

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

**RODINNÉ ASPEKTY ŽIVOTA OSOB
S PSYCHOTICKOU PORUCHOU A JEJICH VZTAH
K UPLATNĚNÍ VE SPOLEČNOSTI**

**Family aspects of life of people with a psychotic disorder
and their relation to their role in society**



Magisterská diplomová práce

Autor: Mgr. Bc. Vendula Neumanová
Vedoucí práce: Doc. PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.

Olomouc
2016

„Ochrana informací v souladu s ustanovením § 47b zákona o vysokých školách, autorským zákonem a směrnicí rektora k Zadání tématu, odevzdávání a evidence údajů o bakalářské, diplomové, disertační práci a rigorózní práci a způsob jejich zveřejnění. Student odpovídá za to, že veřejná část závěrečné práce je koncipována a strukturována tak, aby podávala úplné informace o cílech závěrečné práce a dosažených výsledcích. Student nebude zveřejňovat v elektronické verzi závěrečné práce plné znění standardizovaných psychodiagnostických metod chráněných autorským zákonem (záznamový arch, test/dotazník, manuál). Plné znění psychodiagnostických metod může být pouze přílohou tištěné verze závěrečné práce. Zveřejnění je možné pouze po dohodě s autorem nebo vydavatelem.“

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma „Rodinné aspekty života osob s psychotickou poruchou a jejich vztah k uplatnění ve společnosti“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

Ve Zlíně dne

Podpis.....

...od doby, co jsem onemocněla (před čtyřmi lety) se mě nikdo z rodiny nezeptal, jak se cítím nebo jak se mám. A ne ve smyslu „nemáš hlasy, vzala sis léky?“, ale ve smyslu „necítíš se opuštěná, sama? Není ti smutno, když jsi přišla nemocí o většinu přátel? Nebolí tě, že ty, kdysi tak aktivní člověk, teď ležíš na posteli a nemůžeš nic (v době po první hospitalizaci a nasazení léků)? Nechtěla by sis třeba popovídat?“ Za čtyři roky jediné řešení stavu, kdy je mi zle na umření, spočívá podle rodiny v tom, že mě zavrou do léčebny. Nikoho nenapadne, že by mi mohlo pomoci, kdyby mě objali a nechali se vybrečet. Nenapadlo je, že když do mě nekládají žádné naděje ohledně studia, práce, že mě to ničí, protože já bych jednou chtěla dosáhnout obojího. Když mi schválili důchod a když ho budou teď prodlužovat, málem bouchali šampáňo - jako ano, teď je můj stav hodnocen jako zvlášť těžké postižení s nejistou prognózou, je fajn, že mám z čeho žít a jsem za to vděčná. Ale nenapadlo je, jak se cítím a co se mi honí hlavou, když v 22 letech беру invalidní důchod? Přijali to, že jsem schizofrenička, ale myslím, že v jejich očích to je moje hlavní charakteristika. Už v době, kdy jsem ještě bydlela u nich, jim uniklo tolik věcí. Nevěděli, že jsem se zavrtila do samostudia jazyků, že jsem se začala věnovat dobrovolnictví, viděli jen to, že беру léky a mám migrény. Jsem divná, že mi to vadí?

(z výpovědi Kristýny B., 22letá žena s diagnózou paranoidní schizofrenie)

Za vedení magisterské diplomové práce a poskytnutí cenných rad a námětů děkuji především panu Doc. PhDr. Martinu Lečbychovi, Ph.D.

Mé poděkování rovněž patří uživatelům a zaměstnancům zařízení Horizont Zlín, Horizont Kroměříž, Labyrint Uherské Hradiště, Zahrada Kroměříž a řadě dalších osob, které věnovaly svůj volný čas a podílely se na výzkumném projektu.

Děkuji také mému partnerovi, mým dětem, Tondovi a paní Magdě Blahové, bez kterých by to nešlo...

OBSAH

ÚVOD	6
I TEORETICKÁ ČÁST	7
1 SCHIZOFRENIE JE ... ZMATEK I DAR	8
1.1 Co VŠE JSOU PSYCHOTICKÉ PORUCHY?.....	8
1.2 SCHIZOFRENIE	10
1.2.1 Dělení schizofrenie.....	11
1.2.2 Epidemiologie	13
1.2.3 Příčiny vzniku onemocnění (etiopatogeneze)	14
1.2.4 Příznaky, průběh a prognóza onemocnění	17
1.2.5 Léčba	20
1.3 PSYCHOSOCIÁLNÍ INTERVENCE PŘI LÉČBĚ PSYCHOTICKÝCH PORUCH	22
1.3.1 Psychoterapie.....	23
1.3.2 Psychoedukační programy.....	24
2 REFORMA PSYCHIATRICKÉ PÉČE	27
2.1 CENTRUM DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ	28
3 RODINA JAKO JEDEN Z MILNÍKŮ	30
3.1 PODÍL RODINY A SOCIÁLNÍHO OKOLÍ NA VZNIKU ONEMOCNĚNÍ	30
3.2 VLIV RODINY NA ÚSPĚŠNOST LÉČBY	33
3.3 PODÍL RODINY NA PREVENCI RELAPSU A UDRŽENÍ REMISE.....	36
3.4 VÝZKUMNÝ PROJEKT ZABÝVAJÍCÍ SE ASPEKTY RESOCIALIZACE U OSOB S PSYCHOTICKOU PORUCHOU.....	41
II PRAKTICKÁ ČÁST	44
4 FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU	45
4.1 CÍL VÝZKUMU	46
4.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	46
4.3 OPERACIONALIZACE POJMŮ.....	47
5 METODOLOGICKÝ RÁMEC A METODY VÝZKUMU	48
5.1 TYP VÝZKUMU.....	48
5.2 METODY ZÍSKÁVÁNÍ DAT.....	48
5.2.1 Demografický dotazník	49
5.2.2 SVF 78	50
5.2.3 PBI.....	52
5.2.4 ŠRP.....	53

5.3	METODY ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZY DAT	55
5.4	ETICKÉ OTÁZKY.....	56
6	VÝBĚR A POPIS VÝZKUMNÉHO SOUBORU.....	57
6.1	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU.....	58
7	VÝSLEDKY	63
7.1	SVF 78.....	63
7.2	PBI	67
7.3	ŠRP.....	71
7.4	ODPOVĚDI NA VÝZKUMNÉ OTÁZKY	73
8	DISKUSE	77
8.1	DISKUSE O METODICE	77
8.2	DISKUSE O VÝSLEDČÍCH	77
9	ZÁVĚR.....	82
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	88
	SEZNAM TABULEK.....	90
	SEZNAM GRAFŮ	91
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY	92

ÚVOD

Mezi nejzávažnější psychické poruchy se pro svou komplexnost a obtížnou léčitelnost řadí schizofrenie a psychotické poruchy. Tento druh onemocnění je typický ztrátou kontaktu s realitou a zásadními změnami ve vnímání a prožívání postižených osob. Výrazně narušuje kvalitu života pacienta, ale i jeho blízkých, především rodiny. Ročně se objevuje kolem pěti tisíc nových případů osob s diagnózou schizofrenního spektra (Nechanská, 2013). Současná společnost reaguje na vzrůstající počet pacientů a také v důsledku nových znalostí reformou psychiatrické péče, jejímž výsledkem má být zkvalitnění a zefektivnění psychiatrických ambulancí a především vznik center duševního zdraví, která budou poskytovat ambulantní i pobytové služby osobám s duševním onemocněním. Reforma se také zasazuje o to, aby se lidé s duševním onemocněním měli v co největší možné míře možnost vracet do domácího prostředí.

Ve svém profesním i soukromém životě jsme se setkala s celou řadou osob, kterých se buď přímo, či prostřednictvím příbuzných dotýkalo psychotické onemocnění. Často jsem slyšela o chybějící podpoře, velkém vyčerpání a nepochopení ze strany společnosti. Přitom léčba psychotických poruch je ve velké míře závislá právě na přijetí a podpoře ze strany rodiny i společnosti.

Tato magisterská práce vychází z přechozí bakalářské práce, která se zabývala aspekty znovuzačlenění osob s psychotickou poruchou do společnosti. Jako zásadní činitel zde byla identifikována rodina a blízké osoby. Cílem této práce je pak nalézt rozdíly mezi charakteristickými komunikačními a sociálními aspekty v rodinách osob s psychotickou poruchou a jejich dopad na míru společenského uplatnění. Teoretická část práce se soustředí na možnosti psychosociální intervence při léčbě psychotických poruch a také na vliv rodinného prostředí na vznik, léčbu a prevenci relapsu, či udržení remise.

Výsledky výzkumu mohou být nápomocny při tvorbě resocializačních programů, mohou být prospěšné také při práci s blízkými a pečujícími osobami. Aktuálnost tématu je zřejmá, také k již zmiňované reformě psychiatrické péče, která se v současné době v České republice rozbíhá.

TEORETICKÁ ČÁST

1 SCHIZOFRENIE JE ZMATEK I DAR

„zmatek... Duchovná evolúcia... Úplný zmätok... odlišné... mimo realitu... Duchovní dar od vesmíru nebo Boha, cesta lásky, naplnění vsehómira (odpovědi osob s diagnózou schizofrenie na otázku: Co pro Vás, jedním slovem, znamená schizofrenie?; zdroj: Facebook, uzavřená skupina „Schizofrenie“).

Jak již bylo uvedeno jinde (Neumanová, 2014) schizofrenie je obecně řazena mezi psychotické poruchy. Psychózy jsou duševní stavy, které jsou příznačné svou poruchou kontaktu s realitou. Změněné je vnímání, prožívání i myšlení postiženého člověka vůči sobě, ale také ve vztahu k sociálnímu okolí. „V obecné terminologii je psychóza charakterizována bludy, halucinacemi a dezorganizovaným slovním projevem a chováním, v širším pojetí také poruchou vnímání reality“ (Češková, 2006, 181).

Praško (2005) upozorňuje, že v průběhu psychotického onemocnění u postiženého dochází v různé míře ke změně všech základních kvalit duševního života postiženého. Dochází k narušení kontaktu s realitou, kdy postižená osoba jinak vnímá, prožívá a myslí. Malá (2005) upozorňuje, že pro psychotické onemocnění je typické rozsáhlé narušení či úplná absence vztahů pacienta. Jsou narušeny nejen vztahy k sobě samému a ostatním osobám, ale také vztahy k realitě. „Poruchy vnímání reality jsou provázeny změnami chování, které nelze druhými empaticky pochopit. Psychóza se zdá být přerušením smyslu života“ (Malá, 2005, 9).

1.1 Co vše jsou psychotické poruchy?

Jak již bylo uvedeno v předchozí práci (Neumanová, 2014) dle MKN-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů, v originále International Classification of Diseases and Related Health Problems) spadají hlavní psychotické poruchy převážně pod kód F20 – F29 – Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy.

Schizofrenie (F20) – viz následující kapitola.

Schizotypální porucha (F21) je příznačná výstředním chováním a poruchami afektu a myšlení. Podle MKN-10 je podobná schizofrenii, ale bez výskytu určitých charakteristických symptomů (např. bludů). Průběh a vývoj je obdobný jako u poruch

osobnosti. Původní americký diagnostický a statistický manuál mentálních poruch DMS-IV řadí schizotypální poruchu (Schizotypal Personality disorder 301.22) na rozdíl od MKN-10 mezi poruchy osobnosti. Je popisována příznačnou potřebou sociální izolace, úzkostí v sociálních situacích a podivínským chováním s nekonvenčními názory. Tyto osoby problematicky udržují užší sociální vztahy. V některých případech se může jednat o předstupuň schizofrenie. Onemocnění se objevuje od rané dospělosti a projevuje se přesvědčením o nadpřirozených schopnostech jedince, neobvyklé vjemové zkušenosti, zvláštnostech v myšlení a řeči, podezíravosti nebo paranoidních myšlenkách, výstředním chováním a vzhledem, absencí blízkých přátel a nadměrnou sociální úzkostí.

(DSM-VI).

Poruchy s trvalými bludy (F22), kdy dominantní klinickou charakteristikou jsou dlouhodobě přetrvávající bludy.

Akutní a přechodné psychotické poruchy (F23) představují poruchy s náhlým výskytem do dvou a méně týdnů, obsahují psychotické symptomy jako bludy, halucinace, poruchy vnímání a také závažné poruchy chování. U těchto poruch byl vyloučen organický základ. Uzdravení zpravidla přichází během několika týdnů či měsíců. Pokud se tak nestane, dochází ke změně klasifikace onemocnění. Poměrně časté je spojení se stresovou událostí.

Indukovaná porucha s bludy (F24) postihuje dvě a více osob, jež jsou v blízké emoční vazbě. Pouze jedna z osob ovšem trpí skutečnou psychotickou poruchou. Po přerušení kontaktu osob příznaky indukované poruchy u druhé osoby mizí.

Schizoafektivní poruchy (F25) zahrnují poruchy epizodického charakteru se zřejmými, jak afektivními, tak schizofrenními příznaky, kdy nejde jednoznačně diagnostikovat ani schizofrenii a ani depresivní či manické epizody.

Jiné neorganické psychotické poruchy (F28) a Nespecifická neorganická psychóza (F29), pod které spadají poruchy, které neopravňují diagnózu jiných, výše popsanych poruch (MKN-10).

Příčiny vzniku onemocnění jsou u duševních poruch s bludy a indukovaných poruch s bludy přičítány psychologickým faktorům a také premorbidní osobnosti jedince. U akutních a přechodných psychotických poruch se za příčinu považuje akutní stres a také genetická predispozice (Češková, 2006).

Pro doplnění je nutno uvést, že psychotické příznaky se také vyskytují u řady dalších duševních poruch, kde působí jako přidružené symptomy. Podle klasifikace MKN-10 se jedná o:

- Jiné duševní poruchy, způsobené poškozením mozku, jeho dysfunkcí a somatickou nemocí – organická halucinóza (F06.0) a organická porucha s bludy – podobná schizofrenii – (F06.2) a neurčené organické nebo symptomatické duševní poruchy (F09).
- Poruchy duševní a poruchy chování, způsobené užíváním psychoaktivních látek (F10-F19) – 5 psychotická porucha, 7 psychotická porucha reziduální a s pozdním nástupem.
- Mohou se rovněž vyskytovat u afektivních poruch a poruch nálady – mánie s psychotickými symptomy (F30.2), bipolární afektivní porucha, současná fáze manická s psychotickými symptomy (F31.2), bipolární afektivní porucha, současná fáze těžké deprese s psychotickými symptomy (F31.5), těžká depresivní fáze s psychotickými příznaky (F32.3), periodická depresivní porucha, současná fáze je těžká s psychotickými příznaky (F33.3).
- Dále u pervazivních vývojových poruch – atypická dětská psychóza – atypický artismus (F84.1), jiná dětská dezintegrační porucha – dezintegrační psychóza, symbiotická psychóza (F84.3).

1.2 Schizofrenie

... taky máte ten nutkavý pocit vyjít ven z baráku?..., prostě se jít projít, ale brání vám v tom strach, že to o vás všichni vědí, že se bojíte, tak radši nikam nejdete?..., toužíte po kontaktu s jinými lidmi, zároveň se bojíte, aby vám neublížili?..., tak jste uvězněni ve svém světě... (z výpovědi Jany B., 27 leté ženy s diagnózou schizofrenie)

„Schizofrenní jednání charakterizuje lidi, kteří se nemohou uvolnit ze životní situace a přitom se rozpadají, když se snaží současně odpoutat i být při tom, nenechat se ovládat a současně se podrobit, být současně přítomní i nepřítomní v extrémním stažení se do sebe“ (Dorner, & Plog, 1999, 87).

V současné době podle Malé (2015) je schizofrenní porucha chápána jako klinické označení pro neurovývojovou poruchu neznámé etiologie. Jak již bylo uvedeno v předchozí práci autora (Neumanová, 2014) jsou schizofrenní poruchy diagnostikovány

až u 25 % psychiatrických hospitalizací a u 50 % všech přijatých osob do psychiatrických zařízení v České republice (Češková, 2006). Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, které se úzce dotýká téměř všech psychických funkcí. Mezi nejzávažnější projevy se řadí porucha myšlení a vnímání, oploštělá nebo nepřiměřená emotivita a také poruchy chování a jednání (Češková, 2006).

Světová zdravotnická organizace v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) popisuje onemocnění schizofrenního charakteru následovně:

Schizofrenické poruchy jsou obecně charakterizovány podstatnou a typickou deformací myšlení a vnímání. Afekty jsou nepřiměřené nebo otupělé. Jasně vědomí a intelektuální kapacita jsou obvykle zachovány, ačkoliv určité kognitivní defekty se mohou v průběhu doby vyvinout. Nejdůležitější psychopatologické fenomény zahrnují ozvučování myšlenek; vkládání nebo odnímání myšlenek; vysílání myšlenek; bludné vnímání a bludy ovládnutí; pasivita nebo ovlivňování; sluchové halucinace, které komentují nebo diskutují o pacientovi ve třetí osobě; poruchy myšlení a negativní příznaky. Průběh schizofrenických poruch je buď trvalý nebo epizodický s narůstajícím nebo trvalým defektem, anebo může být jedna nebo více atak s úplnou nebo neúplnou remisí.

Diagnóza schizofrenie se pojí s vyšší mírou rizika suicidálního jednání, kdy se podle dostupných studií o sebevraždu pokusí 25 – 50 % pacientů a 4 – 13 % ji dokoná. Riziko sebevražedného jednání je nejvyšší u mladých pacientů a během prvního roku po stanovení diagnózy onemocnění. Naopak vyskytne-li se defekt v časném věku a je-li přítomna denní aktivita, suicidální tendence se snižují (Motlová & Koukolík, 2004).

1.2.1 Dělení schizofrenie

Schizofrenie (F20) je pro svou variabilitu typických příznaků dále MKN-10 dělena na schizofrenii paranoidní, hebefrenní, katatonní, nediferencovanou, postpsychotickou, reziduální a symplexní (Neumanová, 2014).

Paranoidní schizofrenie (F20.0) Jedná se o nejčastější typ schizofrenního onemocnění. Příznačnou je pro ni dominance bludů, které jsou doprovázeny nejčastěji sluchovými halucinacemi (Češková, 2006). Zpravidla se pak vůbec nevyskytují nebo pouze omezeně poruchy afektivní, poruchy vůle, řeči a katatonní symptomy (MKN-10). Paranoidní schizofrenie je poměrně snadno diagnostikovatelná.

Hebefrenní schizofrenie (F20.1) Tento podtyp schizofrenie je typický časným nástupem onemocnění v dospívání až rané dospělosti. Její diagnostikování je složité pro svou podobnost s pubertálními projevy. Jsou nápadné afektivní změny. Charakteristické je nezodpovědné a nepředvídatelné chování a manýrismus. Bludy a halucinace, pokud se vyskytují, nejsou dominantními projevy (Češková, 2006). Nálada je nepřiměřená a plochá. Často se projevuje tendencí k sociální izolaci. Prognóza je obvykle špatná kvůli rychlému rozvoji negativních symptomů a především oploštění afektů a omezení vůle (MKN-10).

Katatonní schizofrenie (F20.2) U této formy jsou patrné poruchy motoriky ve smyslu zvýšené či bezcílné pohybové aktivity (hyperkinéza), grimasování, manýrování, či ve smyslu stuporu. Časté jsou také stereotypie ve slovním projevu a chování (Češková, 2006). Období aktivity mohou být kombinovány snovými stavy a s živými scénickými halucinacemi (MKN-10).

Nediferencovaná schizofrenie (F20.3) Jedná se o stavy splňující kritéria schizofrenie, ale nelze je zařadit do žádného z podtypů, nebo pokud se objevují příznaky více podtypů.

Postschizofrenní deprese (F20.4) Depresivní stav přetrvávající po schizofrenním onemocnění. Některé z příznaků, pozitivních či negativních, jsou stále přítomny, ale nedominují. V tomto stavu se zvyšuje riziko suicidálních tendencí (MKN-10).

Reziduální schizofrenie (F20.5) Jedná se o chronický stav po odeznění typických příznaků schizofrenní ataky. Příznačnými projevy jsou podivínství a zanedbávání sebe i okolí (Češková, 2006). Přetrvávají negativní symptomy jako psychomotorické zpomalení, otupělost afektu, pasivita a ztráta iniciativy, chudá řeč a omezení neverbální komunikace (MKN-10).

Simplexní schizofrenie (F20.6) Podle MKN-10 se schizofrenie simplex projevuje pozvolným, ale progresivním rozvojem podivností v chování, nedostatečným vyhovováním společenských požadavků a celkovým úpadkem projevu.

Jiné schizofrenie (F20.8) Zde řadíme cenestopatickou schizofrenii.

Schizofrenie NS (F20.9)

Naproti tomu DSM-V již nerozlišuje jednotlivé subtypy schizofrenie. Schizofrenii definuje přítomností bludů, halucinací, neuspořádaností řeči a chování a řadou dalších příznaků, které způsobují obtíže v oblasti sociálních vztahů a pracovního zařazení.

Příznaky podle DMS–V musí být přítomny minimálně šest měsíců, z toho jeden měsíc akutních příznaků. Jedinec musí podle nové revize MKN vykazovat minimálně dva ze specifikovaných příznaků (www.psychiatry.org). Höschl (2013) upozorňuje na to, že katatonie je nyní podle DMS–V nově oddělena, jakožto nespecifický a odlišně definovatelný příznak.

Dalším, specifickým druhem schizofrenního onemocnění, je **schizofrenie vznikající v dětství**. Jedná se o závažnou duševní poruchu narušující vývoj dítěte v mnoha oblastech. Prognóza je u tohoto druhu onemocnění horší než u schizofrenií rozvíjejících se v dospělosti. U dětí se objevuje úzkostnost, autistické projevy, poruchy afektivity a narušené je rovněž pojetí vlastní identity (Vágnerová, 2002). Prognóza schizofrenie vznikající v dětství je horší než u dospělých (Malá 2015).

V praxi je ovšem mnohdy, pro velkou variabilitu příznaků a proměnlivost onemocnění, velmi složité jednotlivé typy schizofrenie rozpoznat a přesně diagnostikovat. Z tohoto důvodu, jak již bylo výše řečeno, v nové verzi DSM–V bylo od diagnostiky subtypů upuštěno.

