nevíte, kdo je na druhý straně a kdo to použije při dalších vztazích, hledání ve virtuálním světě, prostě. Jednou jsem měl zkušenost, že jsem to řekl, a tak jsem si zrovna našel úplné jiné lidi.
Máte často úzkost nebo strach? Pokud ano z čeho nejčastěji?
Mám. No, že nám neklapne vztah s přítelkyní, že přijdu o mámu, nějakým důvodem, jí je 61 a takže je ohrožená skupina, takže i ten kovid mě docela dneska, ten její kamarád co tam je, jestli to budu zvládat, jak to dopadne, jestli s dětma zvládne náš vztah přežít. Takhle, no.
Míváte strach z ataky? Že vaše onemocnění znovu propukne?
No, já jsem ataku, jako bez toho užívání nikdy neměl.
Myslím, že vám to znovu propukne.
Jo, jestli z toho mám strach. Tak to je v mejch rukách, že jo, zatím. Zatím se mi nikdy nestalo, že když jsem sekal latinu, že by to znova propuklo a když se něco děje, tak jdu na neschopenku a řeším to, že jo. No, jako, když máte něco ve svých rukách, tak víte, že je to otázka toho, co člověk chce, že jo. To víš, že nechci, aby mi to znova propuklo.
Ale někdy za to člověk nemůže.
Tak někdy mám strach, že zase bude celý to řešení neschopenka a to, jako mám z toho strach.
Myslela jsem to tak, že někdy si za to člověk nemůže sám, prostě člověk bere prášky, tak jak má..
Ne (rázně), tak z toho nemám strach, že bych si to jako sám předurčoval podvědomě, to ne.
Prostě léky zabírají, ..
Nikdy se mi nestalo, že by se mi to rozjelo bez mého přivinění.
Cítíte nějaké znevýhodnění v souvislosti s vaší nemocí? Například v oblasti bydlení, zaměstnání, vztahů?
Finanční, jo. Finanční a někdy i sociální, no. Když je někdo svině a ví, že člověk hůře reaguje, nebo reaguje špatně na blbý vztahy, a ten člověk toho využívá, tak prostě je to znevýhodnění, no.
Takže máte špatné zkušenosti v oblasti vztahů a v zaměstnání, třeba?
Jako tady v Olomouci co jsem, tak nemám. Ale ti lidi to nechápou, ti zdraví, že jo. A oni to i některý věci nechápou i ti nemocní, že jo. Ale jako znevýhodnění je už jenom to, že prostě více jak těch 5 hodin nemůžu makat, a že některý věci jako ve vztazích mi dělají hůře než zdravým lidem a ..
A co třeba?
No tak třeba když jde Šárka na diskotéku, nebo když někdo je jakoby průbojnější, tak mám tendence jako se vyhejbat nějakým konfliktům s ním, jo. Když je někdo taky jako takovej vznětlivej, nebo jak bych to řekl, dravější, jako se s ním moc do křížku dávat nechci, protože většinou ve většině případech mě umlátí hubou nebo něčím jiným, jako nemyslím fyzicky, ale prostě něčím je sundáno.
Jste spokojen se svou lékařskou péčí?
To jo, teď jo.
Například s vaším psychiatrem anebo s ostatními odborníky (zubař, praktický lékař, internista)
Jo, ze všemi jsem spokojen. No, ti praktici, jako všichni, jako většina jich není dobrejch. (úsměv).
No, já mám taky takovou zkušenost (úsměv), proto se ptám.
Máte pocit, že vaše diagnóza vás u jiných lékařů znevýhodňuje?
Nee. (s přesvědčením)
Nepohlíží na vás nějak?
(Smích) Ať si pohlížejí (smích).
Nemáte takový pocit?
No, jako teď mě odmítla ošetřit lékařka praktická, že má v pátek jenom objednané lidi co 10 minut, tak jsem šel do fakultky na pohotovost a tam se mě ptali s čím se léčím, jestli se s něčím léčím dlouhodobě. Tak jsem řekl schizofrenie. A kde pracujete, a normálně, a viděli, že jsem normálně jako fungující člověk, tak jako nepřipadal jsem si jako.
Takže vše bylo v pořádku?
Ano.

INVALIDNÍ DŮCHOD A ZAMĚSTNÁNÍ

Pobíráte invalidní důchod nebo nějaké jiné dávky?

Důchod.

A nějaké jiné dávky sociálního zabezpečení, například příspěvek na bydlení?

Ne. Nic.

Co si o invalidním důchodu myslíte?

No jako, bez něj by to nešlo, že jo. Celý svůj příjem, takový jako mám teď, bych si asi nezaopatřil kvůli těm omezením že jo, zdravotním.

Měl jste zaměstnání před vypuknutním nemoci?

Ne. Ne. Jako nějaký brigády a známí nějaký, jako na smlouvu ne.

Chodil jste do práce rád? Když jste měl tu brigádu?

Tak to bylo vždycky, tom mým věku, v dospívání, to bylo hrozný, jako.

Takže nechodil jste rád?