1.2.2 Epidemiologie

Považujeme za důležité rovněž připomenout (Neumanová, 20014), že se jedná o poměrně časté onemocnění, kdy se celoživotní prevalence odhaduje kolem 1 – 1, 5 % celosvětové populace. Výskyt onemocnění není vázaný na vyspělost kultury ani na mentální schopnosti jedince. Rovněž výskyt mezi muži a ženami je totožný. Rozdíl je pouze v průměrném období výskytu první ataky, kdy u mužů dochází k počátku schizofrenie nejčastěji mezi 15 až 25 lety, u žen pak ve věku 25 až 35 let (Praško, 2005). Z toho je schizofrenie v dětství (10. – 15. rok věku) diagnostikována ve 4 % (Malá, 2008). Ojedinele se schizofrenie může diagnostikovat u dětí mladších deseti let a v pozdním výskytu po čtyřicátém roku věku (Malá, 2015 in Lečbých & Friedlová, 2015). U žen je popsán obecně mírnější průběh onemocnění než u mužů. Ženy rovněž lépe reagují na léčbu a dochází k méně častým hospitalizacím a k lepšímu sociálnímu začlenění. Tento jev je přičítán vlivu estrogenů na dopaminergní systém (Češková, 2006).

1.2.3 Příčiny vzniku onemocnění (etiopatogeneze)

Jak již v předchozí práci uvedla Neumanová (2014) schizofrenie a psychotické poruchy jsou skupina onemocnění s nejasnou etiologií. Existuje celá řada teorií, které se vznik tohoto okruhu onemocnění pokouší vysvětlit. Jako příčiny vzniku schizofrenního onemocnění bývá označována celá řada faktorů od osobnostních predispozic, genetické zátěže, vliv sociální, situační až po vliv prostředí. Jedná se o tzv. biopsychosociální model vzniku psychického onemocnění, kdy současně může působit více rizikových činitelů, které se dle Praška (2011) dělí do čtyř základních okruhů: biologických, psychologických (osobnost, terapeutický vztah aj.), užších sociálních (rodina) a širších sociálních. Alanen (1997, in Pěč, & Probstová, 2009) vnímá schizofrenii jako komplexní problém, kdy se nemoc rozvíjí na základě reakce na životní krizi u jedince s „horší“ psychologickou a biologickou výbavou.

Libiger (2002) za hlavní teorie původu a podstaty tohoto onemocnění považuje evoluční teorii, neurovývojový a neurodegenerativní model a teorii funkčního rozpojení.

– Evoluční teorie se zamýšlí nad skutečností, že i přes to, že je onemocnění do určité míry genetickou záležitostí a osoby s touto poruchou mívají méně potomků, i přes to se rovnoměrně udržela v populaci dodnes. Podle teorie Crowa (Höschl, Libiger, & Švestka, 2002, 386-387) je schizofrenie:

...specificky lidské onemocnění. Jeho symptomy mají základ v narušených schopnostech kognitivních a komunikačních. Toto narušení je důsledkem nadměrné variability evolučně nedávné genetické vlohy pro hemisferální asymetrii. Ta se projevuje funkční lateralizací a specializací mozkových hemisfér. Onemocnění je výlučně lidským fenoménem a vzniklo v důsledku „adaptivní“ mutace genu, která umožnila asymetrický vývoj hemisfér...Extrémní varianty vysoce polymorfního genu pro mozkovou asymetrii jsou pak spojeny s hraničními osobnostními strukturami a dispozicemi, které se mohou projevit jako psychóza.

Schizofrenie podle Crowova pojetí by se dala definovat jako „genetická encefalopatie“, kdy vzhledem k funkční lateralizaci hemisfér nedošlo k dostatečnému rozvinutí funkce levé hemisféry, což má za následek sníženou schopnost symbolické komunikace, řeči a modulace sociálních vztahů (Höschl et al., 2002).

– Neurovývojový a neurodegenerativní model vzniku schizofrenie se zaměřuje na epidemiologické nálezy, klinickou zkušenost a zjištění z oblasti neuroanatomie, neurofyziologie a neuropsychologie. Podle neurodegenerativního pojetí má onemocnění počátek v průběhu dospívání nebo v dospělém věku a probíhá jako proces úpadku duševních schopností. Naproti tomu neurovývojové pojetí předpokládá, že dispozice k onemocnění je přítomna od fetálního stadia vývoje jedince či období perinatálního. Příznaky jsou pak jako mírné kognitivní nebo sociální poruchy přítomny prakticky již od dětství a psychóza je pak jen vývojovým stadiem onemocnění. Jako příčiny se pak vedle genetické dispozice mohou řadit komplikace při porodu (hypoxie) a virová onemocnění matky ve druhém trimestru těhotenství. Za další rizikové faktory se považuje preeklampsie, inkompabilita Rh faktoru, podvýživa matky v prvním trimestru těhotenství, horečky matky aj. Tato vrozená nebo časně získaná vloha společně se specifickou zátěží rozvíjí samotné psychotické onemocnění (Höschl et al., 2002).

– Teorie funkčního rozpojení. Podle jedné z teorií D. R. Weingergera & B. Bogertse je zásadním patogenickým mechanismem porucha propojení mezi limbickým systémem a prefrontální mozkovou kůrou. Podle druhé teorie T. Crowa porucha propojení souvisí se specificky lidskou, geneticky danou nerovnováhou mezi pravou a levou hemisférou. Třetí teorie C. D. Fritha & S. A. Spence považuje za zásadní kortikální „rozpojení“ a nesoulad mezi korovými oblastmi, podílejícími se na plánování, a těch, které jsou spojeny mezi provedením samotné činnosti (Höschl et al., 2002).

V současnosti je rozvíjen názor, že jedinec, kterého postihlo toto onemocnění, má určitou specifickou biologickou náchylnost pro tuto poruchu, která vlivem určité zátěže vede k rozvoji onemocnění. Tento rozvoj je častý v období puberty, kdy dochází k prudkým změnám fyzickým a psychickým. Tato náchylnost je nejčastěji vrozená nebo získaná v raném vývojovém období jedince. Může být jednak geneticky podmíněná, kdy riziko onemocnění výrazně stoupá v případě onemocnění blízkých rodinných příslušníků, nebo získaná vlivem prostředí, například u osob s poporodními komplikacemi, při prodělaném virovém onemocnění matky v průběhu těhotenství, narušeném vývoji plodu, hypoxii apod. Zátěž, která zapříčiní manifestaci onemocnění, může být nejrůznějšího rázu od biologického (nemoc, alkohol, drogy) až po psychosociální (akutní stres, špatné vztahy

aj.) (Češková, 2006). Malá (2008) uvádí, že u dětí s diagnostikovanou psychotickou poruchou, probíhala až v 70 % v těhotenství jejich matek silná emoční a psychická zátěž.

Některé studie přichází s oživením hypotézy, že za vznikem schizofrenního onemocnění mohou stát také **virová onemocnění matky**, prodělaná během těhotenství. Tyto teorie by mohly vysvětlovat řadu klinických, genetických a epidemiologických aspektů, jako jsou například zvýšená pravděpodobnost výskytu schizofrenie u osob narozených v zimě a na jaře, regionální rozdíly a rozdíly ve městech a na venkově. Přímé studie virových infekcí a přítomností protilátek u osob s psychiatrickou diagnózou tento jev ovšem doposud spolehlivě nepotvrdily (Yolken, & Torrey, 1995). Libiger (2002) za významnou považuje především virovou nákazu chřipkou, prodělanou ve druhém trimestru těhotenství matky. Se zvýšeným výskytem schizofrenní poruchy je také spojováno **onemocnění toxoplazmózou v latentním stadiu**. Existuje předpoklad, že výskyt toxoplazmózy zvyšuje dopaminergní aktivitu mozku (Flegr et al., 2003, Gaskell et al., 2009, in Horáček et al., 2012). Jiné studie vyzdvihují vliv **prenatálního deficitu vitamínu D**, který je potentním induktorem syntézy nervových růstových faktorů (Motlová & Koukolík, 2004).

Zvýšené riziko genetické zátěže přenášené z rodičů na děti bylo prokázáno řadou studií. Je známo, že trpí-li touto poruchou jeden či oba rodiče, je rovněž jejich potomek vystaven zvýšenému riziku, že u něj nemoc během života propukne. Praško (2005) uvádí, že v případě onemocnění jednoho rodiče je riziko rozvoje nemoci přibližně 10 %. U osob, jejichž oba rodiče mají diagnostikovanou schizofrenii, je pravděpodobnost onemocnění pak 30 až 40 %. Různé studie se pak v těchto údajích mnohdy rozcházejí, vliv dědičnosti je ovšem prokázán, a to nejen z rodičů na dítě, ale také u sourozenců, dvojčat i vzdálenějších příbuzných, kdy ve zvýšené míře hrozí rozvoj poruch schizofrenního spektra. (Malá, 2005). U jednovaječných dvojčat byla nalezena konkordance pro onemocnění schizofrenií 48 %, u dvojčat dvouvaječných je prokázána konkordance 4 – 10 %. U příbuzných pacientů se schizofrenií existuje také vyšší riziko onemocnění rovněž jiným typem duševního onemocnění, především pak tzv. poruchami schizofrenního spektra (Höschl et al., 2002).

U osob se schizofrenií lze často zobrazit řadu strukturálních a funkčních abnormalit. MR může být zobrazeno snížením objemu některých mozkových struktur, jako je temporální lalok, amygdala, dorzolaterální prefrontální kortex (Češková, 2006). U pacientů se schizofrenií dochází k prokazatelnému rozšíření komorového systému, k regionálnímu

rozšíření mozkových rýh a zmenšenému corpus callosum proti běžné populaci (Malá, 2008). U třetí mozkové komory se jedná až o 83 % pacientů (Höschl et al., 2002).

Bylo také opětovně zjištěno narušení neurotransmitterových systémů, konkrétně dopaminu, jehož nadbytek v mozku způsobuje přenos neúnosného množství informací. To vede k neschopnosti mozku odlišit důležité informace od nedůležitých a informace přicházející z vnějšího světa od informací, které vstupují z jiných částí mozku (Praško, 2006). Mezi další biochemické látky, které se mohou podílet na vzniku a průběhu psychotického onemocnění, patří neuropřenašeče serotonin, noradrenalin, glutamát, kyselina γ -aminomáselná aj. (Höschl et al., 2002).

Zajímavé poznatky k prevalenci a etiologii psychotických onemocnění se projevují také v sociální oblasti. Byl zjištěn vztah mezi vyšším výskytem schizofrenního onemocnění a hůře placeným povoláním, což se ale spíše považuje za důsledek onemocnění než za jeho příčinu. Některé studie hovoří o vyšším výskytu závažných životních událostí přibližně čtvrt roku před relapsem onemocnění. Vliv je také přikládán míře emoční expresivity (EE) u osob pečujících a poruchám komunikace v rodinách nemocných (Höschl et al., 2002).

Vznik a rozvoj psychotické poruchy je tedy často přímo souvislý se sociálními či rodinnými vlivy, které se mohou spolupodílet na jeho rozvoji. Eliminace negativních vlivů ze strany společnosti či rodiny by mohla vést ke snížení počtu psychotických atak.

1.2.4 Příznaky, průběh a prognóza onemocnění

Připomínáme (Neumanová, 2014), že u poruch schizofrenního okruhu dochází k narušení většiny psychických funkcí. Za hlavní příznak psychotických poruch se může pokládat tzv. „dezintegrace funkcí já“, jejímž důsledkem je ztráta testování reality, tedy odlišení vnitřního od vnějšího (Pěč, & Probstová, 2009). Příznaky schizofrenie se dále dělí na pozitivní, negativní, kognitivní a afektivní.

Pozitivní příznaky, také jinak nazývané psychotické (Češková, 2006), jsou převážným důvodem hospitalizací. Řadí se mezi ně poruchy vnímání (halucinace), poruchy myšlení (bludy) a poruchy chování. *Halucinace* se objevují nejčastěji sluchové. Vyskytují se také halucinace intrapsychické, zrakové, čichové, chuťové a tělesné. Dále poruchy obsahu myšlení – *bludy*, které obsahují mylné a nevývratné přesvědčení člověka o pronásledování, nadpřirozenosti, vkládání myšlenek aj. Řadí se zde také *poruchy*

chování, které pramení z bludů a halucinací vyskytujících se u nemocných osob. Češková (2006) uvádí, že pozitivní příznaky jsou úzce propojeny s regionálně zvýšenou dopaminergní aktivitou. Pozitivní příznaky dobře reagují na farmakologickou léčbu. Převažují v raných stádiích onemocnění, nebo u osob v relapsu či u chronicky nemocných (Praško, 2005).

Negativní příznaky představují především *snížení emotivity a volní složky*. Projevují se snížením motivace, apatií, sociální izolací, snížením prožitku radosti, ochuzením řeči a myšlení. Negativní příznaky mají za následek dlouhodobé snížení kvality života nemocného. Tento typ příznaků souvisí s regionálně sníženou dopaminergní aktivitou na úrovni frontálního kortexu (Češková, 2006).

Negativní příznaky oproti pozitivním v mnohem větší míře ovlivňují sociální i pracovní zařazení pacientů, včetně jejich celkové kvality života. Oploštělá emotivita, ochuzení řeči, anhedonie, nedostatek vůle či psychomotorické zpomalení výrazně postihují schopnosti pacientů i v době, když pozitivní příznaky schizofrenie již vymizely. Větší závažnost negativních příznaků v začátku onemocnění také souvisí s nepříznivým průběhem onemocnění. I když míra ovlivnění negativních příznaků pomocí antipsychotik druhé generace je významnější než u antipsychotik generace první, i přesto je považována z klinického hlediska za neuspokojivou. Nedostatečně účinná léčba negativních příznaků je v současnosti považována za jeden z největších problémů léčby schizofrenie (Příkryl, & Kučerová, 2008, 350).

Kognitivní příznaky Češková (2006) považuje za základní příznaky přítomné ještě před samotnou manifestací psychózy a za hlavní příčinu sociálního nepřizpůsobení po překonání pozitivních příznaků. Váží se na regionální, strukturální, funkční abnormality CNS. Kognitivní příznaky zahrnují poruchy paměti, exekutivních funkcí (schopnost plánování a řešení úkolů) a poruchy pozornosti.

Kognitivní příznaky přetrvávají jako trvalé následky u postižených osob často v průběhu celého života. Šíře kognitivních deficitů může být velmi variabilní. Od izolovaných deficitů, po globální poškození, která již mohou naplňovat kritéria pro diagnózu demence. Změny je často možné vysledovat již v průběhu premorbidního vývoje. Objevují se osobnostní nápadnosti, částečné poškození verbální paměti a čichu (Obereignerů et al., 2011). Klinicky významný kognitivní deficit se objevuje podle Palmera

(1997, in Tůma & Lenderová, 1999) až u 40 – 60 % osob s diagnózou schizofrenie. Pouze u 15 % osob v remisi je kognitivní výkonnost srovnatelná s běžnou populací.

Další skupinou jsou afektivní příznaky. Ty se mohou objevit kdykoliv v průběhu onemocnění. Zahrnují deprese, mánie, úzkosti. Tyto příznaky mohou vést k suicidálním pokusům. Podobně jako u poruch kognitivních funkcí mají afektivní příznaky často celoživotní působení a mohou ovlivňovat začlenění do běžného života (Praško, 2005).

Příznaky u jednotlivých osob jsou velmi různorodé a v průběhu onemocnění se mohou proměňovat. Rovněž průběh onemocnění se u jednotlivých osob může značně odlišovat.

Projevy onemocnění se dají mírnit léčbou. U jedné třetiny osob dojde po jedné či několika atacích k úplnému ústupu příznaků onemocnění a k návratu do běžného života. Jedna třetina osob zažívá střídání opakovaných relapsů, kdy dochází v průběhu života k opětovnému návratu psychotických příznaků a neúplných remisí. Tyto osoby se již mnohdy nedokážou vrátit do běžného života, zaměstnání a studia. Bývá jim obvykle přiznán nárok na invaliditu. U poslední třetiny osob i přes léčbu nedojde k odstranění příznaků psychózy a zůstávají odkázány na pomoc rodiny či zdravotnického zařízení. Kvalita života u těchto osob je zásadně narušena (Češková, 2006). Prognóza u osob se vznikem onemocnění v dětském věku nebo v adolescenci je pak významně horší. Přibližně 20 % pacientů dosahuje dobré remise. Dalších 50 % osob dosahuje remise špatné, s výraznou sociální maladaptací (Malá, 2008).

Nejčastěji k onemocnění dochází v období dospívání a časné dospělosti. Častěji se onemocnění rozvíjí postupně s tzv. prodromálními příznaky, které předchází samotnému onemocnění. Tyto příznaky trvají od tří do pěti let. Prodromy se často kryjí s osobnostními rysy nebo se specifickým vývojovým obdobím jedince, takže jsou často pro sociální okolí špatně rozpoznatelné. Může se jednat o uzavřenost, pasivitu, introvertnost, dále poruchy pozornosti, bolesti hlavy a svalů, slabost aj. Později se objevují další příznaky, zaujetí sebou, zaujetí vírou, hloubavost, zvláštnosti v oblékání, podrážděnost, vztahovačnost, úzkostnost, neklid, nespavost, bludy a halucinace. Dochází k postupnému stupňování těchto příznaků, až k propuknutí psychotické ataky (Praško, 2005).

Schizofrenie zpravidla probíhá jako epizodické onemocnění s relapsy. Ataky bývají vyprovokovány stresem, nebo zátěžovou situací. Příznivější prognóza je u osob,

kteře onemocněly náhle a převažují u nich pozitivní příznaky. Méně příznivá prognóza je u osob s plíživým počátkem onemocnění a převážně negativními příznaky. Pro příznivou prognózu je velmi důležitá spolupráce s rodinou i blízkými osobami. Velký vliv má také to, jestli má nemocná osoba fungující partnerství či stabilní zaměstnání nebo studium (Praško, 2005). Češková (2006) upozorňuje, že k nepříznivým prognostickým faktorům se řadí také mužské pohlaví, nízký věk počátku onemocnění, nepřítomnost spouštěcích činitelů, život bez partnera, schizofrenie v rodinné anamnéze, užívání návykových látek a dysfunkční rodina s vysokým emočním napětím.

Recidivy se vyskytují až u 60 % osob s psychotickým onemocněním. Kritické období pro vznik nové ataky je devět až dvanáct měsíců po skončení nemoci (Kalina, 1987).

Za remisi je pak považován stav, kdy dochází k symptomatickému zlepšení v osmi položkách posuzovací stupnice (PANSS – Positive and Negative Syndrom Scale). Intenzita symptomů je pak rovna, nebo menší než tři ze sedmibodové posuzovací stupnice, a to po dobu nejméně šesti měsíců. Posuzují se bludy, dezorganizace myšlení, halucinatorní chování, neobvyklý myšlenkový obsah, manýrování, oploštělá emotivita sociální stažení a snížená spontanieta (Andreasen et al., 2014).

1.2.5 Léčba

Léčba duševního onemocnění je zpravidla dlouhodobý proces vyžadující spolupráci nemocného i jeho nejbližších. Často je zdůrazňován komplexní přístup v léčbě psychotických poruch, kdy farmakologickou část léčby doplňuje psychosociální intervence. M. Češková (2006) rozlišuje tři fáze léčby schizofrenie. **Akutní léčba**, kdy dochází k odstranění pozitivních příznaků. Jedná se o relativně krátké období (4 – 8 týdnů). Akcent je kladen na léčbu farmakologickou. **Fáze stabilizace**, kdy je primární snahou udržení výsledků akutní léčby. I v této fázi obvykle přetrvávají negativní a kognitivní příznaky. Třetí fází je **fáze stabilní**, jejímž cílem je prevence relapsu a dosažení remise.

Cohen (2002) přibližuje postup léčby následovně. Základem je biologická léčba neuroleptiky a psychoterapie. Dalšími kroky jsou sociální opatření, ambulantní léčba, krizová intervence. Dále terapie činnostní a pracovní, na kterou navazují chráněné dílny, denní centra, chráněné bydlení, finanční podpora a podpora pro pacienty, příbuzné a pečující osoby.

Mezi další možnost léčby se řadí repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS), která má podle Přikryla (2011) pozitivní účinky při léčbě schizofrenních, zejména negativních příznaků, které současná farmakologická léčba ovlivňuje jen v pouze omezené míře.

Masopust et al. (2009) upozorňuje na to, že compliance i adherence pacienta je výrazně ovlivněna řadou faktorů, které vycházejí jednak ze samotného pacienta, jeho prostředí, lékaře i samotné léčby. Značný vliv hraje také míra nežádoucích účinků. Důležitým faktorem, je také míra náhledu pacienta. U osob s velmi vysokým IQ byla zjištěna vyšší míra náhledu svého onemocnění, než u osob s nízkým IQ (Tůma & Lenderová, 1999). „Spokojenost s terapií a spolupráce při léčbě jsou důležitými předpoklady pro dosažení remise“ (Masopust et al., 2009, s. 13).

Léčba psychotických a schizofrenních poruch se dělí na biologickou a psychosociální.

Léčba biologická

Léčba psychofarmaky je dlouhodobý, u chronických průběhů celoživotní proces. M. Češková (2006) uvádí, že při vysazení farmak je riziko relapsu trojnásobné. Relapsy jsou potom dehonestující aspekt léčby, jelikož snižují lékovou odpověď a vedou k rezistenci na léčbu.

K léčbě psychotických onemocnění se využívají především antipsychotika (dřívější název neuroleptika), v současnosti jsou preferována antipsychotika dalších generací, která efektivněji ovlivňují nejen pozitivní příznaky, ale také negativní a afektivní příznaky (Janů, 2004, in Raboch, 2004). Tato léčiva fungují na principu blokády dopaminových receptorů v konkrétních oblastech mozku (Praško, 2005). Léčiva jsou poskytována formou tablet, kapek, injekčním podáním a některé z léků také formou depotní injekce. Antipsychotika mohou způsobovat řadu nežádoucích účinků. Jedny z nejčastějších jsou postižení pohybového aparátu, jako záškuby, křeče a celkový neklid. Později se může objevovat strnulost svalstva, třes, zvýšené slinění. Při dlouhodobém užívání vysokých dávek léčiv se mohou vyskytnout mimovolní, stereotypní pohyby. Mezi další možné nežádoucí účinky se řadí sucho v ústech, zácpa, snížení krevního tlaku a poruchy krevního oběhu. U užívání některých léků se můžou projevit změny v krevtvorbě, alergie a kožní vyrážky, snížení

potence, poruchy menstruačního cyklu, laktace a rozmazané vidění (Hell, & Fischer-Felten, 1997).

Podle Lužného „*mezi závažné negativní dopady při dlouhodobém působení antipsychotik především I. generace se řadí postupné oslabování kognitivních funkcí. Tento fenomén je eliminován u antipsychotik dalších generací (např. Zyprexa – antipsychotikum VI. generace), u kterých se ovšem vyskytuje vyšší riziko vzniku mozkových příhod*“ (přednáška: Novinky z kognitivní neuropsychiatrie – Mírná kognitivní porucha, PN v Kroměříži, 29. října 2013).

V současné době slaví jistou renesanci také využití ECT (ElectroConvulsiveTherapy) při léčbě schizofrenie, často v případě farmakorezistence, nebo v případě výskytu MNS - maligního neuroleptického syndromu - (Orel et al., 2012). Jako další možnosti léčby je uváděna repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS), která má podle R. Přikryla (2011) pozitivní účinky při léčbě schizofrenních, zejména negativních příznaků, které současná farmakologická léčba ovlivňuje jen v pouze omezené míře.

1.3 Psychosociální intervence při léčbě psychotických poruch

Druhou, neméně důležitou částí léčby, je psychosociální intervence. Jedná se o dlouhodobý, často celoživotní proces podpory postižené osoby v nejrůznějších oblastech jejího života. „*Po akutní psychotické fázi (jedné nebo několika) je další vývoj určován ve vzájemném působení s výchozími charakteristikami osobnosti pravděpodobně převážně psychosociálními faktory, odkud plyne též enormní rozmanitost průběhů od úplného uzdravení, přes různé výrazné reziduální stavy až po těžkou chronifikaci*“ (Ciompi, 1982 in Dorner & Plog, 1999, 88).

Psychosociální rehabilitace pak bývá definována jako „*soubor psychosociálních intervencí nebo programů, které facilitují proces obnovení optimálního stupně nezávislého fungování člověka v komunitě*“ (Cnann, 1998 in Furmaníková, 2011, 31-32). Furmaníková (2011) upozorňuje na to, že rehabilitace má obecně pozitivní dopad nejen u osob s diagnostikovaným deficitem kognitivních funkcí, ale i u osob bez tohoto syndromu. Napomáhá k předcházení relapsů a také zmírňuje symptomatologii.

Mezi základní přístupy řadí Praško (2005) podpůrnou psychoterapii, psychoedukaci a rodinnou psychoedukaci, rehabilitaci kognitivních funkcí, nácvik sociálních dovedností, intenzivní individuální komunitní péči, zaměstnání s podporou, chráněné bydlení a v některých případech také kognitivně behaviorální psychoterapie.

1.3.1 Psychoterapie

Při léčbě psychóz bývá hojně využívána psychoterapie. Podle Kaliny (1987) se nejprve se začíná tzv. individuální psychoterapií. Teprve po vyhasnutí akutních příznaků psychózy může dojít k začlenění do skupinové psychoterapie. Podle Strossové (1984) se zaměřuje skupinová psychoterapie u psychotických pacientů na psychodrama, psychogymnastiku, arteterapii, muzikoterapii a na část diskusí, jejíž náplní mohou být aktuální problémy, mohou být tematické anebo interakční. V současnosti se jedná převážně o krátkodobé skupinové psychoterapie na akutních odděleních zdravotnických zařízení a dlouhodobé skupiny v ambulancích a denních stacionářích. Uplatňovanými směry jsou směry skupinově analytické, gestalt, interaktivní behaviorální trénink, podpůrné a řada dalších (Pěč, 2009).

Hojně využívaným psychoterapeutickým směrem je KBT. KBT se zaměřuje mimo jiné také na změnu tzv. atribucí, kdy osoba obvykle přisuzuje určitým událostem stejný význam, ať oprávněně nebo neoprávněně. Během léčby může dojít ke zpochybnění některých atribucí, dochází tak k reatribuci – vytvoření nových atribut – (Beran et al., 2001). Dalšími psychoterapeutickými směry jsou psychoanalýza, expresivní terapie (arteterapie, dramaterapie, muzikoterapie a taneční pohybová terapie). Možný a Praško (1999) pod kognitivně behaviorální terapii řadí rovněž Integrovaný psychoterapeutický program pro schizofreniky, nácvik sociálních dovedností a Program žetonového hospodaření, který byl uplatňován především v šedesátých letech minulého století a který se pro přenos do běžného života ukázal jako neúčinný. KBT se od konce minulého století rovněž orientuje na terapii, která vede k oslabení bludů a halucinací. Tento typ terapie je účinný asi pouze u poloviny pacientů a jeho výzkum je spíše v počátcích (Možný & Praško, 1999).

Již v sedmdesátých letech přišel Wynne s přesvědčením, že schizofrenie je stav, který vychází z interaktivních procesů v rámci rodiny. Z tohoto důvodu předpokládal, že rodinná

terapie může být slibným činitelem při léčbě psychotických poruch (Sluzki, 2007). Důležitým aspektem úspěšnosti terapie je tedy podpora a vhodný přístup rodinných příslušníků. „*Podíl rodiny na terapii je jedním z nejdůležitějších kroků k zabránění recidivám schizofrenie*“ (Rahn & Mahnkopf, 2000, 213). Množství opětovných atak lze omezit až o více než polovinu. V rámci rodinné terapie je důležitější zaměřit se na práci s motivy a představami o problémech, než přímo zasahovat do rodinného systému. Rodinná terapie u schizofrenie je zpravidla dlouhodobá, s větší časovou dotací než u jiných poruch. Dříve se rodinná terapie zabírala příčinami a tím, jak se nemoc vztahuje k rodině, v současné době se ale více osvědčilo orientovat se na proces zvládání a překonávání (Rahn & Mahnkopf, 2000).

1.3.2 Psychoedukační programy

Mezi vhodné nástroje napomáhající při léčbě a opětovném začlenění jedince do společnosti řadíme psychoedukační programy, které seznamují pacienty a jejich příbuzné s onemocněním a možnostmi zvládání obtížných situací s onemocněním spojených.

Preduka – tento program se uskutečňuje v jednom dnu v délce trvání šest hodin. Jedná se o preventivní program proti relapsu psychózy. Určen je pacientům i jejich příbuzným. Vedení zajišťuje lékař (psychiatr) a psycholog. První část programu je společná pro obě skupiny, druhá část probíhá odděleně (Sanity, o.s., 2012).

Témata setkání:

- 1 Organizace a cíle skupinové práce
- 2 Co je to schizofrenie?
- 3 Jaké jsou příčiny schizofrenie?

Prelapse - Jedná se o mezinárodní program určený nemocným s diagnózou schizofrenie a schizoafektivní poruchy. Je doporučený Světovou zdravotnickou organizací (WHO) a Světovou psychiatrickou asociací (WPA). Cílem programu je poskytnutí základních informací o onemocnění a to rovněž pro pacienty, ale i jejich blízké. Program

vede ke snížení počtu relapsů, zlepšení spolupráce mezi členy rodiny a lékařským zařízením a snížení rehospitalizací.

PRELAPSE probíhá formou psychoedukačních skupin – odděleně pro nemocné a jejich rodinné příslušníky. Do jednoho cyklu programu patří celkem 8 setkání s nemocnými a 8 s rodinami. Počet účastníků ve skupině se pohybuje mezi osmi až dvanácti. Při menším počtu účastníků na začátku programu lze předpokládat, že počet lidí na konci již bude příliš malý. Při větším počtu naopak zbývá málo prostoru k vyjádření vlastního názoru a zkušeností pro každého. Skupinu vedou v ideálním případě dva odborníci. Nejčastěji psychiatr nebo psycholog společně se zdravotní sestrou nebo sociálním pracovníkem. Osvědčil se model, kdy je vedoucím skupiny lékař a doplňují ho další spolupracovníci podle právě probíraného tématu. Například při vysvětlování zásad psychosociální rehabilitace může být nápomocna sociální pracovníce, zdravotní sestra se více uplatní v diskuzi o medikaci apod. Je možné přibrat i další odborníky, kteří mají zkušenost z různých oblastí komplexní péče o psychotické nemocné. Účast lékaře na setkáních týkajících se biologických otázek považujeme za nezbytnou. Pacient by měl být zařazen do programu co nejdříve po odeznění akutních příznaků psychózy. Motivace pacientů a příbuzných je pak mnohem větší, než když ataka odezněla před delší dobou. Nejvhodnější je psychoedukace pro pacienty po první atace, ale zařazují se samozřejmě i nemocní, kteří prodělali více atak. Setkání probíhají nejčastěji v rámci následné péče po propuštění z nemocnice, v některých zařízeních se začíná ještě v průběhu hospitalizace. Délka jednoho setkání se pohybuje od 60 do 90 minut, vedoucí musí přihlídnout ke schopnosti účastníků udržet koncentraci. Intervaly mezi jednotlivými skupinami jsou většinou 1 až 3 týdny. Termíny všech setkání by měly být upřesněny na první schůzce. Setkání mají jednotnou strukturu. Toto jednotné uspořádání umožňuje účastníkům snadnější orientaci a usnadňuje též vedení skupiny (Pidrman & Masopust, 2002, 162).

Témata jednotlivých setkání:

1. Organizace a cíle, skupinová práce
2. Co je to schizofrenie?
3. Jaké jsou příčiny schizofrenie?
4. Jak se schizofrenní onemocnění léčí?
5. Psychosociální léčebné postupy

6. Prevence relapsu

7. Úloha příbuzných

8. Závěrečné opakování a hodnocení

IPT- Integrovaný psychoterapeutický program vznikl v 80. letech v Bernu (autoři Brenner, Roder, Hodelová). Jedná se o skupinový program pro trénink kognitivních funkcí, nácvik sociálních dovedností a řešení problémů spojených s psychickým onemocněním. Kombinuje přístupy kognitivního tréninku, skupinově dynamické a KB. Je rozdělen do pěti podprogramů (kognitivní diferencování, sociální vnímání, verbální komunikace, nácvik sociálních dovedností a interpersonální řešení problémů). 1. a 2. program se provádí nejčastěji při hospitalizaci nebo v denních stacionářích. Další je možné praktikovat i v ambulantních podmínkách. Skupina má 4 – 8 pacientů, je co nejvíce homogenní s frekvencí sezení alespoň 2x týdně. Sezení trvá 30 – 90 minut, celková délka terapie je několik týdnů až měsíců. Skupina je vedena hlavním terapeutem a dvěma koterapeuty, kteří mají formálně stejnou úlohu jako pacienti (předvádí modelové řešení úkolů pro pacienty a podporují slabší členy skupiny (Pěč & Probstová, 2009).

Pacienti mohou také využívat služeb sociální rehabilitace a center sociálních služeb, které poskytují pracovní rehabilitaci, pohybovou rehabilitaci, tréninky sociálních dovedností, terapeutické skupiny a řadu dalších aktivit sloužících k začlenění a rozvoji jedince. Další možností jsou svépomocné skupiny a podpůrné komunity.

2 REFORMA PSYCHIATRICKÉ PÉČE

Významný vliv na průběh psychotického onemocnění a následné zařazení do společnosti má přístup sociálního okolí. Nejen zdravotnického personálu, ale především blízkých osob. Za zmínku proto jistě stojí koncept reformy psychiatrické péče, které je v současné době v realizaci, a jež se zaměřuje na změnu nejen přímého lékařského působení, ale také na destigmatizaci duševních poruch. Vychází z řady pozitivních zkušeností evropských států, USA a Anglie, které již řadu let snižují počty lůžek v psychiatrických nemocnicích a péči o osoby s duševní poruchou úspěšně a efektivně delegují do komunitních center a zpět do rodin (Winkler et al., 2013).

Významnou a plánovanou změnou psychiatrické péče v České republice je deinstitucionalizace léčebné péče. Předpokládá vznik Center duševního zdraví, která budou fungovat na komunitní bázi. Dále podpora již existujících ambulantních psychiatrických pracovišť a vybudování nových psychiatrických oddělení v rámci všeobecných nemocnic. V současné době je vytvořena formulace strategie (ve verzi 1.0) a dokončuje se tvorba Národního plánu péče o osoby s duševním onemocněním. Samotná realizace projektů je naplánována až do roku 2020 (Reforma péče o duševní zdraví, nedat.).

MZČR (2013) mezi hlavní cíle Strategie reformy psychiatrické péče se řadí tyto úkoly:

- I. Zvýšit kvalitu psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování – zde se řadí především již zmiňovaný vznik Center duševního zdraví s návazností na sociální oblast a rozšíření poskytované sítě psychiatrických služeb.
- II. Omezit stigmatizaci duševně nemocných a oboru psychiatrie obecně – a to především edukací laické i odborné veřejnosti. Na základě tohoto cíle by měly vznikat tzv. destigmatizační a vzdělávací programy.
- III. Zvýšit spokojenost uživatelů s poskytovanou psychiatrickou péčí. Zde bude využito výsledků plánovaného projektu Standardní klasifikace vybudovaného prostředí u poskytovatelů psychiatrické péče („SKVP“).
- IV. Zvýšit efektivitu psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemoci. Tato oblast by měla vést ke zlepšení a rozšíření pregraduálního a postgraduálního vzdělávání lékařů a odborných pracovníků mimo

oblast psychiatrie tak, aby bylo zajištěno včasné rozpoznání a tím léčba duševní poruchy.

- V. Zvýšit úspěšnost plnohodnotného začleňování duševně nemocných do společnosti (zejména zlepšením podmínek pro zaměstnanost, vzdělávání a bydlení aj.). Toto opatření by mělo vést k lepší provázanosti mezi zdravotní a sociální oblastí a zavedených CDZ.
- VI. Zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb. Hlavní opatření se vztahují na zvýšení efektivity spolupráce mezi složkami státní správy a územní samosprávy.
- VII. Humanizovat psychiatrickou péči.

2.1 Centrum duševního zdraví

Centra duševního zdraví definuje MZČR (2013, 35) jako: „*soubor vzájemně propojených služeb poskytovaných jednou nebo více organizacemi zajišťujícími v daném regionu služby osobám s vážným psychickým onemocněním – Severe Mental Illness (SMI). Primárním posláním CDZ je poskytování psychiatrických zdravotnických a přímo navazujících sociálních služeb s cílem maximální podpory začlenění klientů do jejich vlastního sociálního prostředí*“. Jedná se o nový nízkoprahový pilíř poskytovaných zdravotnicko-sociálních služeb. Služby by měly být vysoce individualizované a poskytované v co nejvyšší možné míře v jejich přirozeném prostředí. V CDZ bude poskytována intervence psychiatrická, klinicko-psychologická a sociální. Mohou fungovat samostatně, nebo jako součást psychiatrických oddělení nemocnic nebo psychiatrických nemocnic, případně psychiatrických ambulancí. Měla by být umístěna v běžné občanské zástavbě. Jedním z hlavních úkolů je implementace programů začleňování rodin do poskytované péče CDZ a také zapojování uživatelských organizací. Součástí CDZ bude také zajištění krizového centra (telefonická krizová intervence a krizová lůžka). CDZ by měla vznikat vždy jedno na max. 100 tisíc obyvatel, v dojezdnosti 30 minut veřejnou dopravou a měla by fungovat v nepřetržitém provozu.

Centrum duševního zdraví je mezičlánkem mezi primární péčí včetně ambulantní psychiatrické péče a lůžkovou – akutní i specializovanou – péčí. Jeho funkcí je prevence

hospitalizací či jejich zkracování a nápomoc k reintegraci dlouhodobě hospitalizovaných do běžné komunity. Za tímto účelem Centrum duševního zdraví jednak vytváří potřebné programy, jednak zajišťuje v rámci své spádové oblasti funkční propojení ambulantní a lůžkové péče. Tým Centra duševního zdraví pracuje formou „case managementu“ a poskytuje flexibilní, individualizovanou službu všem potřebným klientům ze spádové oblasti bez čekací doby. K zajištění hlavního cíle, maximální společenské integrace a klinického i sociálního (recovery) zotavení klientů, spolupracuje Centrum duševního zdraví ve svém regionu s dalšími potřebnými subjekty a službami jak specializovanými, tak těmi, které jsou určeny pro běžnou populaci v oblasti zaměstnání, vzdělávání, bydlení, volnočasových aktivit aj. (Fiala et al., 2014).

3 RODINA JAKO JEDEN Z MILNÍKŮ

Duševní onemocnění je typ nemoci, který se významně odráží v životě nejen samotného jedince, ale také v jeho širším a především užším sociálním prostředí. Nemoc se úzce dotýká partnerů, dětí, rodičů, přátel, kolegů... Nemocný zůstává v pracovní neschopnosti, je finančně závislý na ostatních členech rodiny. Mnohdy ukončuje studium. Psychotické onemocnění mnohdy stojí za rozpadem partnerských vztahů. Onemocnění ztěžuje navazování nových přátelských i partnerských vztahů. Časté je také to, že nemocný zůstává vzhledem k možné kolísavosti zdravotního stavu a případně chronicitě trvale v soužití a v určité míře péče svých rodičů. To vše původní rodinné příslušníky značně zatěžuje a může vést na jedné straně k rozpadu rodiny a na straně druhé až k úzkému semknutí rodiny v extrémních případech izolaci rodiny od okolních sociálních kontaktů. Přitom u osob s diagnózou psychotické poruchy zůstává zachována většina potřeb jako u většiny populace, tedy začlenění do typických sociálních rolí, potřeby kontaktu s jinými lidmi a potřeby intimity (McDonald & Badger, 2002).

Rodina a blízké sociální kontakty mají nepopiratelný vliv na psychický vývoj jedince a zvládání nepříznivých okolností vč. genetických dispozic. Malá (2008) uvádí, že tzv. „rozbitý domov“ nebo konfliktní rodinné prostředí se vyskytuje až ve 40 % sociálních anamnéz osob s diagnózou schizofrenie. Naopak pacienti ve věku adolescence, kteří mají dobré rodinné zázemí před psychotickou atakou a disponují dobrou sociální adaptací, mají výrazně lepší prognózu, než adolescenti bez kvalitního sociálního zázemí.

3.1 Podíl rodiny a sociálního okolí na vzniku onemocnění

Jak již bylo výše řečeno, vliv rodiny před propuknutím onemocnění i v premorbidním období může být zásadní. Motlová & Koukolík (2004, 96) hovoří dokonce o tom, že: „*Rodinné prostředí hraje klíčovou roli při oslabování vlivu genetického rizika*“. Na jedné straně jsou tedy vrozené dispozice, které byly popsány v kapitole zabývající se vznikem psychotické poruchy. Hovoří o nich například zmiňovaný neurovývojový model, který významný vliv na vznik psychotické poruchy přikládá změnám v období prenatálním či perinatálním. Na straně druhé stojí sociální vlivy, které ovlivňují vývoj jedince a případný rozvoj nemoci.

Počátky výzkumu rodinného prostředí v rodinách s výskytem schizofrenie se datují do roku 1930, kdy Sullivan popsal rodinnou interakci v rodinách takto zasažených osob. Později, v roce 1948 Richmannová vyslovuje teorii tzv. „**schizofrenogenní matky**“. Takovou matku charakterizuje jako agresivní a dominantní, přitom však nejistou. Dítě je vystavováno odmítavému a neadekvátnímu chování a ambivaletnímu přijetí. Tento traumatizující a obviňující koncept se pokusilo několik výzkumů objektivizovat (např. Gerard a Siegels, 1950). Tato teorie byla dlouhá léta laickou i odbornou veřejností široce přijímána a rodiny schizofrenních dětí byly tímto hluboce traumatizovány. Až v roce 1967 se objevují první kritiky této koncepce, které byly podpořeny výzkumem Hestona, kdy srovnal vybraný soubor dětí, které se narodily matkám s diagnózou schizofrenie a byly umístěny do náhradní rodinné péče se skupinou dětí s rodiči bez diagnózy duševního onemocnění, které byly rovněž umístěny do adoptivních rodin. Heston prokázal, že u dětí matek bez duševního onemocnění se schizofrenie nevyskytla ani jednou, zatímco u dětí schizofrenních matek bylo riziko onemocnění až 16% (Zvolenský, 1973 in Malá, 2005).

V roce 1956 přináší americký biolog Bateson teorii „**dvojně vazby**“. Autor definuje dvojnou vazbu jako stavy dospělých osob s diagnózou schizofrenie, jejichž situace byla významně ovlivněna specifickým zážitkem z dětství, kdy si k nim klíčová osoba (nejčastěji matka), vytvořila tzv. dvojnou vazbu. Komunikace je specifická přítomností primárního negativního příkazu, který vede k vyhýbání se trestu a sekundárního příkazu, který je v rozporu s prvním a který může být prezentován i neverbálně. Dítěti je zároveň znemožněn únik z této situace. Každá část této komunikace může u dítěte vyvolávat paniku nebo vztek. Výsledkem je to, že dítě se tomuto specifickému komunikačnímu přístupu přizpůsobí a rozštěpí svou identitu, což se může stát významným prediktorem vzniku psychotické poruchy (Bateson et al., 1956). Tato porucha rodinné komunikace rozhodně nemůže být považována za jedinou dostačující podmínku rozvoje onemocnění, ale výzkumy je dokázáno, že se v rodinách s výskytem psychotických poruch objevuje významně častěji (Bateson et al., 1956).

V 60. letech popsali, Wynne a Singerová, specifickou komunikaci v rodinách schizofrenních pacientů, ve kterých se vyskytovaly komunikační vzorce, které nazvali tzv. „**pseudovzájemností**“. Tyto rodiny se na venek okolnímu sociálnímu prostředí prezentovaly jako semknuté a respektující. Ve skutečnosti mezi jednotlivými členy panovalo značné odcizení (Höschl et al., 2002). Tato komunikace je specifická

charakteristickou fragmentací, zmatkem a iracionalitou, což vede ke zvýšené interpersonální zranitelnosti, která se může později rozvinout v psychotické projevy. Typický je také výrazný emoční odstup mezi jednotlivými členy rodiny (Skorunka & Hajná, 2007).

V roce 2004 (Tienari, Wahlberg & Winne, 2006) byly publikovány výsledky finské studie, která se zaměřila na sledování jedinců v adoptivních rodinách a souvislostí mezi mírou fungování adoptivní rodiny a rozvojem schizofrenní poruchy. Longitudiální studie, trvající 21 let, prokázala, že adoptované děti s vyšším genetickým rizikem pro rozvoj schizofrenie jsou citlivější na patologickou výchovu v dysfunkčních rodinách. Významně se u nich zvyšuje riziko rozvoje schizofrenní poruchy, na rozdíl od adoptivních rodin poskytujících zdravé rodinné prostředí. Tato studie tedy podpořila hypotézu autorů o **vzájemné interakci mezi genotypem a vlivem prostředí**, kdy k rozvoji onemocnění nestačí ani samotné genetické riziko a ani pouze dysfunkční rodinné prostředí.