Nechodil jsem rád. Ze začátku to šlo, ale moc jsem se nepředřel a to jsem ještě nemocnej nebyl, to jsem do toho hulil trávu, takže hlavně abych měl trávu jsem chodil. Takže, asi si umíte představit, že když jsou za to tydle věci, že prostě člověk do tý práce chodí jenom aby si mohl zahulit nebo zafetovat, že jo. Takže to jako ho nebaví, že jo (úsměv)

Naplňovala vás vaše práce? – Otázka zodpovězena v předchozí otázce, ne.

Změnil nebo ukončil jste zaměstnání v souvislosti s nemocí? To jste říkal, že ne.

Jenom pozastavil. Jenom neschopenky. To je moje první práce na hlavní pracovní poměr a už tam jsem, to už ty 4 roky určitě budou, protože půlroku je to, co jsem tam chodil, co jsem začal chodit s přítelkyní se Šárkou. Takže to už určitě 4 roky mám, no.

A vaší práci mají pochopení?

Jo. Tak jako oni to ví, oni jsi uvědomujou, že jsme nemocní, sice jinak, ale že to nějaký zdravotní omezení tam je, a je to jako u nás v práci snad, krom pár výjimek (úsměv), nikdo nedostal Á-čko, jo. Ten, kdo příjde pozdě, nedostane Á-čko, dostane maximálně vyhubováno. Ten, kdo nepřijde, tak nedostane Á-čko, pokud to není nějakej jako, že toho využívá.

Takže dobrý vztahy. A i, jak jste vzpomínal, když jste věděl, že je situace zlá, jste sám šel (nedopovězeno, protože odpovídá)

No tak zlá nebyla, ale mě už to nebavilo, mě už to nevyhovovalo, já už jsem se bál.

A v práci to normálně pochopili? Nebyli nějaké výčitky?

No. Pochopili. Oni si mysleli, že jsem byl na léčbě s alkoholem (úsměv) jako, ale já byl na běžným rehabilitačním oddělení doléčovacím – odzačátku, takže ať si myslejí co chtějí. Tam jeden kolega že pije alkohol, a že jsem jim to řek, že prostě s ním pracovat nechci. I když se s ním někdy vídám, ale v práci ho nechci, prostě si myslí, ať si myslí. Oni k tomu nemají, nemají s tím zkušenost, tak co jim má člověk říkat jako. Heleďte, šéfová, já jsem nebyl na protialkoholní léčbě ale byl jsem to, a teď jim budu vysvětlovat, to oni jako (nedopovězeno), oni taky mají svoje nějaký povinnosti a víc nad rámec se jich týká. Ale rozhodně na nás berou hodně jako povolenej metr voproti běžným zaměstnáním pro zdraví lidi.

Jak moc je pro Vás práce zatěžující?

Jak kdy, ale už tím rokem, co tam dělám dýl a dýl, moc už, jako když toho je hodně, ale fakt někdy taky záleží jak člověk se umí přeto, překonat, že jo, takže.

Vrátil jste se po hospitalizaci do vašeho předešlého zaměstnání?

No. (souhlas).

Takže můžete práci vykonávat úplně stejně po návratu?

Jo.

Myslíte si, že vaše nemoc ovlivňuje vztahy na pracovišti? Pokud ano v čem?

Tak, že mě naserou, a když mě to sere už dlouho, tak jsem nasranej taky, tak se jim na to vyseru a jdu na neschopenku. Když do toho samozřejmě jde více věcí, ale většinou ty moje, hmm, je to, pan doktor říká, je to tenká hranice, hledání hranice mezi tím, aby to jako bylo vylazený, jako prostě aby to fungovalo, no. Když něco nefunguje dlouho, tak mě to žere a ovlivňuje to dlouho..

A stalo se to?

Jo.

A vícekrát?

Vztah, nebo už přepracovanost, ta zas ovlivnila vztah s přítelkyní, takže.

A na tom pracovišti, když se to stane?

Co když se stane jako?

Když se to nahromadí?

Tak jdu na neschopenku, no, a pak se vrátím a pohoda.

To je důležité. (úsměv oboustranně)

No, no, no. Zatím to vždycky zabralo, ta neschopenka.

Setkali jste ze strany kolegů s narážkami, výsměchem nebo případně šikanou kvůli vašemu onemocnění?

S šikanou ne, ale my víme všichni, že jsme většina z nás, kromě těch, co tam nejsou na dohodu, to jsou zas sociální případy, ale že by mě jako někdo šikanoval, to ne.

A nějakými narážkami?

Hm, ne, myslím, že ne. A když, tak vopravdu málo a vždycky se to vyjasnilo.

Jste momentálně spokojený se svou situací?

Jsem.

Změnil by jste něco v zaměstnání, i když jste spokojenej?
Nezměnil. Spíš, kdybych mohl změnit, abych nebyl nemocnej (úsměv)
Jaký význam má podle vás pracovní aktivizace a zaměstnanost?
No tak že jo, v blázincích, na rehabilitačních odděleních jsou běžně pracovky, protože se ví, že to prospívá. A to já mám taky, že jo. I když někdy se nechce, člověku je blbě, že jo, ale to, že si tam odbyde nějakej čas, tak za prvé z toho má příjem, a za druhý, kvůli tomu musí nějak přizpůsobit nějakej režim, že jo, takže rozhodně to má jako přínos hodně velkej.
Takže jste rád, že jste zaměstnanej?
Jsem rád, i když mi to někdy tak nepřipadá (smích).
Je toho třeba někdy moc?
No, někdy se nám jeví věci jinak, než jsou (úsměv) nebo než jak by se nám jevit měli.