Výzkumem **komunikační odchylky (Communication Deviance)** v rodinách schizofrenních pacientů se zabýval také Roisko et al. (2011). Communication Deviance (CD) je autory definován jako narušená schopnost u rodinných příslušníků, sdílet a udržet zaměřenou pozornost při komunikaci, kdy je jen obtížně sledována řeč a sdělované významy nejsou sensuálně nebo vizuálně validovány. Jejich studie potvrdila hypotézu, že tento typ narušené komunikace v těchto rodinách není pouze občasný stav, ale je spíše trvalým komunikačním rysem. Tyto časté komunikační projevy mohou ovlivnit kognitivní vývoj dospívajícího jedince a předurčit ho k rozvoji poruchy schizofrenního spektra.

Studie prokázaly rovněž **vyšší výskyt schizofrenie u migrantů**, kteří se dostávají do nového prostředí a jejichž sociální pozice je nejistá a znevýhodněná proti původním obyvatelům. Podobně vypovídají výzkumy Mexičanů, kteří přicházeli do USA s blíže neurčenou přirozenou ochranou proti duševním poruchám, která ale v americké společnosti selhává. Předpokladem je, že tato ochrana je založena na tradičních velmi silných poutech, která jsou v mexických rodinách přítomna, zároveň s emoční podporou a pocitem bezpečí pro všechny členy skupiny (Motlová & Koukolík, 2004).

Na toto téma byl v roce 2009 uskutečněn zajímavý výzkum, který se zaměřil na **příjetí, rodinné vztahy a psychotické symptomy mezi palauskými mladistvými**, u kterých je prokázáno geneticky zvýšené riziko rozvoje schizofrenie proti běžné,

celosvětové populaci. Výzkum zahrnoval 184 dospívajících z republiky Palau (prevalence schizofrenie je v Palauské republice 1,99 % a 2,67 % pro ostatní psychotické poruchy), kteří byli identifikováni jako osoby se zvýšeným rizikem k rozvoji schizofrenie a jiných psychotických poruch. Studie měla ověřit hypotézu, že přijetí bude fungovat jako ochranný faktor u osob se zvýšeným genetickým rizikem rozvoje psychotických příznaků. Na základě dotazníku KSADS-PL a zároveň zprávy samotné mládeže byla posouzena vnímaná kvalita rodinných vztahů. Výsledky ukázaly, že u „přijatých“ mladistvých docházelo s menší pravděpodobností k rozvoji psychotických příznaků, než u „nepřijatých“ mladistvých osob. Ale i u přijatých dospívajících, u kterých jsou chudší rodinné vztahy, je pozorován významně vyšší výskyt psychotických příznaků. Závěr se dá tedy shrnout do tvrzení, že míra přijetí a pozitivních rodinných vztahů má významný vliv na rozvoj psychotických příznaků u osob s prokazatelně zvýšeným rizikem onemocnění schizofrenií či psychotických poruch (Ierago et al., 2010).

Read (et al., 2005) ve své metaanalýze poukazuje na významný vliv traumat vzniklých v dětství na rozvoj psychotických a schizofrenních příznaků u jedinců s vulnerabilitou k psychotickému onemocnění. Jedná se zejména pak o halucinace, a to především sluchové.

3.2 Vliv rodiny na úspěšnost léčby

Léčba schizofrenie a psychotických poruch je zdoluhavý, často celoživotní proces, mnohdy s velkými výkyvy a změnami zdravotního stavu. Po odeznění akutních, především pozitivních příznaků, které jsou obvykle dobře zvládnutelné farmakologickou léčbou, přichází období dlouhodobé léčby negativních, afektivních a kognitivních příznaků. Jak bylo výše uvedeno, jedna třetina osob, u které propuklo onemocnění v dospělém věku, dosahuje trvalé a uspokojivé remise, třetina osob se dostává do stavu, kdy dočasné remise střídají relapsy. Třetina osob má pak chronický průběh onemocnění. Vliv rodiny a blízkých osob na průběh onemocnění je zásadní. Kvalitní a dostatečně motivující prostředí k léčbě průběh onemocnění zrychluje a výsledek může významně ovlivnit pozitivním směrem. Naproti tomu osoba osamělá nebo bez kvalitního sociálního prostředí má často průběh onemocnění těžší, zdoluhavější a častěji spadá do chronicity. Rodinní příslušníci mohou

zavčasu rozeznat patologické změny v psychice svého příbuzného a díky tomu bývá léčba zahájena dříve. Rodina také může dohlížet na průběh farmakologické léčby a spolupodílet se a účastnit psychotherapeutické intervence a psychoedukace. Především ale kvalitní rodinné zázemí může poskytovat jedinci smysl života, naději a chuť a vůli k boji se svou nemocí.

Značný význam na průběh a úspěšnost léčby má také **stigmatizace**, která se k duševním poruchám obvykle úzce váže a která zasahuje nejen pacienta samotného, ale také rodinu. V průměru 64,5 % pacientů se cítí být stigmatizováno a kolem 56 % stigmatizaci skutečně zažívá (Gerlinger et al., 2013, in Ocisková et al., 2014).

Výzkumu stigmatizace v počátečních fázích psychotického onemocnění se věnovala studie publikovaná v roce 2009 (tj. rodinné stigma u časných psychózy). Cílem práce bylo zkoumat stigmatizaci jako častý jev, který doprovází psychotické poruchy. Zahrnuto bylo obecné a asociativní stigma, tedy stigma, při kterém je člověk stigmatizován na základě spojení další stigmatizovanou osobou. Tyto formy stigmatizace mohou představovat překážku při hledání pomoci.

Metodou řízeného rozhovoru s 11 rodinnými příslušníky osob s vysokým klinickým rizikem rozvoje psychotické poruchy a 9 pacienty s nedávným nástupem psychózy bylo hodnoceno obecné i asociativní stigma pomocí názorů na duševní onemocnění a rodinných zkušeností. Výsledky této studie naznačují, že úroveň stigmatizace v počátečních fázích nemoci je nízká. Rodiny využívají mnoha podpůrných prohlášení (např. duševně nemocní by měli pracovat, měli by hlasovat atd.). Pouze u etnicky minoritních rodin jedinců s nedávno diagnostikovanou psychózou byl potvrzen pocit studu (možná pramenící z obavy z ještě většího sociálního vyloučení) a prosazují názor, že je třeba nemoc před okolím tajit. Studie tedy naznačuje, že rodinné stigma v raných fázích nemoci je obecně spíše nízké (Wong et al., 2009).

Další studie věnovaná stigmatizaci a sebestigmatizaci byla v České republice publikována v roce 2014. Poukazuje na to, že stigmatizace i sebestigmatizace u osob se schizofrenní poruchou může významně působit na rozvoj onemocnění v období prodromálních příznaků i v období dalších příznaků. Stigmatizace u již existujícího

onemocnění zhoršuje jeho průběh. Stigmatizace může být také výrazným činitelem v rozvoji komorbidní sociální fobie (Ocisková et al., 2014).

Internalizace stigmatu obecně začíná v okamžiku, kdy si jedinec všimne, že se k němu ostatní chovají jinak a uvědomuje se předsudky, kterým následně začne sám věřit jako opodstatněným. Postupně je začíná vztahovat na sebe a jedná v souladu s nimi. *„Internalizované stigma se pojí s nižší adherencí k léčbě, těžší závažností symptomatologie a celkově horší prognózou. Stigma nezasahuje pouze pacienta, ale dotýká se i jeho rodiny. Příbuzní si obvykle uvědomují předsudky společnosti vůči duševním poruchám. Toto uvědomění může vést k odrazování pacienta od vyhledání psychiatrické péče. Ruku v ruce s přijetím reality duševního onemocnění se tedy objevuje i strach ze stigmatizace“* (Ocisková et al., 2014, 3).

Stigmatizace a sebestigmatizace u schizofrenie zhoršují samotnou léčbu a znesnadňují znovuzачlenění pacientů do běžného života. Fizen (2000, in Ocisková et al., 2014) popisuje tzv. „druhou nemoc“, kdy vnímaná sebestigmatizace a stáhnutí se sám do sebe a izolace od druhých lidí vede k omezení kvality života a vzrůstání handicapů. Ve výzkumu o internalizovaném stigmatu (Ritsher & Phelan, 2004, in Ocisková et. al., 2014) bylo zjištěno, že podvědomí o nemoci a náhled mohou vést k lepším léčebným výsledkům. Pokud je však náhled doprovázen přijetím stigmatizujících postojů, je možné, že dojde k symptomatickému zlepšení, zlepší se sociální funkčnost, ale zároveň se snižuje naděje na dosažení plné remise a poklesu sebevědomí.

Také v rámci rodiny mohou být nemocní často přijímáni ambivalentně. Mohou být vystavováni nadměrné kritice, ponižování, odmítání, nebo naopak neustálému usměrňování. Negativní sebepojetí, které může vycházet z reálného i domnělého pocitu méněcennosti, může vést k pasivitě, vyhýbání se přátelům, rezignaci na nové vztahy či zanechání studia nebo zaměstnání.

Podle Libigera (2002) je míra stigmatizace u schizofrenních poruch vyšší než u jiných psychiatrických poruch. Praško (2011) uvádí, že předsudky vůči psychiatrickým poruchám mohou vedle léčby závažně ovlivňovat také diagnostiku a především adaptaci a reintegraci nemocného.

Na zvládání zátěžové situace s přijetím diagnózy psychotického onemocnění a s ní spojené sebeuváděné **copingové strategie** byl proveden výzkum autory Geron et al. (2011). Studie byla zaměřena na využívané copingové strategie v rodinách pacientů v časných stádiích psychotické poruchy. Cílem práce bylo zjistit, jaké copingové strategie jsou užívané rodinami pacientů se schizofrenií a to především v počátečních fázích nebo u nově vznikající psychózy.

Zvládací styly, které rodinní příslušníci udávali, byly hodnoceny v jedenácti rodinách s mimořádně vysokým rizikem rozvoje onemocnění a dalších dvanácti rodinách, kde v nedávné době byl přítomen nástup psychotického onemocnění, a to při využití Carver's Coping Orientations to Problems Experienced questionnaire. Výsledky výzkumu naznačují častější využívání „mírných“ zvládacích přístupů jako je např. plánování, hledání sociální opory, pozitivní reinterpretace, přijetí a obrácení se k náboženství. Méně často bylo rodinami užíváno „vyhýbavých“ copingových strategií, jako je popření a únik k alkoholu a jiným návykovým látkám.

Větší podpora „přístupu (přiblížení)“ zvládání v těchto rodinách je odpovídající (shodná) s výsledky zkoumání rodin s pacienty, kteří měli první psychotickou epizodu, a je v rozporu s více rozšířeným (převažujícím) „vyhýbacím (únikovým)“ zvládáním v rodinách pacientů s chroničtější psychotickým onemocněním. Včasná intervence může pravděpodobně pomoci rodinám udržovat užívání potenciálně přízpůsobivějších „přístupů“ zvládacích strategií v průběhu času.

Tyto zmíněné výzkumy naznačují, že počátky léčby psychotického onemocnění u člena své rodiny přijímají ostatní členové rodiny poměrně dobře a s relativně zdravým náhledem na onemocnění samotné i možnosti, které pacient má.

3.3 Podíl rodiny na prevenci relapsu a udržení remise

V posledních letech se hojně využívaným nástrojem k léčbě psychotických poruch stává **psychoedukace**, která bývá zaměřena jednak na pacienty samotné, ale také na členy jejich rodin a blízké osoby. Psychoedukace bývá cílena jednak na počátek onemocnění při

první atace, ale využívá se také u pacientů s chronickým průběhem onemocnění a pacientů s relapsy.

Motlová (et al., 2002) uvádí, že relapsu lze přecházet také vhodnou farmakoterapií, která je doplněna psychosociálními intervencemi, které snižují intenzitu vnitřní tenze a stresu a posilují schopnost pacienta, díky nácviku sociálních dovedností mu čelit. Mezi rozšířený a světově osvědčený způsob se řadí rodinné psychoedukační programy. Řada studií dokazuje jejich vliv na snížení množství relapsů a také zkrácení doby u opětovných hospitalizací.

Tyto programy mohou být individuálně rodinné, skupinové psychoedukace (jen pro příbuzné), i paralelní skupinové (skupiny pro pacienty a zároveň skupiny pro příbuzné). Obsah těchto psychoedukačních rodinných intervencí má zpravidla tyto společné body: pacienti jsou léčeni psychofarmaky, účastníkům jsou poskytnuty podrobné informace o psychotických poruchách, o účincích farmakoterapie, relapsech. Důraz je také kladen na rozpoznání rizikové komunikace, tedy projevované hostilitě, nadměrnému kritizování, přílišné péči a malé míře vřelosti. Cílem je naučit rodinné příslušníky vhodné komunikaci a tím sekundárně snížit rodinné napětí. Studium zdravotních aspektů rodinné psychoedukace byla prokázána kratší průměrná doba u opakovaných hospitalizací účastníků psychoedukačního programu a vyšší návštěvnost příbuzných. Z pacientů se díky psychoedukaci stávají z pasivních příjemců léčby aktivní spojenci. Příbuzní bývají posilováni informacemi o biologickém původu nemoci, který u nich snižuje možné pocity viny (Motlová, 2007).

Kilian et al. (2001, in Motlová et al., 2002) poukazuje na své zjištění, že většina pacientů na psychoedukačních programech významně pozitivně hodnotí možnost vzájemného sdílení zkušeností, které jim napomohlo s lepším vyrovnáním se s nemocí. Skupinové psychoedukační programy tedy přispívají ke zlepšení kvality života osob s psychotickou poruchou, což podpořila studie Motlové (et al., 2002), kdy se prokázala vyšší spokojenost s oblastmi života, které mohou být psychoedukačními programy ovlivněny, především fyzická soběstačnost, psychická pohoda a rodinné vztahy. Skupinová rodinná psychoedukace zvyšuje kvalitu života dvěma způsoby. Nepřímo tím že dojde ke zmírnění příznaků nemoci v důsledku snížení napětí v rodině. A přímo tím, že se lepší spokojenost pacientů i rodinných příslušníků.

Rodinnými vztahy u osob se schizofrenní poruchou se věnoval chorvatský výzkum z roku 2003 (Dadić-Hero et al., 2013), který se zabýval vztahy v průběhu nemoci, rodinnou anamnézou schizofrenie a fungováním rodiny osob se schizofrenií. Cílem studie bylo identifikovat aspekty fungování rodin, které souvisejí s průběhem a remisemi schizofrenie. Výzkumný vzorek tvořilo 90 pacientů s převažující diagnózou schizofrenie, bez psychiatrické komorbidity. Pacienti byli rozděleni do tří skupin v závislosti na jejich stavu. První skupinu tvořili pacienti pouze s ambulantní péčí a byla u nich zachována remise, pacienti hospitalizovaní v průběhu minulého roku 1 – 2x, a pacienti hospitalizovaní alespoň 3x v průběhu minulého roku. Na základě výsledků „A Family Functioning Scale“ a prostřednictvím rodinných anamnéz získaných z lékařských záznamů bylo zjištěno, že nejnižší výskyt rodinné schizofrenie je u pacientů, u kterých byla udržována remise. Mezi třemi posuzovanými skupinami byly zjištěny významné rozdíly, především v proměnných: expresivnost, rodinná soudržnost, demokratický styl rodiny. Také byly pozorovány statisticky významné rozdíly ve fungování rodiny v závislosti na přítomnosti/nepřítomnosti schizofrenie v rodinné historii, které dále zahrnovaly oblasti: rodinné soudržnosti, vnějšího místa kontroly a demokratického rodinného typu. Studie tedy potvrzuje závěr, že fungování rodiny osob se schizofrenií se liší v závislosti na průběhu onemocnění a přítomnosti či nepřítomnosti schizofrenie v rodinné anamnéze.

O **rodinné postoje a sociální fungování** u schizofrenní poruchy se zajímal také španělský výzkum Giróna & Gómez-Beneyto (2004). Cílem studie bylo posoudit vztah mezi rodinnými postoji a sociálním fungováním u schizofrenie. Skupina 80 pacientů byla sledována po dobu devíti měsíců po jejich hospitalizaci. Pomocí sémantického diferenciálu a dotazníku měřícího empatii byla měřena **míra kritického postoje rodinných příslušníků a chudosti empatického přístupu u příbuzných**. Doba smysluplné práce a sociálních kontaktů pacientů byly měřeny před vstupem do studie a po konci sledování. Byly také sledovány příznaky, premorbidní nastavení, další průběh onemocnění a demografické faktory. Statisticky významné rozdíly byly shledány mezi nízkou empatií rodinných příslušníků a začleněním pacientů do zaměstnání a sociálním začleněním. Tyto vztahy nebyly ovlivněny ostatními prognostickými faktory. To naznačuje, že empatie rodinných příslušníků je nezávislý prediktivní faktor sociálního začlenění lidí se schizofrenií. Rozdílný postoj rodiny může vykazovat rozdílný vztah mezi sociálním a klinickým výsledkem u léčby tohoto onemocnění.

Rodinnými stresory se zabývala studie publikována v roce 2008 zaměřená na popis rodinných stresorů, které způsobují rehospitalizace u pacientů s psychotickými poruchami. Metodou průřezové studie (2006-7) u 203 osob s diagnózou psychotické poruchy. Data byla získávána na základě strukturovaného rozhovoru s ošetřujícím s lékařem – psychiatrem.

Ve výzkumu byly rodinné faktory označeny jako příčina opětovné hospitalizace ve sto třiceti dvou případech, tedy v 60,6 %. Špatná podpora rodiny se zobrazila v 88 případech (43,3 %) a rodinné konflikty v 58 případech (28,6 %). Bivariační analýza také zachytila rozdíl mezi muži a ženami, kdy muži byli rodinnými stresory více ovlivněni (79,1 % mužů, proti 38,7 % žen). Rodinné faktory jsou tedy převládající příčinou návratu k hospitalizaci do psychiatrických nemocnic a léčeben u pacientů s psychotickými poruchami a to častěji u mužů. Důležitý je přístup vedoucí ke snížení partnerského stresu u pacientů s touto dg. Je také důležitý přístup zvyšující podporu rodiny a zásadní snižování rodinných konfliktů (Omranifard et al., 2008).

Mnohými výzkumy byla prokázána významně vyšší pravděpodobnost relapsu u osob s diagnózou schizofrenní poruchy, pokud žijí v rodině, kde je vůči nim projevována vysoká míra vyjadřovaných emocí – **Expressed emotion – EE** (Hooley, 2007, in Hooley, 2010). Expressed emotion je kritérium rodinného prostředí stavějící na míře kritických připomínek, vyjadřovaného nepřátelství a míry sebeobviňování se za duševní onemocnění příbuzného, kterou projevují rodinní příslušníci vůči příbuzné osobě s psychiatrickou diagnózou. Zahrnuje nepříznivé rodinné prostředí, jako kvalitu a vzory interakce a povahu rodinných vztahů. Pokud projevy překročí určité limitní množství, jsou klasifikovány jako vysoké EE (high-EE).

Mezi charakteristiky takového prostředí patří úzkost a strach pečovateli, jejich sklon připisovat nedostatky nemocného jiným důvodům než nemoci a obviňovat ho, povrchní poslouchání toho, co nemocný sděluje a snížená schopnost vyrovnat se s jeho nemocí. Spadá mezi ně taky vyšší kritičnost a nižší autonomie nemocného a sklon k rigidní, konfliktní a převážně negativní interakci mezi nemocným a okolím (Höschl et al., 2002, 383).

Výsledky meta – analýzy dostupných výzkumů mapujících vliv EE na průběh duševního onemocnění (Butzlaff, & Hooley, 1998) potvrdily, že EE je významný

predikátor relapsu u schizofrenních poruch, a to nejpravděpodobněji u pacientů s chronickým průběhem onemocnění. Toto zjištění je významné pro správné pojetí prevence recidivy psychických poruch. Průměrná míra relapsů je 48 % u pacientů, jejichž rodina má vysoké hodnoty EE a 21 % u těch, kteří žijí v rodinách s nízkým EE (Kavanagh, 1992).

EE je ovlivňován mnoha faktory, jako jsou osobnostní profil, přiřazování rysů pečovateli k symptomům pacienta, a zranitelnost pacienta na stres. Psychosociální hodnocení a intervence specificky zaměřena na rodinnou psychoedukaci potenciálně může snížit vysokou míru EE a tím i relapsů. Nicméně, teorie EE podkopává pozitivní postoj pečovatele k pacientům. Proto je důležité, aby se budoucí studie zaměřily na oba ochranné a ohrožené faktory v rámci konstrukt EE u schizofrenie a tím usnadnily komplexní péči (Amaresha & Venkatasubramanian, 2012).

Značný vliv rodiny na rozvoj a průběh schizofrenní poruchy potvrdil také výzkumný projekt Milkowitzse et al. (1986) zaměřený na vztah mezi schizofrenií a rodinným prostředím, který identifikoval dva významné konstrukty, které se jeví jako podstatní činitelé ve vztahu k nástupu a průběhu onemocnění. První z nich identifikovali jako míru vyjádřených emocí (EE), tedy do jaké míry příbuzní nedávno hospitalizovaného schizofrenního pacienta zastávají velmi kritické, anebo přehnané, emocionálně silné postoje vůči pacientovi. Předchozími výzkumy bylo potvrzeno, že vysoké EE vyjadřované v rodině je silně prediktivní průběhu onemocnění (Brown et al., 1972, in Miklowitz et al., 1986). U pacientů žijících s příbuznými bylo klasifikováno vysoké EE na základě standardizovaného rozhovoru krátce po počátku hospitalizace. Riziko relapsu do devíti měsíců po propuštění je u nich s přibližně třikrát až čtyřikrát větší pravděpodobností, než je u pacientů, kteří žijí s příbuznými s nízkou hladinou EE. Pětiletá studie Nortona (1982, in Miklowitz et al., 1986), dále prokázala, že vysoká hladina EE a kritických postojů u rodičů často předchází nástupu schizofrenního onemocnění. Zdá se tedy, že EE může souviset jednak s nástupem a rozvojem schizofrenie, tak i s jejím průběhem a mírou relapsů.

Jako druhý konstrukt definoval Milkowitz (1986) již dříve zmiňovanou komunikační odchylku (CD). Jedná se o to, do jaké míry jedinec není schopen vytvořit

a udržovat společné zaměření pozornosti s posluchačem při slovních transakcích. Singerová a Wynne (1963, in Miklowitz et al., 1986) zjistili, že rodiče mladých dospělých schizofreniků vykazovali vyšší úroveň CD než rodiče jiných dětí. Opakované výzkumy potvrdily, že vysoké hladiny CD jsou charakteristické u rodičů již diagnostikovaných osob s poruchou schizofrenního spektra, a mohou být tedy významným činitelem vzniku schizofrenie a podobných poruch.

3.4 Výzkumný projekt zabývající se aspekty resocializace u osob s psychotickou poruchou

V rámci diplomové bakalářské práce, která předcházela tomuto výzkumnému projektu, bylo řešeno, kteří psychosociální činitelé nejvýznamněji ovlivňují proces znovuzачlenění osob s psychotickou poruchou ve stavu remise do života co nejvíce podobnému před propuknutím nemoci. Byl uskutečněn kvalitativní výzkum formou polostrukturovaných interview s osobami ve stádiu remise a dále pak polostrukturovanou ohniskovou skupinou s terapeutky zařízení Horizont Zlín, které poskytuje sociální rehabilitaci osobám s diagnózou psychotických poruch. Obě části výzkumu byly analyzovány samostatně metodou zakotvené teorie. Následně proběhla komparace získaných výsledků a byly vyvozeny závěry.

Za nejpodstatnější zjištění tohoto výzkumného projektu lze považovat vytvoření určité ochrany, nebo také „**ochrannou bublinu**“, která se shodně v obou částech projektu zobrazila jako centrální kategorie, jež je v přímém vztahu s ostatními kategoriemi. Znamená to tedy, že specifický přístup blízkých osob (nejčastěji rodičů, sourozenců a partnerů) zasahuje následně do řady oblastí života jedince v psychosociální rovině. Tato ochrana bývá vytvářena buď jedinci samotnými, nebo jejich nejbližšími. Snahou je minimalizovat rizikové faktory, které by mohly vést, podle domněnky blízkých, ke zhoršení průběhu nemoci. Ovšem za rizikové bývají blízkými osobami považovány i takové oblasti života, které jsou k začlenění do společnosti bezpodmínečně nutné. Rodiče mohou v obavách rozmlouvat svým potomkům nástup do zaměstnání a aktivní trávení volného času, což může být příčinou vzniku izolace od sociálního okolí pro samotné nemocné, ale i jejich rodiny. Dalším důležitým faktorem je pak zřejmá **závislost** mezi

osobami. Tato závislost se projevuje v oblasti bydlení, ekonomické, ale také emocionální. Závislost se může projevovat také u blízkých osob, kdy se na postiženém jedinci stávají při dlouhodobé péči závislí. Nejčastěji se může jednat o rodiče. Postupně se mohou začít spoléhat nejen na jejich finanční zdroje, které jim společné soužití s potomky přináší, ale také jejich praktickou pomoc a často i společnost (Neumanová, 2014).

„Značný vliv na proces znovuzačlenění do společnosti mají užší i širší sociální vztahy. Lidé po prodělání psychotického onemocnění často zůstávají ve společné domácnosti s rodiči, nebo nejbližšími příbuznými, což jsou osoby, které je zpravidla dobře přijaly. V případě, že primární rodina zaujme vhodný postoj k onemocnění svého člena, může být výrazným pozitivním činitelem napomáhajícím k resocializaci. Taková rodina se dokáže poměrně rychle adaptovat na novou sociální situaci a přijmout ji. Důležitá je také vytrvalost rodiny, která se i přes vleklost onemocnění nevzdá a neuzavře se do sebe. Vyhýbá se také extrémním způsobům chování jako je hyperprotektivita, nepřátelské postoje, nezájem“ (Neumanová, 2014, 91).

Opakovaným aspektem ze strany rodiny je odebírání zodpovědnosti jedinci, což může v konečném důsledku vést k omezení odpovědnosti za vlastní život. Vztahy se sourozenci pociťují nemocní obecně za dobré, ale uvítali by více zájmu. Se širší rodinou se obvykle stýkají málo, což může potvrzovat zmiňovanou tendenci uzavírat se před okolním světem. Častým jevem je absence partnerských vztahů, přestože po nich touží. Zároveň je ale tato touha obvykle spojena se značnou úzkostí. Obavy pociťují převážně z toho, že prožijí zklamání a z toho, že nebudou schopni naplnit očekávané sociální role, a to především rodičovství, které je pro ně často a priori spojeno s partnerstvím či manželstvím. Nesnáze, které s navazováním partnerských vztahů mají, vycházejí z komunikačních problémů a z problematické orientace v sociálních vztazích. Značný vliv má také zmiňovaná kategorie „ochranná bublina“. Komunikační obtíže a obecně obtížná sociální maladaptace se projevuje ve všech širších sociálních vztazích. Nové přátelské vztahy navazují jen velmi obtížně a často s lidmi s podobným zdravotním znevýhodněním. Pokud udržují přátelské vztahy s lidmi ze zdravé populace, jedná se zpravidla o osoby, které poznaly před propuknutím onemocnění (spolužáci, kolegové, přátelé z dětství). Onemocnění, které propukne v adolescenci nebo na prahu rané dospělosti, vede k odtržení se od vrstevníků a má celoživotní důsledky. Pokud se osoba po prodělané atace vrací do původního zaměstnání, pociťuje od kolegů zpravidla podporu a vztahy označují za

dobré. Nastupují-li do zaměstnání nového, plně se projevuje jejich sociální deficit a vztahy považují velmi často za špatné (Neumanová, 2015).

Za důležité jistoty svého života pokládají především možnost bydlení s rodiči či blízkými příbuznými, které upřednostňují před chráněným bydlením. Další jistotou je invalidní důchod, který jim zabezpečuje finanční příjem. Invalidní důchod ale může být sekundárně prvkem znesnadňujícím opětovné začlenění do společnosti. Často bývá osobami s duševním onemocněním vnímán stigmatizačně a zároveň pocíťované obavy o jeho přehodnocení mohou jedince zrazovat od nástupu do zaměstnání, kterého by mohl být případně schopen a které by mohlo zvýšit kvalitu jeho života v řadě oblastí (Neumanová, 2014).

Považujeme za důležité především připomenout, že za nejvýznamnější zjištění studie se dá považovat zobrazení budované ochrany, která může mít vliv jednak na vnímanou stabilitu v životě jedince, zároveň ale působí negativně na proces resocializace. Vede k izolaci a osamění, což naopak může zhoršovat kvalitu života jedince a průběh jeho onemocnění (Neumanová, 2014).

PRAKTICKÁ ČÁST

4 FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU

Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, jehož vznik, léčba a výskyt případných relapsů či udržení remise je významně ovlivněno rodinnými a sociálními aspekty, což bylo prokázáno řadou výzkumů v této práci již zmiňovaných. Pro připomenutí se jedná o Batesonovu teorii „dvojně vazby“ (double mind), teorie „pseudovzájemnosti“ Winneho a Singerové, teorie „komunikační odchylky“ (CD) autorů Roiska et al. a řady dalších. Výzkumný projekt rovněž navazuje na data získaná v rámci předchozího výzkumu, jenž byl součástí bakalářské práce autorky. V této práci byl zjištěn významný vliv blízkých sociálních vztahů na průběh znovuzařazení do společnosti u osob po prodělané psychotické atace. Mimo jiné zde byla popsána kategorie „ochranná bublina“, která zahrnuje budovanou ochranu před sociálním okolím osob samotných, ale také jejich blízkých ve snaze eliminovat jevy, které mohou zhoršit průběh onemocnění nebo vést k relapsu. Výsledkem je postupné uzavírání se vůči okolí a to nejen jedince, ale i ostatních rodinných příslušníků, což sekundárně může vést ke zhoršení zdravotního stavu (Neumanová, 2014).

Tato práce si klade za cíl potvrdit klíčové aspekty rodinného života, které se podílejí na úspěšnosti či neúspěšnosti jedince v návratu do normálního života, tedy života podobnému před první atakou. Zaměřuje se na aspekty rodinného života osob s diagnostikovanou psychotickou poruchou s návazností na jejich uplatnění se ve společnosti a naplnění očekávaných sociálních rolí.

Výsledky výzkumu mohou napomoci v resocializačních programech pro osoby této cílové skupiny, mohou napomoci také samotným „blízkým osobám“ v získání nového pohledu na danou situaci, ve které se jejich blízký a tím i oni nacházejí a tím může přispět ke zvýšení subjektivně prožívané kvality jejich života. Téma práce je aktuální také z hlediska nově prosazovaného konceptu psychiatrické léčby, která směřuje k péči komunitní a zasazuje se za léčbu v co nejvyšší možné míře mimo zdravotnická zařízení.

4.1 Cíl výzkumu

Jako výzkumná oblast byla zvolena problematika komunikace a sociálních vztahů v rodinách osob s diagnostikovanou schizofrenní či příbuznou poruchou s návazností na jejich následné uplatnění ve společnosti.

Cílem tohoto výzkumného projektu je popsat rozdíly mezi charakteristickými komunikačními a sociálními aspekty v rodinách osob s diagnostikovanou schizofrenní či příbuznou (psychotickou) poruchou s různou mírou společenského uplatnění. Pod pojmem uplatnění je pak myšleno naplnění jejich partnerských a rodičovských rolí a také uplatnění se v zaměstnání, a to jak na otevřeném trhu práce, tak v chráněném pracovním prostředí.

4.2 Výzkumné otázky

Vzhledem k rozsáhlosti tématu a možnosti získání širokého spektra informací byly stanoveny následné výzkumné otázky, které byly upřednostněny před hypotézami.

- Odlišují se lidé s dobrou úrovní adaptace ve strategiích zvládání zátěže od lidí s problémy v adaptaci?
- Odlišuje se druh citové vazby k rodičům prožívané v dětství a období dospívání u osob s úspěšnou adaptací od osob s méně úspěšným sociálním uplatněním?
- Existuje rozdíl mezi mírou projevované kontroly a ochrany v období dospívání ze strany blízkých osob u osob s dobrou úrovní adaptace od osob s méně úspěšnou adaptací?
- Existují odlišnosti v sociální atmosféře rodin osob s úspěšnou sociální adaptací od osob s méně úspěšnou adaptací?

4.3 Operacionalizace pojmů

- **Úspěšná adaptace (po prodělané atace psychotického onemocnění), tj. uplatnění se ve společnosti, znovuzачlenění se do společnosti**

Tento pojem je jen obtížně uchopitelný pro svou širokou konotaci významu. Je zřejmé, že za úspěšnou adaptaci mohou různí lidé považovat různé skutečnosti. Ne každý touží po dětech, partnerském vztahu a po zaměstnání. Ne každá osoba s psychotickou poruchou (i bez ní), která je rodičem, partnerem a chodí do zaměstnání, naplňuje dobře tyto role. Přesto jsme pro účely tohoto výzkumu rozhodli pro zjednodušení využít tato měřítka, která jsou obecnou populací často vnímána jako prediktor spokojeného života, jako hlavní kritéria k rozdělení výzkumné populace. Do skupiny s úspěšnou adaptací byly zařazeny ty osoby, které splnily alespoň jedno ze stanovených kritérií: zaměstnání nad 6 měsíců délky, partnerský vztah nad šest měsíců délky nebo dítě ve vlastní péči. Druhou skupinu osob s problémy v adaptaci (tj. osoby bez úspěšné adaptace) tvoří jedinci, kteří nesplňují zadaná kritéria.

- **Zaměstnání**

Pro účely této studie je za zaměstnání považováno jak zaměstnání na běžném pracovním místě, tak zaměstnání na chráněném pracovním místě – dříve v chráněné dílně (Zákon o zaměstnanosti, 435/2004 Sb.)

- **Rodičovství**

Rodičovstvím je v rámci tohoto výzkumu myšlena výchova dětí ve vlastní péči.

- **Psychotická porucha**

Mezi psychotické poruchy řadíme jak poruchy schizofrenního spektra, tak příbuzná onemocnění (viz kapitola 1.1).

5 METODOLOGICKÝ RÁMEC A METODY VÝZKUMU

5.1 Typ výzkumu

Pro tento výzkumný záměr byl zvolen kvantitativní přístup, který zajistí ověření stanovených výzkumných otázek. Tento typ splňuje kritéria pro diferenční studii, která se zaměřuje na popis rozdílů mezi dvěma stanovenými skupinami.

„Základním rysem diferenčních přehledů je, že zpravidla pracují se dvěma anebo více vzorky, které se potom vzájemně porovnávají vzhledem k jedné nebo více proměnným... Zatímco v korelačních studiích nás primárně zajímá vztah mezi dvěma nebo více proměnnými, v diferenčních přehledech se soustředujeme na rozdíly mezi dvěma nebo více zkoumanými výběry“ (Ferjenčík, 2000, 127).

Bylo využito testových metod za pomoci dotazníkového šetření u výzkumného vzorku 61 osob. Dotazník se orientoval na zjištění demografických údajů, dále na rozpoznání uplatňovaných strategií zvládnání stresu. Využit byl dále dotazník zaměřený na rodičovskou vazbu v období dospívání a dotazník mapující současné rodinné prostředí.

5.2 Metody získávání dat

Respondenti byli získáváni z více zdrojů tak, aby bylo zajištěno široké spektrum osob. Část osob byla oslovena v zařízeních poskytujících sociální služby pro osoby s duševním onemocněním. Další část osob byla kontaktována přes internetová fóra, kdy se dotazník mohl vyplnit v elektronické verzi (viz kapitola 6). Byl vytvořen souhrnný dotazník, který osahoval úvodní část mapující demografické faktory a dále byl doplněn o standardizované psychodiagnostické dotazníky Strategie zvládnání stresu (SVF – 78), dotazník Parental Bonding Instrument (PBI) a Škálu rodinného prostředí. Dotazník obsahuje celkem osm stran a jeho délka vyplnění je mezi třiceti a šedesáti minutami.

Celý souhrnný dotazník je přílohou tištěné diplomové práce (v elektronické verzi je z důvodu ochrany psychodiagnostických materiálů uvedena pouze úvodní, demografická část dotazníku).

5.2.1 Demografický dotazník

Úvodní část souhrnného dotazníku byla zaměřena na zjištění základních demografických faktorů a údajů důležitých k rozdělení výběrové populace do dvou skupin podle úspěšnosti adaptace do běžného života. Zjišťováno bylo:

- pohlaví
- současný věk (uvedený v číslech)
- věk, kdy bylo u respondenta diagnostikováno duševní onemocnění
- dosažené vzdělání
- přítomnost partnerského vztahu v současné době a jeho délka
- přítomnost rodičovství, a pokud ano, zda jsou děti ve vlastní péči
- přítomnost zaměstnání, a pokud ano, jak dlouho trvá a jedná-li se o chráněné pracovní místo, nebo běžné pracovní místo na otevřeném trhu práce
- výchova v dětství rodiči
- přítomnost sourozenců
- diagnóza (pokud ví)

V elektronické verzi dotazníku byla odpověď na diagnózu podmínkou k tomu, aby byly odpovědi respondenta zahrnuty do výzkumu. Při distribuci dotazníku v zařízeních určených pro osoby s duševním onemocněním (poskytujících sociální rehabilitaci) byla vhodnost respondentů, pokud neznali svou přesnou diagnózu, konzultována s pracovníky zařízení tak, aby byla dodržena výběrová populace.

5.2.2 SVF 78

Základem pro vznik zkrácené verze SVF 78 autorů Wilhelma Jankeho a Gisel Erdmannové z let 1997 a 2002 byl dotazník SVF 120 (Stressverarbeitungsfragebogen). Při vytváření dotazníku autoři vycházeli z následujících předpokladů:

1. Psychické a somatické změny vyskytující se v zátěžových situacích nejsou pasivní, nýbrž vychází jako odpovědi směřující k dosažení výchozí psychosomatické úrovně, nebo naopak k zamezení významné odchylky od výchozího stavu. Tyto procesy zahrnují jak biologicko-fyziologické mechanismy, tak psychické procesy, které bývají označovány jako strategie zpracování nebo zvládnání stresu. Psychické strategie lze pak dělit na akční a intrapsychické způsoby (vjemy, představy, myšlenky a motivační stavy).
2. Jedině užívané způsoby zpracování stresové zátěže jsou chápány jako habituální rysy osobnosti, tedy jsou relativně stabilní v čase.
3. Způsoby zpracování stresu jsou relativně nezávislé na konkrétním druhu zátěžové situace.
4. Způsoby zvládnání stresu jsou také relativně nezávislé na druhu reakce na zátěž.
5. Lze rozlišit více relativně nezávislých způsobů užitých při pracování stresu.
6. Způsoby zpracování stresu nejsou zcela nebo významnou měrou určovány jinými osobnostními charakteristikami.
7. Strategie zvládnání stresu jsou vědomé natolik, že se lze na ně dotázat (Švancara, 2003).

Jedná se o vícedimenzionální sebepoznávací inventář, který obsahuje 78 položek, které lze stáhnout ke třinácti škálám (původní plná verze obsahovala 18 škál). Inventář zachycuje individuální tendence k nasazení rozdílných způsobů reakce na stresové podněty v zátěžových situacích. Dotazník je určen pro dospělou populaci, délka vyplnění je udávána mezi 10 – 15 minutami. Hrubé skóry se pro srovnání s populací převádí do T - skóru (Švancara, 2003).

Tabulka 1: Popis subtestů dotazníku SVF 78

Číslo subtestu	Název subtestu	Charakteristika
1	Podhodnocení	Ve srovnání s ostatními si přisuzovat menší míru stresu
2	Odmítání viny	Zdůraznit, že nejde o vlastní odpovědnost
3	Odklon	Odklon od zátěžových aktivit / situací, případně příklon k situacím inkompatibilním se stresem
4	Náhradní uspokojení	Obrátit se k pozitivním aktivitám / situacím
5	Kontrola situace	Analyzovat situaci, plánovat a uskutečnit jednání za účelem kontroly a řešení problému
6	Kontrola reakcí	Zajistit nebo udržet kontrolu vlastních reakcí
7	Pozitivní sebeinstrukce	Přisuzovat sobě kompetenci a schopnost kontroly
8	Potřeba sociální opory	Přání zajistit si pohovor, sociální oporu a pomoc
9	Vyhýbání se	Předsevzetí zamezit zátěžím nebo se jim vyhnout
10	Úniková tendence	Tendence (rezignační) vyváznout ze zátěžové situace
11	Perseverace	Nedokázat se myšlenkově odpoutat, dlouho přemítat
12	Rezignace	Vzdávat se s pocitem bezmocnosti, beznaděje
13	Sebeobviňování	Připisovat zátěže vlastnímu chybnému jednání

U každého probanda se dále zjišťuje celková hodnota tzv. „pozitivní strategie“ a „negativní strategie“.

Pozitivní strategie se vypočítají jako aritmetický průměr hrubých skóre subtestů 1 – 7.

V rámci stanovení pozitivní strategie, lze určit také dílčí strategie:

- POZ 1 Strategie podhodnocení a devalvace viny (vypočítán jako aritmetický průměr subtestů 1 – 2).
- POZ 2 Strategie odklonu (aritmetický průměr subtestů 3 – 4).
- POZ 3 Strategie kontroly (aritmetický průměr 5 – 7).

Negativní strategie se určí jako aritmetický průměr hrubých skóre subtestů 10 -13.

Subtesty 8 a 9 nespádají do výše uvedených kategorií a vyžadují tedy samostatnou interpretaci (Švancara, 2003).

5.2.3 PBI

Dotazník Parental Bonding Instrument autora Gordona Parkera se do českého jazyka nejčastěji překládá jako Dotazník citové vazby rodičů či Dotazník vazby. Do češtiny byl dotazník přeložen v roce 2002. Metoda byla původně vytvořena ke zjišťování míry toho, jak se rodiče podílejí na vzniku psychických poruch u svých dětí. Testová metoda je zaměřena na posouzení rodičovské vazby vnímané během prvních šestnácti let života dospívajícího a vychází z předpokladu, že citové vazby v rodině jsou podstatné pro příští vývoj jedince. Dotazník je určen pro dospělé nebo dospívající osoby (Čikošová & Preiss, 2011).

V rámci dvaceti pěti položek hodnotí dotazovaný na čtyřstupňové škále samostatně matku a otce podle toho, jak si je pamatuje v prvních šestnácti letech života. Metoda má dvě subškály, škálu péče a škálu kontroly. *Škála péče* je definována na jedné straně něhou, emocionální vřelostí, empatií a blízkostí a na opačném pólu pak emocionálním chladem, lhostejností a odmítáním. Škála má 12 položek, skór dosahuje hodnot 0 – 36 bodů s tím, že vysoký skór definuje vysokou péči. *Škála kontroly* (někdy je také autorem využíváno jako synonymum škála ochrany) na jednom pólu obsahuje kontrolu, přílišné opatrování, obtěžování, přehnané kontaktování, infantilizaci a omezování v nezávislém vývoji. Na opačném protipólu je pak dostatečná možnost projevené nezávislosti a samostatnosti. Škála má 13 položek, skóry dosahují hodnot 0 – 39 bodů, vysoký skór potvrzuje vysokou míru kontroly (ochrany). Pro srovnání s populací jsou dostupné percentilové normy, které podle autora metody nejsou závislé na věku, pohlaví ani sociálním statusu respondenta. (Čikošová & Preiss, 2011).

Na základě získaných skórů lze stanovit **4 typy citové vazby**, které jsou pro přehlednost uvedeny v tabulce.

Tabulka 2: Typy citové vazby v dotazníku PBI

Typ citové vazby	definice	matka		otec	
		péče	kontrola	péče	kontrola
Optimální typ vazby	vysoký skór péče a nízký skór ochrany	≥ 26	≤ 14	≥ 22	≤ 12
Nelaskavá kontrola	nízký skór péče a vysoký skór ochrany	≤ 24	≥ 16	≤ 20	≥ 14
Kontrolující byt' s láskou	vysoký skór péče a vysoký skór ochrany	≥ 26	≥ 16	≥ 22	≥ 14
Chybějící nebo slabá vazba	nízký skór péče a nízký skór ochrany	≤ 24	≤ 14	≤ 20	≤ 12

Validizační studie uskutečněna na české populaci (N=269) potvrdila dobré psychometrické vlastnosti dotazníku PBI (Čikošová & Preiss, 2011).

5.2.4 ŠRP

Dotazník Škála rodinného prostředí vychází z původního testu FES-R autorů Mosse, Insela a Humphreye z roku 1974, který byl slovenskými autory Hargašovou a Kollárikem standardizován na slovenské populaci. Metoda měří škálu sociálního klimatu a rodinné kongruence. Netestuje osobnost, ale rodinu jako ucelený systém. „*Jednotlivé sledované dimenzie poskytujú obraz rodinného prostredia každej konkrétnej rodiny...*“ (Hargašová & Kollárik, 1986, 5).