RESOCIALIZAČNÍ ZAŘÍZENÍ
Co vám pomáhá se znovu začleňováním do běžného života? Vy už jste říkal, že už jste začlenĕnej?
Ale co vám tak pomáhá? Třeba lidé, ta skupina?
Otevřená komunikace.
Nebo když si představíte, když jste šel po prvé takhle do CDZ-ka nebo do Many?
No, tak jsem měl úzkosti. Připadal jsem si divnej, jo.
A co vám pomohlo?
Tak čas a řešit věci, který jsou potřeba řešit.
A lidi?
A lidi, (přemýšlí- odmlka). Pracovníci, no, sociální pracovníci, psychiatři, psychologové, terapeuti, no.
Jaké by to pro vás bylo, pokud by jste neměli možnost navštěvovat centrum sociální rehabilitace? Kdyby jste nemohl do CDZ-ka?
Tak asi by to jako bylo horší, no, ale to bych musel být zavřenej jako dříve se zavírali ti lidi, separovali se do ústavů, že jo. Ale teď, naštěstí, je to jinak. I když politicky na tom není dobrá situace, ale naštěstí tyhle věci se řeší, takže je to dobrý.
A jaké by to pro vás bylo?
Tak záleží jak je ta společnost informovaná, už jako se setkávám s lidma, kteří něco o tom vědí, nebo mají zkušenost, za druhé se do toho docela sypou teď ty peníze z těch fondů všelijakých, takže se to teďkom bere už jinak, než se to bralo, takže kdybych měl být doma, a byl bych tady za doby komančů, tak ani třeba doma nejsem. Kdybych měl být jenom doma, tak asi pařím počítač a nemám přítelkyni a bydlím u mámy, jo, kdyby nebyli ty drogy. Takže jako ono záleží jak se to veme, no.
Jak hodnotíte resocializační činnosti a jejich náplň? Účastníte se jich?
Většinou využívám jenom individuální věci.
A co třeba?
Procházky se sestrou, psychologa, psychiatra a sociálního pracovníka.
A nějaké aktivity, třeba plavání a tady takový věci?
No, někdy fotbal s Manou. Teď už teda moc počasí není, je to spíše herní sezóna na počítači (smích).
Upravili byste je nějak? Přidal byste něco? Něco co by jste třeba chtěl dělat, nějakou aktivitu? Třeba bowling? Vím, že v Maně chodili hrávat bowling?
No asi ani ne, nic takovýho. Kromě těch procházek nebo výletů jako, ono se asi moc ani nedá dělat (úsměv).

ZÁVĚR
Kdyby Vám teď někdo nabídl, že vám za noc splní 3 jakékoliv přání, která by to byla?
Abych byl zdravej, aby nám to se Šárkou vydrželo a (odmlka) a asi (odmlka) abych, ta třetí, do třetice a dost (úsměv), třetí asi (odmlka), aby mi vydrželi co nejdýl moji blízký, no.
Nebo co byste na svém současném nebo minulém životě změnil?
Abych nebyl nemocnej, maximálně, jinak jako já už to tak neberu jako, jenom kvůli tý nemoci nemůžu vydělávat více penez, nebo prostě jsem někdy znevýhodněnej, že jo, ale (krátká pausa), jako já ničeho z minulosti nelituju. Nelituju ani toho, že jsem bral drogy ale (nedopovězeno)
Nelitujete?
Nelituju.
A proč?
Tak, dalo mi to nějakou školu, prostě, jsem citlivej, i co se týče i z rodinných situací, mě vychovávaly samý ženský, feťáci se všichni pomalu ke mě nechovali hezky a dělali z mě blbce a teďkom oni smažej dál, a profetovávají se furt hloubš, a já, který má schízu, tak jsem se dostal z drogový závislosti (úsměv). Tak jako asi jako bych nic neměnil.
Takže berete to jako plus?
No beru to jakože, kdo to chce vyřešit ty nějaký problémy svoje, a je tomu otevřenej, tak je vždycky vyřeší, že jo.
Co byste chtěl říct lidem, kteří se potýkají se stejnými problémy nebo nemocí? Je nějaká věta – „poselství“, které si myslíte, že by jim mohlo pomoct?
Ať hlavně nebláznej (úsměv)
Jak to myslíte? (úsměv)
Tak hovorově, i do toho hlubšího významu. Nebrat drogy, nechlastat, najít si ženskou, chodit do práce. Takové to, co se má dodržovat. Doktoři vědĕj, co se má dodržovat, a vždycky nám to říkají, že jo. Ať poslouchají svého ošetřujícího lékaře. (smích oboustraně).
Vidíte, to je super závěr.