ŠRP měří sociální atmosféru různých typů rodin. Zaměřuje se na měření a popis interpersonálních vztahů mezi jednotlivými členy rodiny, na směry jejich osobnostního růstu, které jsou v rodině zdůrazňované a také na základní organizační strukturu rodiny. Dotazník obsahuje 90 výroků (tvrzení), které se týkají rodinného prostředí. Respondent má rozhodnout, jestli dané tvrzení pro jejich rodinu platí, nebo neplatí a podle toho označit vyjádření pravda – nepravda. Dotazník mohou vyplňovat jednotlivci, ale i celé rodiny (Hargašová & Kollárik, 1986).

Jednotlivé výroky se obsahově dělí do deseti subškál, které vytvářejí 3 dimenze (viz následující tabulka):

Tabulka 3: ŠRP – dimenze a subškály

DIMENZE RODINY	NÁZEV SUBŠKÁLY		POPIS SUBŠKÁLY
I. VZTAHOVÉ DIMENZE	1. Soudržnost	S	zjišťuje, do jaké míry se členové rodiny jeden o druhého zajímají, jak si vzájemně pomáhají a podporují se.
	2. Expresivnost	E	zjišťuje, do jaké míry mohou členové rodiny upřímně projevovat své city a umožňují si vzájemně se chovat otevřeně a přímo.
	3. Konfliktnost	K	zjišťuje, do jaké míry jsou pro členy rodiny charakteristické otevřené projevy hněvu, agresivity a všeobecně konfliktní interakce.
II. DIMENZE OSOBNOSTNÍHO RŮSTU	4. Nezávislost	N	zjišťuje, do jaké míry se členové rodiny vzájemně podporují v tom, aby byli soběstační, samostatní v rozhodování, dokázali se prosadit a řešit své problémy.
	5. Orientace na úspěch	OU	zjišťuje, do jaké míry se v rodině zdůrazňuje soutěživost a dosahování stále lepších výsledků, např. ve škole v práci.
	6. Intelektuálně -kulturní orientace	IKO	zjišťuje, do jaké míry se členové rodiny zabírají politickými, sociálními, intelektuálními a kulturními aktivitami.
	7. Aktivní rekreační orientace	ARO	zjišťuje, do jaké míry se rodina zapojuje do různých druhů rekreačních a sportovních aktivit.
	8. Morálně-světónázorová orientace	M	zjišťuje, do jaké míry se v rodině věnuje pozornost etickým a světónázorovým problémům a hodnotám.
III. DIMENZE UDRŽOVÁNÍ SYSTÉMU	9. Organizace	O	zjišťuje do jaké míry je v rodině pořádek a organizace, jak jasně jsou formulována pravidla a povinnosti.
	10. Kontrola	KL	zjišťuje, do jaké míry je rodina organizovaná hierarchickým způsobem a určuje stupeň kontroly, kterou projevují členové rodiny jeden vůči druhému.

Na základě vyhodnocení dotazníku lze určit následující typy rodin:

Tabulka 4: ŠRP – Typy rodin

A. Rodiny orientované na osobnostní růst	orientované na nezávislost
	orientované na úspěch
	morálně-nábožensky orientované <ul style="list-style-type: none"> • strukturované • nestrukturované
	intelektuálně-kulturně orientované
B. Rodiny orientované na vztahy	orientované na vzájemnou podporu
	orientované na konflikt
C. Rodiny orientované na udržování rodinného systému	dezorganizované rodiny

5.3 Metody zpracování a analýzy dat

Data získaná z dotazníků byla převedena v programu Microsoft Excel 2010 do tabulek a po očištění dat byly provedeny výpočty a vytvořeny grafy v programech Microsoft Excel 2013 a Statistica 12 CZ.

Pro ověření normality rozložení četností a k následnému rozhodnutí využití parametrických či neparametrických metod bylo využito *K-S Lillieforsova testu normality* a *Shapiro-Wilkova W testu*.

Při testování hypotéz o rozdílu bylo použito parametrického *Studentůva t-testu* pro dva nezávislé výběry. Tento test je založen na významnosti rozdílu dvou průměrů (Raitrová, 2014) a *Testu shody X^2* , který se zaměřuje na testování shody rozdělení (Reiterová, 2004). Jako vhodné neparametrické metody byly pro náš výzkum zvoleny *Mann-Whitneyův U test* a *Wald-Wolfowitzův test*. Ke zjištění velikosti účinku (Effect size), tedy zjištění míry síly jevu bylo využito *Cohenova d*. Tato věcná významnost nám sděluje, jestli je naměřený rozdíl důležitý a zda má praktickou významnost. Naměřený rozdíl může dosahovat žádného, malého, středního až velkého efektu (Soukup, 2013).

„Cohenovo *d* lze uplatnit při hodnocení efektu mezi dvěma nezávislými proměnnými. Výpočet *d* je dán rozdílem aritmetických průměrů mezi dvěma skupinami M_1 a M_2

(nebo experimentální a kontrolní skupinou), který je vydělen směrodatnou odchylkou kontrolní skupiny v případě, že existuje“ (Sigmund, 2012, 22).

5.4 Etické otázky

Za účelem zajištění etiky výzkumu byly všechny zúčastněné osoby buď písemně, nebo ústně ujistěny o dobrovolnosti a anonymitě výzkumu a byly rovněž seznámeny s účelem výzkumu a rovněž s možností svou účast na výzkumném projektu v průběhu testování kdykoliv ukončit. Respondenti měli také možnost položit doplňující dotazy.

S účelem a průběhem výzkumu byli současně seznámeni ředitelé organizací a pracovníci jednotlivých zařízení, kteří v případě podezření na nestabilní zdravotní stav mohli testování u jednotlivých participantů nedoporučit, nebo ukončit. O záměrech a způsobech výzkumu byli také informováni správci skupin na Facebooku, kde byl dotazník rovněž distribuován.

Souhlas s účastí nebyl vyžadován písemně, proběhl proto pouze ústním souhlasem před započítím. Jelikož se jednalo o anonymní výzkum, jehož výsledky budou publikovány výhradně souhrnně, ohrožení účastníků tedy není nijak reálné. Ochrana osobních a citlivých údajů byla zajištěna anonymní formou dotazování, kdy nebyly zjišťovány údaje, které by mohly vést k následnému rozpoznání účastníka výzkumu, jako jsou jméno, bydliště a datum narození. Samotné dotazníky byly převedeny do matice dat a originály vyplněných dotazníků jsou uschovány výhradně pro účely tohoto šetření na bezpečném, uzamčeném místě.

6 VÝBĚR A POPIS VÝZKUMNÉHO SOUBORU

Základním souborem pro účely tohoto výzkumu byla dospělá populace, starší osmnácti let, osob s diagnózou schizofrenní nebo psychotické poruchy ve stavu remise, jejichž zdravotní stav hypoteticky umožňuje žít život podobný tomu, který žili před první atakou nemoci. Dotazník byl distribuován několika kanály a to především přes zařízení poskytující sociální rehabilitaci osobám s duševním onemocněním. Vzhledem ke specifičnosti výběrového souboru se jednalo o nepravděpodobnostní metody výběru.

Sběr dat byl uskutečněn v zařízeních Horizont Zlín (15 respondentů), Horizont Kroměříž (11 respondentů), Zahrada Kroměříž (3 respondenti) a Labyrint Uherské Hradiště (10 respondentů). Byla oslovena také jiná zařízení, která se výzkumného projektu odmítla zúčastnit z důvodu velké vytíženosti svých klientů na nejrůznějších výzkumných projektech. Celkem bylo získáno 44 vyplněných dotazníků, z čehož bylo 5 vyřazeno z důvodů neshodnými kritérii s výběrovou populací, nebo z důvodů nevyplnění některé z částí dotazníků.

Klienti těchto zařízení byli na hromadném setkání v rámci dopolední komunity seznámeni s účelem výzkumného šetření. Byli informováni o dobrovolnosti se zúčastnit výzkumu a obeznámeni s možností, že pro poměrnou složitost a náročnost mohou dotazník vyplnit společně s výzkumníkem, případně s informovaným zaměstnancem zařízení. Této možnosti část respondentů využila. Jednalo se o příležitostný výběr.

Další část dotazníků byla získána od uživatelů fór na internetu jako samovýběrový soubor. Jednalo se o dvě skupiny fungující na Facebooku – uzavřená skupina „Schizofrenie“ a uzavřená skupina „HLASY // Hearing Voices skupina v ČR“. Nejprve byl navázán kontakt se správci těchto skupin, kteří byli seznámeni s účelem a strukturou výzkumu a následně byli uživatelé těchto stránek požádáni o vyplnění dotazníku v elektronické verzi na webovém rozhraní docs.google.com. Tímto způsobem byla získána data od osmnácti respondentů.

Třetí část výzkumného vzorku byla vytvořena metodou sněhové koule, kdy byl dotazník dále distribuován samotnými respondenty mezi známé, kteří splňovali výběrová kritéria. Takto byly získány 4 dotazníky.

Sběr dat probíhal od května 2015 do ledna 2016. Výběrový soubor činil 61 osob.

6.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo celkem 61 osob s diagnózou schizofrenie nebo psychotického onemocnění.

Tabulka 5: Popisné charakteristiky souboru z hlediska diagnózy

Diagnóza	Četnost
Schizofrenie (F20)	51
•paranoidní schizofrenie (F20.0)	16
•nediferencovaná schizofrenie (F20.3)	2
•reziduální schizofrenie (F20.5)	1
•simplexní schizofrenie (F20.6)	4
•není si jistý typem schizofrenie	28
Jiný typ diagnózy	10
•schizoafektivní porucha (F25)	8
•není si jistý typem psychózy	2
Celkem	61

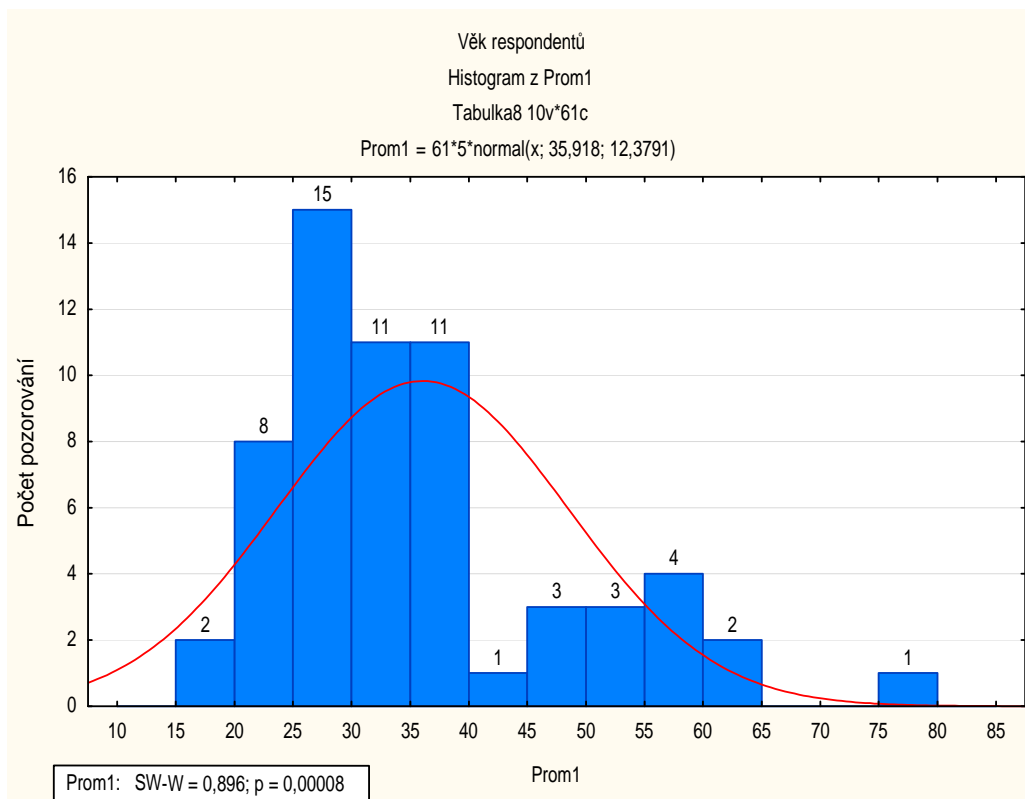
- **Věk, pohlaví a dosažený věk při vzniku onemocnění**

Tabulka 6: Popisné charakteristiky souboru z hlediska věku a pohlaví

	Počet (n)	průměr	SD	minimum	maximum	modus	medián
Muži	32	37,72	12,09	20	61	28	34
Ženy	29	34,73	12,36	18	77	30	31
Celý soubor	61	35,92	12,28	18	77	28	33

Dosažený věk při vzniku onemocnění se pohyboval v rozmezí 10 až 58 let věku participantů. Průměr věku při vzniku onemocnění činil 24,98 věku jedince (modus 20 let, medián 23 let, SD 8,57). Onemocnění u dotazovaných osob trvá od 0 do 50let. Průměrná doba onemocnění v době výzkumu byla pak 10,93 let (modus 2 roky, medián 9 let, SD 9,96).

Graf 1: Histogram věkového rozložení respondentů

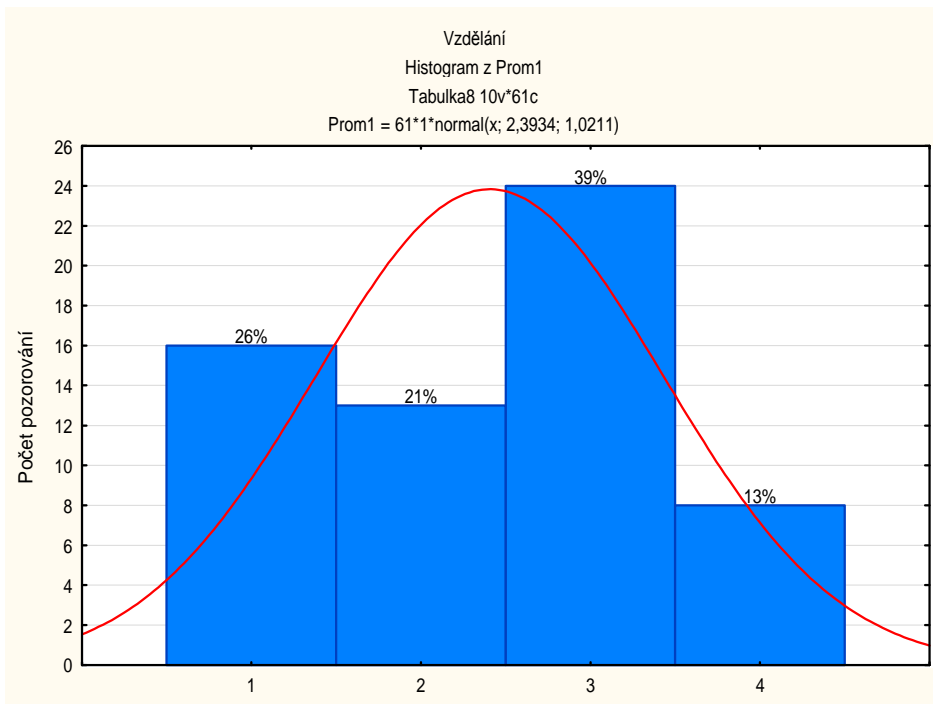


Na základě výše uvedeného rozložení a výsledků Shapiro-Wilk W testu ($W = 0,896$; $p = 0,00$) je možné prohlásit, že věkové rozložení respondentů neodpovídá normálnímu rozložení populace.

- **Dosažené vzdělání**

16 respondentů (26 %) dosáhlo pouze základního vzdělání. 13 respondentů (21 %) má ukončenou střední odbornou školu (bez maturity). 24 osob (39 %) dosáhlo středoškolského vzdělání s maturitou a 8 osob (13 %) má ukončené vysokoškolské studium.

Graf 2: Dosažené vzdělání



Tabulka 7: Popisné charakteristiky souboru z hlediska vzdělání a pohlaví

	ZŠ	SOU	SŠ	VŠ
muži	9	9	10	4
ženy	7	4	14	4
Celkem	16	13	24	8

- **Partnerský vztah**

Partnerský vztah udržuje 23 osob (37,70 %). U mužů udržuje partnerský vztah 9 osob (28,13 %), u žen pak 14 osob (48,28 %). Jak je zřejmé, ženy mají vztahy častěji než muži, ovšem u mužů je délka vztahu výrazně delší.

*Tabulka 8: Popisné charakteristiky souboru
z hlediska přítomnosti partnerského vztahu*

	počet	minimum (v letech)	maximum (v letech)	průměr (v letech)	modus	medián
muži	9	1	36	13,11	6	10
ženy	14	0,2	15	6	2,5	4
Celkem	23	0,2	36	8,96	1	6

- **Rodičovství**

20 osob (32,79 %) má děti. Z toho je 9 mužů a 11 žen. Z toho 19 osob má (nebo v době jejich nezletilosti mělo) děti ve vlastní péči. 8 osob má jedno dítě, 10 osob dvě děti a dvě osoby tři děti.

- **Zaměstnání**

18 osob (29,51 %) je zaměstnáno, shodně devět mužů a devět žen. Dvě osoby jsou na rodičovské dovolené a jedna osoba ve starobním důchodu. Z toho 8 osob pracuje na chráněném pracovním místě a 10 osob je v běžném pracovním poměru. Délka pracovního poměru je od 1 měsíce do sedmi let (průměr 2,2 roku, modus 1, medián 2). Muži jsou v průměru zaměstnáni 1,5 roku, ženy téměř 3 roky.

- **Výchova rodičů a sourozenci**

Respondenty vychovávali oba rodiče v 51 případech. Ve čtyřech případech se otec spolupodílel na výchově jen do omezeného věku (7 – 10 let), čtyři respondenty vychovávala výhradně matka, jednoho prarodiče a jeden byl v pěstounské péči.

4 osoby jsou jedináčci, 36 osob má jednoho sourozence, 10 osob dva sourozence, 9 osob tři sourozence a jedna osoba čtyři sourozence. Jeden z respondentů nezná počet svých sourozenců.

Výběrový soubor byl rozdělen na následující dvě skupiny. Do skupiny s úspěšnou adaptací byli zahrnuti ti, kteří se dokázali plně nebo částečně zařadit do společnosti a splnili alespoň jedno ze zadaných kritérií: zaměstnání, partnerský vztah nebo dítě ve vlastní péči. Do tohoto souboru jsou započítány osoby s délkou vztahu nad šest měsíců a délkou zaměstnání rovněž nad šest měsíců. Druhou skupinu tvoří osoby, které nesplňují zadaná kritéria.

Tabulka 9: Popisné charakteristiky souboru z hlediska míry sociálního začlenění

	muži	ženy	Celkem
bez sociálního začlenění	18	12	30
zaměstnání	3	2	5
rodičovství	2	2	4
rodičovství + zaměstnání	0	0	0
vztah	2	2	4
vztah + zaměstnání	0	2	2
vztah + rodičovství	3	5	8
vztah + rodičovství + zaměstnání	4	4	8
se sociálním začleněním celkem	14	17	31

Celkem tedy bylo jako úspěšně adaptovaných určeno 31 osob. Počet osob s méně úspěšnou adaptací byl stanoven na 30 osob z výzkumného vzorku.

7 VÝSLEDKY

Kapitola se věnuje popisu výsledků jednotlivých dotazníků ve vztahu ke dvěma výběrovým skupinám, tak abychom byli schopni postupně zodpovědět stanovené výzkumné otázky.

7.1 SVF 78

Dotazník SVF 78 se zaměřil na zjištění postupů, které jsou u výběrových souborů využívány ke zpracování zátěžových událostí (stresu) a ke zjištění, jestli mezi jednotlivými skupinami s různou mírou úspěšnosti adaptace existuje statisticky významný rozdíl v uplatňovaných strategiích. Jako vhodná metoda ke zjištění statistické signifikantnosti byl vzhledem k velikosti vzorku a zjištění normality rozložení, využit Studentův t-test. K ověření velikosti účinku (Effect size) jsme zvolili Cohenovo d .

Podle skóre jednotlivých subtestů byl u jednotlivých participantů určen celkový skóre *pozitivních strategií* (subtesty 1 - 7) a celkový skóre *negativních strategií* (subtesty 10 - 13), které byly vzájemně porovnávány. Mimo tyto dva souhrnné skóre byly posouzeny dva skóre *samostatné*, které nejsou zařazeny ani mezi pozitivní ani mezi negativní strategie. Jedná se o subtesty Potřeba sociální opory (8) a Vyhýbání se (9).

Průměr dosažených hodnot pozitivních strategií převládá u osob s úspěšnou adaptací (13,19), proti osobám s neúspěšnou adaptací (12,00).

Tabulka 10: Celkový skóre pozitivních strategií

	n	průměr	modus	medián	SD
Osoby s neúspěšnou adaptací	30	12,00	9	12	3,04
Osoby s úspěšnou adaptací	31	13,19	15	13	3,03

K ověření statisticky významného rozdílu bylo využito dvouvýběrového t-testu, kdy hodnota $t = 1,51$; $p = 0,14$ (při stanovené hladině významnosti $\alpha = 0,05$). Rozdíl mezi průměry skupin v míře uplatňování pozitivních strategií v zátěžových situacích u osob s úspěšnou a méně úspěšnou adaptací tedy není statisticky významný. Prostřednictvím Cohenova d jsme zjistili malou věcnou významnost v rozdílu mezi skupinami osob s neúspěšnou adaptací a osob s úspěšnou adaptací.

Při posouzení míry využívání negativních strategií se projevila převaha jejich uplatňování u osob s méně úspěšnou adaptací (14,55) proti osobám s úspěšnou adaptací (13,94).

Tabulka 11: Celkový skór negativních strategií

	n	průměr	modus	medián	SD
Osoby s neúspěšnou adaptací	30	14,66	16	15	4,09
Osoby s úspěšnou adaptací	31	13,94	11	13	4,59

Při statistickém ověření bylo využito dvouvýběrového t-testu. Hodnota $t = 0,65$; $p = 0,52$ (při stanovené hladině významnosti $\alpha = 0,05$). Rozdíl mezi průměry skupin tedy není statisticky významný. Cohenovo D dosáhlo míry $d = 0,17$. Rozdíl mezi skupinou osob s neúspěšnou adaptací a skupinou osob s úspěšnou adaptací nedosahuje žádného efektu.

Další posuzovanou veličinou byl skór potřeby sociální opory, tedy posouzení toho, jaká je tendence v zátěžových událostech navazovat kontakty s jinými osobami k získání podpory při zpracování nebo řešení problému, a to formou konkrétní pomoci, rady či podpůrného rozhovoru. Osoby s úspěšnou adaptací dosahovaly mírně vyššího průměrného hrubého skóru (14,16) proti osobám s neúspěšnou adaptací (12,25).

Tabulka 12: Skór Potřeby sociální opory

	n	průměr	modus	medián	SD
Osoby s neúspěšnou adaptací	30	12,25	vícen.	14,5	6,61
Osoby s úspěšnou adaptací	31	14,16	14	14	6,27

K ověření statisticky významného rozdílu bylo využito dvouvýběrového t-testu, kdy hodnota $t = -1,09$; $p = 0,28$ (při stanovené hladině významnosti $\alpha = 0,05$). Rozdíl mezi skupinami v míře potřeby sociální opory v zátěžových situacích u osob s úspěšnou a méně úspěšnou adaptací není statisticky významný.

Posledním nezávislým skórem byl skór subtestu Vyhýbání se, který nelze jednoznačně posoudit ani jako pozitivní, ani jako negativní strategii vedoucí ke zvládnání

zátěžových situací. Osoby s neúspěšnou adaptací vykazovaly nižší hrubý průměrný skór (13,33) než osoby úspěšně adaptované (15,81).

Tabulka 13: Skór Vyhýbání se

	n	průměr	modus	medián	SD
Osoby s neúspěšnou adaptací	30	13,33	18	13	4,74
Osoby s úspěšnou adaptací	31	15,81	vícen.	17	5,58

K ověření statisticky významného rozdílu bylo využito dvouvýběrového t-testu, kdy hodnota t dosahovala - 1,86; $p = 0,067$ (při stanovené hladině významnosti $\alpha = 0,05$). Rozdíl mezi průměry skupin v tendenci vyhnout se zátěži a zamezit další konfrontaci se zátěžovými situacemi u osob s úspěšnou a méně úspěšnou adaptací tedy rovněž není statisticky významný.

Statisticky významný rozdíl jsme zjistili v subtestu Kontrola reakcí ve prospěch osob s úspěšnou adaptací (13,10; 16,16). Subtest spadá pod pozitivní strategie a zachycuje dva aspekty. Jednak zabránění vzrušení, případné rozrušení nedat na sobě znát a vůči již vzniklému rozrušení dokázat čelit.

Tabulka 14: Skór Kontrola reakcí

	n	průměr	modus	medián	SD
Osoby s neúspěšnou adaptací	30	13,10	17	13	3,77
Osoby s úspěšnou adaptací	31	16,16	20	16	4,03

K ověření statistické významnosti bylo využito dvouvýběrového t-testu, kdy $t = -3,09$; $p = 0,003$, při stanovené hladině významnosti $\alpha = 0,05$.

Další subtest, kde se znázornil statisticky významný rozdíl ($t = -2,05$; $p = 0,04$ při stanovené hladině významnosti $\alpha = 0,05$), je subtest Pozitivní sebeinstrukce, který vypovídá o sklonu jedinců přisuzovat kompetence sobě a v zátěžových situacích si dodávat odvalu. Vyššího hrubého průměrného skóru dosahují osoby s úspěšnou adaptací.

Tabulka 15: Skór Pozitivní sebeinstrukce

	n	průměr	modus	medián	SD
Osoby s neúspěšnou adaptací	30	12,6	11	12	4,69
Osoby s úspěšnou adaptací	31	15,03	14	15	4,57

Pro přehlednost a komplexnost informací přikládáme tabulku všech výpočtů jednotlivých subtestů metodou t-test, doplněnou o míru velikosti účinku Cohenovo d.

Tabulka 16: Výsledky subtestů SVF 78

Subtest	Název subtestu	Adaptace	n	průměr	modus	medián	SD	T - test		Cohenov o d
								t	p	
1	Podhodnocení	neúspěšná	30	9,67	6	9	5,36	-0,44	0,66	-0,11
		úspěšná	31	10,23	vícen.	10	4,55			
2	Odmítání viny	neúspěšná	30	11,63	11	11	4,25	0,63	0,72	0,09
		úspěšná	31	11,23	vícen.	12	4,67			
3	Odklon	neúspěšná	30	12,20	vícen.	12,5	4,23	-0,87	0,39	-0,22
		úspěšná	31	13,23	17	14	4,90			
4	Náhradní uspokojení	neúspěšná	30	11,93	vícen.	12	5,41	-0,45	0,65	-0,11
		úspěšná	31	12,58	vícen.	12	5,70			
5	Kontrola situace	neúspěšná	30	11,93	15	11,5	4,85	-1,92	0,05	-0,53
		úspěšná	31	14,26	vícen.	14	4,40			
6	Kontrola reakcí	neúspěšná	30	13,10	17	13	3,77	-3,09	0,003	-0,76
		úspěšná	31	16,16	20	16	4,03			
7	Pozitivní sebeinstrukce	neúspěšná	30	12,60	11	12	4,69	-2,05	0,04	-0,52
		úspěšná	31	15,03	14	15	4,57			
8	Potřeba sociální opory	neúspěšná	30	12,25	vícen.	14,5	6,61	-1,09	0,28	-0,28
		úspěšná	31	14,16	14	14	6,27			
9	Vyhýbání se	neúspěšná	30	13,33	18	13	4,74	-1,86	0,07	-0,48
		úspěšná	31	15,81	vícen.	17	5,58			
10	Úniková tendence	neúspěšná	30	14,30	vícen.	16	4,86	0,21	0,83	-0,05
		úspěšná	31	14,03	vícen.	13	4,98			
11	Perseverace	neúspěšná	30	15,27	16	16	4,90	0,21	0,84	-0,05
		úspěšná	31	15,55	vícen.	15	5,60			
12	Rezignace	neúspěšná	30	14,87	vícen.	15,5	4,41	1,49	0,14	0,38
		úspěšná	31	13,00	15	14	5,29			
13	Sebeobviňování	neúspěšná	30	14,03	14	14	5,63	1,08	0,28	0,27
		úspěšná	31	12,42	8	12	5,99			

Pozn.: hladina významnosti byla u všech subtestů shodně stanovena na hodnotu $\alpha = 0,05$

Prostřednictvím Cohenova d jsme zjistili malou praktickou významnost v rozdílu mezi skupinami osob s neúspěšnou adaptací a osob s úspěšnou adaptací v subtestech Odklon, Potřeba sociální opory, Vyhýbání se, Rezignace a Sebeobviňování. Za středně velký efekt lze označit rozdíly mezi skupinami v subtestech Kontrola situace, Kontrola reakcí, a Pozitivní sebeinstrukce.

7.2 PBI

Dotazník PBI posuzuje rodičovskou vazbu, vnímanou osobami výběrové populace, v průběhu prvních šestnácti let života. Vzhledem k rozložení, které nedosáhlo normálních hodnot, byl zvolen neparametrický Mann-Whitney U test a test Chí-kvadrát.

Průměrný hrubý skór péče matky u osob neúspěšnou adaptací je na podobné úrovni (25,90) jako průměrný hrubý skór u osob s úspěšnou adaptací (26,06).

Tabulka 17: Hrubý skór Péče matky

	n	průměr	modus	medián	SD
Osoby s neúspěšnou adaptací	30	25,90	vícen.	30	9,81
Osoby s úspěšnou adaptací	31	26,06	34	30	8,59

K ověření statistické významnosti byl využit Mann-Whitney U test s výsledkem $U = 456,00$; $Z = 0,12$; $p = 0,90$. Na stanovené hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Rozdíl mezi průměry skupin není statisticky významný.

Hrubý skór kontroly ze strany matky u osob s úspěšnou a neúspěšnou adaptací je rovněž na velmi podobné úrovni (16,10 a 16,77). Za využití Mann-Whitney U testu bylo zjištěno $U = 429,50$; $Z = 0,51$; $p = 0,61$, při určené hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Statistickou významnost tedy nemůžeme potvrdit.

Tabulka 18: Hrubý skór Kontrola matky

	n	průměr	modus	medián	SD
Osoby s neúspěšnou adaptací	30	16,10	7	16	7,89
Osoby s úspěšnou adaptací	31	16,77	11	16	8,01

Při testování míry péče a kontroly ze strany otců byla četnost výzkumného vzorku nižší. Otec nevychoval vůbec, nebo si na jeho výchovu nepamatovali čtyři účastníci ze skupiny osob s neúspěšnou adaptací (n = 26) a tři osoby z výběrového souboru osob úspěšně se adaptujících (n = 28). Průměrný hrubý skóre vykazuje rozdíl, kdy u skupiny osob s úspěšnou adaptací převládá (18,64) nad skupinou osob s neúspěšnou adaptací (15,04).

Tabulka 19: Hrubý skóre Péče otec

	n	průměr	modus	medián	SD
Osoby s neúspěšnou adaptací	26	15,04	12	13	9,85
Osoby s úspěšnou adaptací	28	18,64	23	19,5	9,21

Z důvodu nižší velikosti vzorku byla statistická významnost ověřena neparametrickým Mann-Whitney U testem. $U = 294,5$; $Z = 1,19$; $p = 0,23$. Statistická významnost se ovšem projevila v neparametrickém Wald-Wolfowitzově testu, kdy $Z = -2,19$, $p = 0,003$ (při stanovené hladině významnosti $\alpha = 0,05$).

Průměrné hrubé skóre dosažené v subtestu Kontrola otce byly téměř totožné (12,85; 12,82).

Tabulka 20: Hrubý skóre Kontrola otce

	n	průměr	modus	medián	SD
Osoby s neúspěšnou adaptací	26	12,85	vícen.	12,5	8,07
Osoby s úspěšnou adaptací	28	12,82	12	12	6,46

Statistická významnost byla ověřena Mann-Whitney U testem s výsledkem $U = 345$; $Z = 0,32$; $p = 0,74$, při stanovené hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi skupinami.

Na základě hrubých skóre byl stanoven **typ citové vazby u matek a otců** zvlášť.

- **Matka**

U osob s úspěšnou adaptací převažoval optimální typ citové vazby matky (30 %) a typ kontrolující s láskou (29 %). U osob s neúspěšnou adaptací byl nejčastějším typem

kontrolující s láskou (40 %) a následně optimální typ vazby (30 %). Skóry optimální vazby a chybějící vazby se znázornily na podobné úrovni. Skór nelaskavé kontroly převažoval nad skórem typu kontrolující s láskou u osob s úspěšnou adaptací.

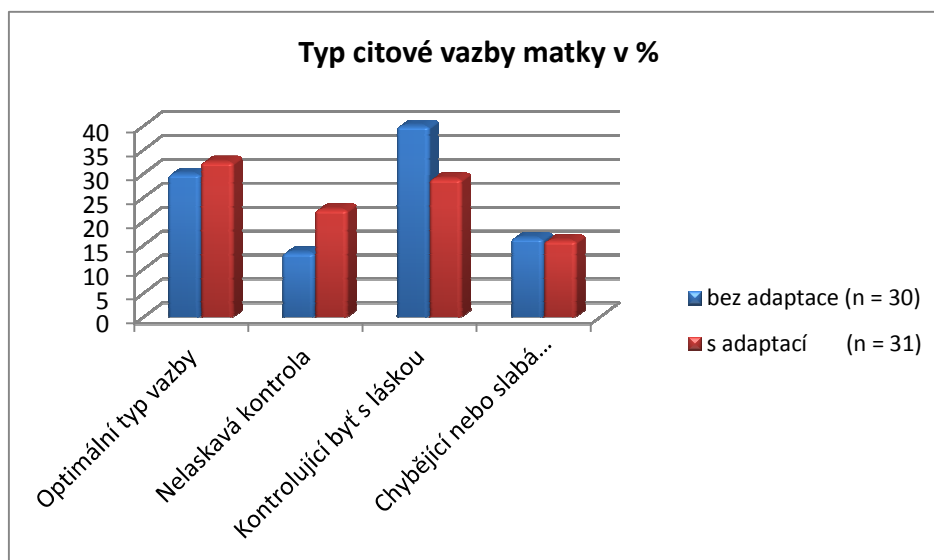
Tabulka 21: Typ citové vazby matky (absolutní četnosti)

	bez adaptace (n = 30)		s adaptací (n = 31)	
	čet	%	čet	%
Optimální typ vazby	9	30 %	10	30 %
Nelaskavá kontrola	4	13 %	7	23 %
Kontrolující byť s láskou	12	40 %	9	29 %
Chybějící nebo slabá vazba	5	17 %	5	16 %

Statistická významnost byla ověřena testem Pearsonův chí-kvadrát. $X^2_3 = 1,28$; $p = 0,73$; při stanovené hladině významnosti $\alpha = 0,05$). Rozdíl mezi průměry skupin tedy není statisticky významný.

Pro přehlednost přikládáme názorný graf:

Graf 3: Typ citové vazby matky (v %)



- **Otec**

U osob s neúspěšnou adaptací převažoval typ citové vazby otce nelaskavá kontrola (33 %) a typ chybějící nebo slabá vazba (30 %). Optimální typ vazby a kontrolující byť

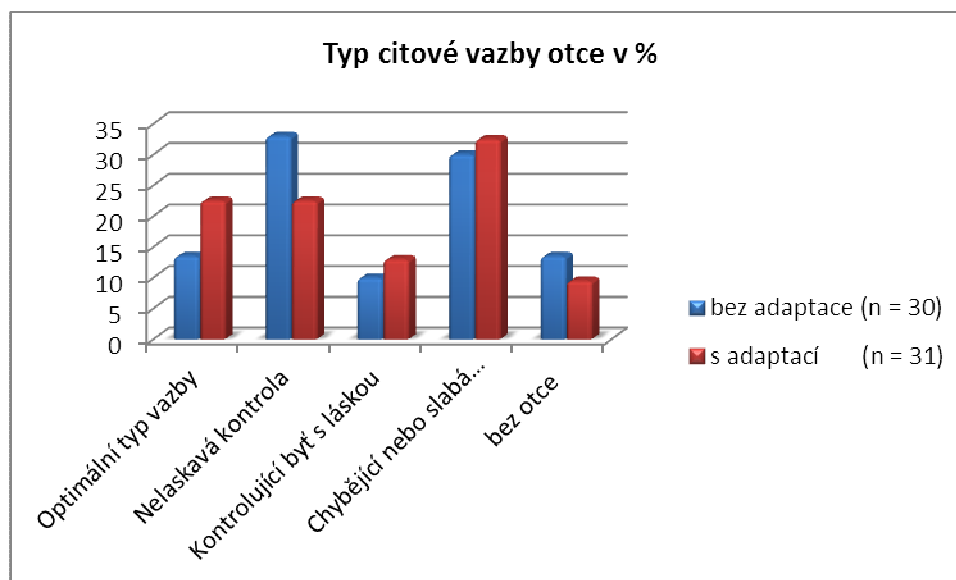
s láskou se prokázaly u podobného množství respondentů (13,5 %; 10 %). 13,5 % osob si výchovu svého otce nepamatuje. U osob s úspěšnou adaptací se jako nejvýznamnější projevil typ chybějící nebo slabá vazba (32 %). V stejné míře se pak projevil optimální typ a nelaskavá kontrola (shodně 22,5 %). Typ kontrolující byt' s láskou se vyskytuje u 13 % osob s úspěšnou adaptací. 10 % osob si výchovu otce již nepamatuje.

Tabulka 22: Typ citové vazby otce (absolutní četnosti)

	bez adaptace (n = 30)		s adaptací (n = 31)	
	četnost	procento	četnost	procento
Optimální typ vazby	4	13,5 %	7	22,5 %
Nelaskavá kontrola	10	33 %	7	22,5 %
Kontrolující byt' s láskou	3	10 %	4	13 %
Chybějící nebo slabá vazba	9	30 %	10	32 %
bez otce	4	13,5 %	3	10 %

Statistická významnost byla ověřena testem Pearsonova chí-kvadrátu ($X^2_4 = 1,67$; $p = 0,80$; při stanovené hladině významnosti $\alpha = 0,05$). Výsledky testu nevykazují statisticky významný rozdíl.

Graf 4: Typ citové vazby otce (v %)



7.3 ŠRP

Dotazník Škála rodinného prostředí se zaměřuje na zjištění vnímaného klima současné rodiny participantů. Dotazník vyplnilo 60 respondentů. Jeden respondent uvedl, že žije dlouhodobě sám. Výsledky dotazníku byly vzhledem rozložení nevykazující normalitu, statisticky ověřeny Mann-Whitney U testem, Wald-Wolfowitz testem a testem Pearsonův chí-kvadrát.

V rámci jednotlivých subtestů jsme statistickou významnost v rozdílech mezi skupinami nezjistili v žádném ze subtestů. Statisticky významným výsledkům se ovšem přibližují subtesty Expresivnost, kde se znázornil vyšší hrubý skóre u skupiny osob u kterých je popsána úspěšná adaptace (5,30; 6,30) a také v subtestu Organizace, která je rovněž ve prospěch osob s úspěšnou adaptací (4,90; 6,30).

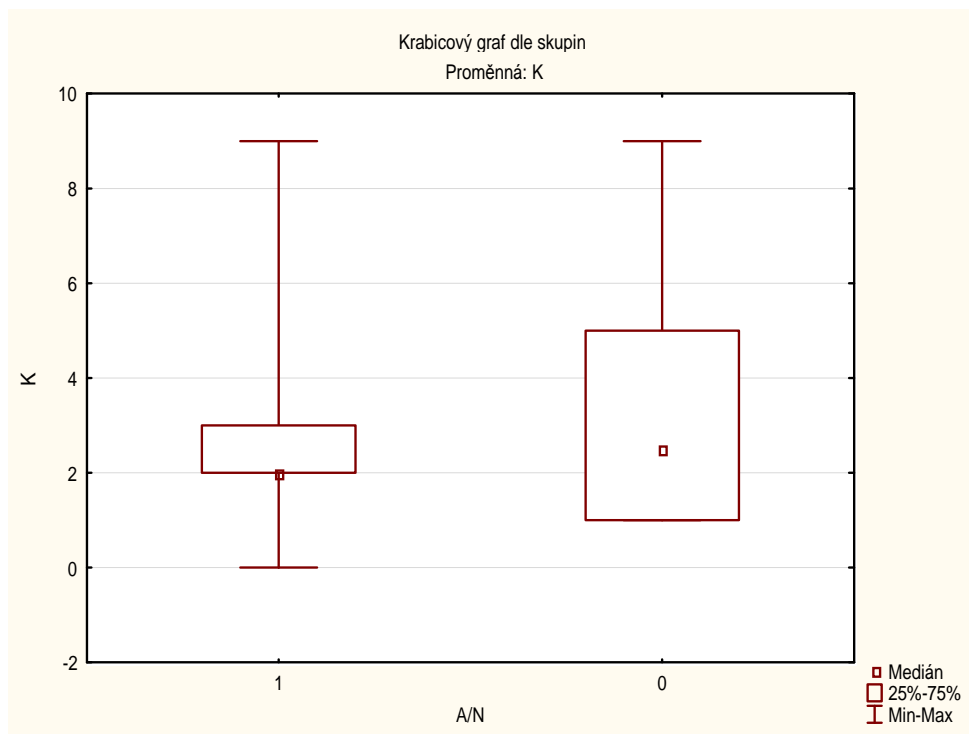
Tabulka 23: Výsledky subtestů ŠRP

Sub-test	Název subtestu	Adaptace	n	průměr	modus	medián	SD	U	Z	p
1	Soudržnost	neúspěšná	30	5,77	7	6	2,45	340,50	1,61	0,11
		úspěšná	30	6,70	7	6	2,28			
2	Expresivnost	neúspěšná	30	5,13	1	2,5	2,15	324,50	1,86	0,06
		úspěšná	30	6,13	6	5	2,39			
3	Konfliktnost	neúspěšná	30	3,30	5	4,5	2,41	428,00	-0,33	0,74
		úspěšná	30	2,80	2	4	2,02			
4	Nezávislost	neúspěšná	30	5,00	2	3	1,89	428,00	-0,33	0,74
		úspěšná	30	4,93	4	4	1,46			
5	Orientace na úspěch	neúspěšná	30	4,40	6	5,5	2,01	405,50	0,66	0,51
		úspěšná	30	4,70	3	3,5	1,90			
6	Intelektuálně - kulturní orientace	neúspěšná	30	4,00	8	7	2,49	358,50	1,35	0,18
		úspěšná	30	4,67	8	7	2,12			
7	Aktivní rekreační orientace	neúspěšná	30	3,70	2	2	2,32	436,50	-0,20	0,84
		úspěšná	30	3,60	5	5	2,39			
8	Morálně - světonázorová orientace	neúspěšná	30	4,23	4	5	1,38	434,00	0,24	0,81
		úspěšná	30	4,30	6	5	1,66			
9	Organizace	neúspěšná	30	4,90	Vícenás.	3	2,50	326,00	1,83	0,06
		úspěšná	30	6,13	5	4	2,11			
10	Kontrola	neúspěšná	30	4,07	6	6	2,35	418,00	0,47	0,63
		úspěšná	30	4,36	Vícenás.	4	2,44			

Pozn.: hladina významnosti byla stanovena na hodnotu $\alpha = 0,05$

V krabicovém grafu u škály Konfliktnost, odpovědi osob s úspěšnou adaptací vykazovaly vyšší konzistenci, než u osob neúspěšně adaptovaných.

Graf 5: Krabicový graf ŠRP – subtest Konfliktnost



Při statistickém ověřování neparametrickým Wald-Wolfowitz testem jsme našli statisticky významný rozdíl mezi posuzovanými skupinami také v subtestu Soudržnost ($Z = -2,34$; $p = 0,02$, při stanovené hladině významnosti $\alpha = 0,05$).

Stanovení typu rodiny

Na základě nejvyšších naměřených skóre u každého probanda byl stanoven konkrétní typ rodiny. U osob s neúspěšnou adaptací je typ rodin A a B vyrovnaný, u osob s úspěšnou adaptací převažuje jednoznačně typ rodin B.

Tabulka 24: Typ rodin ŠRP

Typ rodiny	neúspěšná a.	úspěšná a.		neúspěšná a.	úspěšná a.
A. Rodiny orientované na osobnostní růst	10	7	orientované na nezávislost	1	1
			orientované na úspěch	3	3
			morálně - nábožensky orientované	0	0
			intelektuálně-kulturně orientované	4	2
			aktivně rekreační orientace	2	1
B. Rodiny orientované na vztahy	9	14	orientované na vzájemnou podporu	3	11
			orientované na konflikt	6	3
C. Rodiny orientované na udržování rodinného systému	5	7	nevyhraněný typ (nepřevládá ani orientace na růst, ani na vztahy)	5	7
			dezorganizované rodiny	0	0
Nelze určit typ rodiny	6	2			

Statistická významnost byla posuzována Pearsonovým chí-kvadrátem. $X^2_3 = 3,95$, $p = 0,27$; při stanovené hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Mezi skupinami není statisticky významný rozdíl.

7.4 Odpovědi na výzkumné otázky

- **Odlíší se lidé s dobrou úrovní adaptace ve strategiích zvládnání zátěže od lidí s problémy v adaptaci?**

Rozdíly ve strategiích zvládnání zátěže jsme zjistili jak v celkovém průměrném skóru pozitivních (12,00; 13,19 ve prospěch osob s úspěšnou adaptací), tak v celkovém průměrném hrubém skóru negativních strategií zvládnání stresu (14,66; 13,94 ve prospěch osob s problémy v adaptaci). Tento zjištěný rozdíl mezi průměry skupin nebyl statisticky významný. Věcnou významnost jsme našli u posuzovaných skupin v pozitivních strategiích zvládnání stresu. Rozdíl, který jsme zjistili, dosahuje malého efektu.

Potřeba sociální opory při zvládnání zátěžových situací převládá u osob s úspěšnou adaptací (12,25; 13,33) u kterých rovněž převládá tendence vyhnout se zátěži nebo ji zamezit (13,33; 15,81). Rozdíly mezi skupinami v potřebě sociální opory a v tendenci vyhnout se zátěži se neprokázaly jako statisticky signifikantní. Prokázána byla věcná

významnost. U sociální opory byly zjištěny malé rozdíly, v tendenci vyhnout se zátěžovým situacím pak středně velké rozdíly mezi posuzovanými skupinami.

Statistickou významnost jsme našli ve schopnosti kontroly situace ve prospěch osob s úspěšnou adaptací (11,93; 14,26). Dále ve schopnosti kontroly vlastních reakcí v zátěžových situacích ve prospěch osob s úspěšnou adaptací (13,1; 16,16). V tendenci přisuzovat si kompetence ke zvládnutí zátěžových situací a sebeinstrukce (12,6; 15,03 ve prospěch osob s úspěšnou adaptací) a v tendenci rezignovat a prožívat pocit beznaděje a bezmocnosti (14,87; 13,00 ve prospěch osob s problematickou adaptací). U všech těchto posuzovaných oblastí byla rovněž prokázána věcná významnost, kdy byly zjištěny střední rozdíly mezi skupinami. Prostřednictvím věcné významnosti byly malé rozdíly mezi posuzovanými skupinami prokázány také v oblastech odklonu (12,20; 13,23 ve prospěch osob s úspěšnou adaptací), v míře rezignace (14,87; 13,00 ve prospěch osob s neúspěšnou adaptací) a v tendenci k sebeobviňování (14,03; 12,42 rovněž ve prospěch osob s neúspěšnou adaptací).

• Odlišuje se druh citové vazby k rodičům prožívané v dětství a období dospívání u osob s úspěšnou adaptací od osob s méně úspěšným sociálním uplatněním?

U osob s úspěšnou adaptací převažuje „optimální typ“ citové vazby matky (30 %) a typ „kontrolující byt' s láskou“ (29 %). U osob s méně úspěšnou adaptací jsme jako nejvýznamnější zjistili typ „kontrolující byt' s láskou“ (40 %) a následně „optimální typ vazby“ (30 %). Skóry „optimální vazby“ a „chybějící vazby“ se zobrazily mezi oběma posuzovanými skupinami na podobné úrovni. Skór „nelaskavé kontroly“ převažoval nad skórem „kontrolující byt' s láskou“ u osob s úspěšnou adaptací. V rozdílech mezi typy citové vazby u osob s úspěšnou a neúspěšnou adaptací jsme nemohli potvrdit statistickou významnost.

U osob s neúspěšnou adaptací vztah k otci v dimenzích péče a kontroly převažoval v dimenzi „nelaskavá kontrola“ (33 %) a typu „chybějící nebo slabá vazba“ (30 %). „Optimální typ vazby“ a „kontrolující byt' s láskou“ se prokázaly u podobného množství respondentů (13,5 %; 10 %). 13,5 % osob si výchovu svého otce nepamatuje. U osob s úspěšnou adaptací se jako nejvýznamnější projevil typ „chybějící nebo slabá vazba“

(32 %). Ve stejné míře se pak vyskytoval „optimální typ“ a „nelaskavá kontrola“ (shodně 22,5 %). Typ „kontrolující byt' s láskou“ se vyskytuje u 13 % osob s úspěšnou adaptací. 10 % osob si výchovu otce již nepamatuje. Statisticky významný rozdíl v typu citové vazby vůči otci jsme nemohli potvrdit.

- **Existuje rozdíl mezi mírou projevované kontroly a ochrany v období dospívání ze strany blízkých osob u osob s dobrou úrovní adaptace od osob s méně úspěšnou adaptací?**

Péče matky v období dospívání se u obou posuzovaných identifikovala na podobné průměrné úrovni (25,90; 26,06), stejně tak jako kontrola a ochrana ze strany matky (16,10; 16,77). Statisticky významný rozdíl mezi posuzovanými skupinami tak nebyl prokázán.

Péče otce v období dospívání naopak dosahuje statisticky významných rozdílů. Osoby s úspěšnou adaptací dosahují vyššího průměrného hrubého skóru (18,64) než osoby s problematickou adaptací (15,04). Naproti tomu kontrola a ochrana ze strany otce nevykazuje prakticky žádný rozdíl mezi skupinami (12,85; 12,82) a není statisticky signifikantní.

- **Existují odlišnosti v sociální atmosféře rodin osob s úspěšnou sociální adaptací od osob s méně úspěšnou adaptací?**

Rozdíly ve vnímaném rodinném klimatu jsme zjistili v oblasti konfliktnosti, tedy do jaké míry členové rodiny projevují hněv a agresivitu. Míra konfliktnosti je vyšší v rodinách osob s problémy v adaptaci (3,30) než u osob s úspěšnou adaptací (2,80). Tento rozdíl není statisticky signifikantní. Další významný rozdíl se projevil v oblasti organizace, tedy toho jak má rodina stanovená pravidla a povinnosti a je v rodině udržovaný pořádek a kontrola. Vyšší průměrný hrubý skór se projevil v rodinách osob s úspěšnou adaptací (6,13) proti osobám s neúspěšnou adaptací (4,90). Významný rozdíl jsme našli také v expresivnosti, tedy v tom, do jaké míry mohou jednotliví členové rodiny projevovat své city a umožní si vzájemně se chovat otevřeně a přímo. Vyššího skóru dosáhly osoby s úspěšnou adaptací (6,13), proti osobám s neúspěšnou adaptací. Tyto rozdíly nebyly statisticky signifikantní. Statistická významnost se projevila v soudržnosti rodiny, která je

prokazatelně vyšší u osob s úspěšnou adaptací (6,70), proti osobám s problémy v adaptaci (5,77). Ostatní oblasti rodinného soužití nevykazovaly významné rozdíly.

Převažujícím typem rodiny je u osob s úspěšnou adaptací typ rodiny orientované na vztahy, především pak na vzájemnou podporu. U osob s méně úspěšnou adaptací je u rodin orientovaných na vztahy převažující orientace na konflikt. Rodiny orientované na osobnostní růst se vyskytují častěji u osob s neúspěšnou adaptací. Rozdíl ovšem není statisticky významný.

8 DISKUSE

8.1 Diskuse o metodice

Mezi hlavní úskalí výzkumu se řadí nízká zobecnitelnost výsledků, kdy počet účastníků výzkumu byl poměrně malý, a nebylo dosaženo normálního rozložení výběrové populace. Rovněž zdroje získávání participantů výzkumu obnášely značné limity, kdy se výzkumu zúčastnily buď osoby navštěvující zařízení sociální rehabilitace, jejichž zdravotní stav je zpravidla chronický anebo naopak, osoby které byly zcela anonymně osloveny přes internet, kdy nemohly být důkladně pohlídány všechny intervenující nežádoucí proměnné.

Další limity mohou pramenit z poměrně náročných a časově obsáhlých dotazníkových metod, jejichž vyplnění bylo pro řadu potencionálních účastníků natolik obtížné, že jej nedokončili, nebo mohlo dojít ke zkreslení odpovědí participantů. Tuto možnost jsme se snažili eliminovat nabídkou pomoci s vyplněním anebo s možností vyplňovat souhrnný dotazník ve více etapách. U metody Škála rodinného prostředí jsme získali pouze jednostranný pohled na rodinné klima osob výběrového souboru. Bylo by zajímavé výzkum rozšířit také o pohled ostatních členů rodiny.

Mezi zásadní omezení výzkumu se řadí také nezkušenost autorky diplomové práce, která se mohla dopustit metodologických chyb. Tento faktor jsme se pokusili minimalizovat teoretickou přípravou autorky a pravidelnými konzultacemi s vedoucím diplomové práce.

8.2 Diskuse o výsledcích

Výzkum se zabýval zjištěním rozdílů mezi dvěma posuzovanými skupinami osob a to osob s úspěšnou adaptací a osob s problémy v adaptaci po prodělané psychotické poruše nebo schizofrenii. Použité dotazníky mapovaly současný rodinný život a klima v rodině uplatňované strategie zvládat zátěžové situace a rovněž citovou vazbu vůči rodičům v období dětství a dospívání.

Při vyhodnocení dotazníků SVF 78, který mapuje strategie zvládání stresu, jsme nejvýznamnější rozdíly zjistili mezi schopnostmi kontroly situace a kontroly vlastních reakcí v zátěžových situacích, který byl vyšší u osob s úspěšnou adaptací. Naopak u osob

s problémy v adaptaci byla tato schopnost na významně nižší úrovni. Souvislost byla nalezena také v tendenci přisuzovat si kompetence ke zvládnání zátěžových situací a umět si stanovit sebeinstrukce ke zvládnání stresových situací u osob s úspěšnou adaptací. Určité rozdíly se projevíly také v celkovém skóru pozitivních a negativních strategií zvládnání stresu. U osob s úspěšnou adaptací mírně převládaly pozitivní strategie zvládnání stresu než u osob s neúspěšnou adaptací. Naopak negativní strategie byly častěji využívány u osob s neúspěšnou adaptací, než u osob s úspěšnou adaptací. Tento rozdíl byl ale poměrně malý a nelze ho považovat za statisticky signifikantní. Osoby s úspěšnou adaptací také více využívají ke zvládnání zátěže sociální opory, tedy komunikace s jinými lidmi a rovněž u nich převažuje tendence a priori se zátěži vyhnout, nebo ji zamezit. Osoby bez úspěšné adaptace mají rovněž větší tendenci k rezignaci a sebeobviňování. Tyto rozdíly nemůžeme považovat za statisticky významné, zjištěna u nich byla pouze různá míra věcné významnosti.

Tato zjištění se do značné míry shodují s výsledky výzkumu Gerrona et al. (2011), který byl zaměřen na copingové strategie popisované členy rodiny v časných stádiích psychotické poruchy. Cílem práce bylo zjistit, které copingové strategie jsou užívané rodinami pacientů se schizofrenií. Výsledky výzkumu popisují častější využívání „mírných“ zvládacích přístupů jako je např. plánování, hledání sociální opory, pozitivní reinterpretace, přijetí a obrácení se k náboženství. O pozitivním vlivu snížení stresu hovoří také výzkum Omranifarda, et al. (2008), který popsal vztah mezi snížením partnerského stresu a snížením množství rehospitalizací pacientů s psychotickými poruchami, což je ve shodě s našimi zjištěními, kdy pozitivní strategie zvládnání stresu převládají u osob s úspěšnou adaptací.

Další část výzkumu se zaměřila na zjištění rozdílu mezi posuzovanými skupinami v druhu citové vazby vůči rodičům v období dětství a dospívání a také mezi mírou projevované péče a kontroly a ochrany v období dětství a dospívání ze strany rodičů. Pro tato zjištění byl využit dotazník PBI, který se prokázal jako vhodný nástroj. Typ citové vazby se stanovil pro každého z rodičů zvlášť. U osob s úspěšnou adaptací i u osob s problémy v adaptaci převažovala ve velmi podobné míře citová vazba matky optimální typ a typ vazby Kontrolující byt' s láskou. Chybějící nebo slabá vazba byla u obou skupin rovněž na velmi podobné úrovni. Rozdíl se projevil u typu citové vazby nelaskavá

kontrola, který překvapivě nabyl vyššího skóru u osob s úspěšnou adaptací. Tyto rozdíly však nejsou statisticky signifikantní.

U otců byla situace významně rozdílná. U osob s neúspěšnou adaptací převažoval jednoznačně typ citové vazby nelaskavá kontrola a chybějící nebo slabá vazba. U osob s úspěšnou adaptací byl nejčastějším typem vazby chybějící nebo slabá vazba a následně optimální typ vazby a nelaskavá kontrola. Optimální typ vazby jednoznačně převyšuje u osob s úspěšnou adaptací. Výsledky jsou velmi zajímavé a naznačují, že citové vztahy s matkou jsou na lepší úrovni u obou posuzovaných skupin než citové vztahy s otcem. Citové vztahy s otcem jsou pak horší u osob s problémy v adaptaci proti osobám s úspěšnou adaptací. Péče ze strany matky v období dospívání se obdobně projevila u obou posuzovaných skupin na podobné úrovni. Zato péče ze strany otce je na statisticky vyšší úrovni u osob s úspěšnou adaptací než u osob s problémy v adaptaci. Kontrola, tj. ochrana ze strany matky je rovněž shodná u obou posuzovaných skupin stejně tak jako kontrola ze strany otce.

Tato zjištění jsou v částečném rozporu s výzkumem na palauských mladistvých (Ierago et al., 2010), kdy bylo prokázáno, že přijetí a pozitivní rodinné vztahy v období dospívání jsou významným prediktorem ochrany před rozvojem psychotické ataky. Dalo by se očekávat, že typ citové vazby bude mít rovněž významný vliv na průběh onemocnění a následnou adaptaci. V našem výzkumu se však druh citové vazby ze strany matky významně neodlišuje u osob s úspěšnou adaptací a u osob s problémy v adaptaci. Určitý rozdíl jsme zjistili pouze u druhu citové vazby k otci.

Výsledky testu ŠRP nám přiblížily rodinné klima a způsob komunikace v současných rodinách osob s diagnózou psychotické poruchy a schizofrenie. Statisticky významné rozdíly mezi posuzovanými skupinami jsme zjistili především v oblasti celkové soudržnosti rodiny. Soudržností je myšleno především to, jak se o sebe jednotliví členové rodiny zajímají a jak se navzájem podporují. Soudržnost je vyšší v rodinách osob s úspěšnou adaptací. Toto zjištění částečně koresponduje s teorií „komunikační odchylky“ (Communication Deviance) autorů Roiska et al. (2011), kteří ji definují jako narušenou schopnost rodinných příslušníků sdílet a udržet zaměřenou pozornost při komunikaci, což je v přímém rozporu s kvalitní rodinnou soudržností. Rovněž oblast organizace, která zahrnuje míru pořádku, organizace a jasně stanovených pravidel se prokázala v rodinách osob s úspěšnou adaptací na vyšší úrovni.

Obě tato zjištění jsou ve výrazné shodě také s nálezy chorvatského výzkumu zabývajícího se rodinnými vztahy u osob se schizofrenní poruchou (Dadić-Hero et al., 2013). Ten definoval jako hlavní proměnné vedoucí k udržení remise rodinnou soudržnost a demokratický styl rodiny.

Rozdíl se projevil také v oblasti konfliktnosti, která zahrnuje míru projevovaného hněvu, agresivitu a všeobecně konfliktní interakce, a je na vyšší úrovni v rodinách osob s problémy v adaptaci. Námi definovaná konfliktnost vzájemně koresponduje se zjištěním (Omranifard et al., 2008), že špatná podpora rodiny a rodinné konflikty jsou příčinou dvou třetin opětovných hospitalizací. Toto zjištění je také v určité shodě s teorií „Expressed emotion“ (Hooley, 2010), která hovoří o specifické, nepřátelsky laděné komunikaci v rodinách osob s výskytem schizofrenie. Určité rozdíly jsme našli také v oblasti expresivnosti rodiny, tedy v tom jak mohou jednotliví členové rodiny upřímně projevat své city a mohou se chovat přímo a otevřeně. Vyšší úroveň expresivnosti jsme zjistili u osob úspěšnou adaptací. Toto zjištění koresponduje s teorií „dvojná vazba“ (Bateson et al., 1956), která je založena na rozporuplné komunikaci ze strany pečující osoby.

V rámci testu ŠRP lze stanovit i konkrétní typ rodiny. Jedná se o rodiny orientované na osobnostní růst, které mohly být dále nejčastěji děleny na orientované na nezávislost a na úspěch. Dalším typem rodin byl typ orientovaný na vztahy, který se dělí na orientaci na vzájemnou podporu a na konflikt. U osob s neúspěšnou adaptací se rodiny orientované na osobnostní růst vyskytovaly téměř stejně často jako rodiny orientované na vztahy. U osob s úspěšnou adaptací jednoznačně převládala orientace rodin na vztahy. Zajímavým, i když ne statisticky signifikantním zjištěním, byl nalezený rozdíl mezi skupinami v podtypu rodin orientovaných na vztahy. Zatímco u osob s neúspěšnou adaptací převládal typ orientovaný na konflikt, u osob s úspěšnou adaptací to byl jednoznačně typ orientovaný na vzájemnou podporu.

Překvapivě míra kontroly a nezávislosti nevykazovala mezi zkoumanými skupinami prakticky žádný rozdíl. Tato zjištění se rozcházejí s předcházejícím výzkumem autorky, která definovala zvýšenou ochranu a kontrolu ze strany příbuzných za jeden z nejvýznamnějších činitelů ovlivňující a znesnadňující návrat do běžného života, tedy nalezení zaměstnání a partnerských či přátelských vztahů (Neumanová, 2014).

Výsledky výzkumu naznačují, že vztah k rodičům v průběhu období dětství a dospívání může hrát významnou roli v míře následného začlenění do života po prodělané psychotické atace, ale že je rovněž velmi důležitý následný přístup rodiny také v období dospělosti. Tedy že zdravé rodinné vztahy, rodinná soudržnost, dostatečné množství podpory, čitelná rodinná pravidla a nízká míra konfliktnosti se mohou v budoucnu projevit ve zvýšené pozitivní adaptaci osob po prodělané psychotické poruše, nebo schizofrenii. Tyto osoby si snadněji nacházejí a udržují zaměstnání. Mají více partnerských vztahů a naplňují své rodičovské role.

9 ZÁVĚR

Výsledky použitých metod svědčí o významném vlivu rodiny na následném začlenění do života osob s poruchou schizofrenního spektra nebo s psychotickou poruchou. Na základě získaných dat bylo zjištěno mnoho významných rozdílů v rodinném zázemí, vztahu k rodičům v období dospívání a schopnostmi zvládat zátěžové situace mezi skupinami osob, u kterých proběhla úspěšná adaptace po prodělání onemocnění a osobami s problémy v adaptaci.

Za zásadní zjištění lze považovat:

- Osoby s úspěšnou strategií využívají více pozitivních strategií zvládnání zátěžových situací a méně negativních strategií zvládnání stresu než osoby s neúspěšnou adaptací.
- U osob s úspěšnou adaptací je statisticky vyšší míra užívání pozitivních strategií zvládnání stresu: kontrola situace, kontrola reakcí a pozitivní sebeinstrukce proti osobám s problémy v adaptaci.
- Potřeba sociální opory při zvládnání zátěžových situací je vyšší u osob s úspěšnou adaptací.
- U osob s neúspěšnou adaptací byla zjištěna vyšší míra sklonu k rezignaci a sebeobviňování při zátěžových situacích než u osob s úspěšnou adaptací.
- Typ citové vazby matky z období dětství a dospívání nevykazuje statisticky významný rozdíl mezi osobami s úspěšnou adaptací a neúspěšnou adaptací.
- Typ citové vazby otce z období dětství a dospívání nevykazuje statisticky významný rozdíl mezi osobami s úspěšnou adaptací a neúspěšnou adaptací.
- Péče ze strany matky v období dětství a dospívání nevykazuje statisticky významný rozdíl mezi osobami s úspěšnou adaptací a neúspěšnou adaptací.
- Kontrola a ochrana ze strany matky v období dětství a dospívání nevykazuje statisticky významný rozdíl mezi osobami s úspěšnou adaptací a neúspěšnou adaptací.
- Péče ze strany otce v období dětství a dospívání vykazuje statisticky významný rozdíl ve prospěch osob s úspěšnou adaptací.

- Kontrola a ochrana ze strany otce v období dětství a dospívání nevykazuje statisticky významný rozdíl mezi osobami s úspěšnou adaptací a neúspěšnou adaptací.
- Soudržnost (míra vzájemného zájmu členů rodiny, vzájemná pomoc a podpora) v rodinách osob s úspěšnou adaptací je na vyšší úrovni než v rodinách osob s neúspěšnou adaptací.
- Expresivnost (možnost upřímně projevit své city, možnost chovat se otevřeně a přímo) v rodinách osob s úspěšnou adaptací je na vyšší úrovni než v rodinách osob s neúspěšnou adaptací.
- Organizace (míra pořádku a organizace v rodině, jasnost pravidel a povinností) v rodinách osob s úspěšnou adaptací je na vyšší úrovni než v rodinách osob s neúspěšnou adaptací.
- Konfliktnost (množství otevřeného projevu hněvu, agresivity) v rodinách osob s neúspěšnou adaptací je na vyšší úrovni než v rodinách osob s úspěšnou adaptací.

SOUHRN

Schizofrenie a psychotické poruchy jsou jedny z nezávažnějších duševních poruch, které ovlivňují v zásadní míře život jedince, jeho blízkých i společnosti jako celku. Za nejčastější onemocnění tohoto spektra lze jednoznačně považovat schizofrenii, jejíž prevalence je v celosvětovém měřítku odhadována na 1 – 1,5 % populace, rovnoměrně zastoupena mezi pohlavím, bez ohledu na etnickou příslušnost. Schizofrenie je typická „dezintegrací funkcí já“ kdy dochází ke ztrátě schopností testování reality, tedy schopnosti odlišit vnitřní od vnějšího (Pěč & Probstová, 2009). Prostřednictvím onemocnění dochází k zásadnímu narušení kvality života. K nejznámějším příznakům se řadí příznaky pozitivní, jako jsou bludy, halucinace a poruchy chování, které jsou zpravidla dobře zvládnutelné farmakologickou léčbou. Z počátku méně výrazné, ale následný život více ovlivňující příznaky, jsou příznaky negativní, kognitivní a afektivní. Jedná se o druh onemocnění s nejasnou etiologií. Předpokládá se, že hlavními činiteli rozvoje onemocnění je vrozená biologická dispozice, která se aktivuje na základě spouštěče, kterým může být psychosociální zátěž, abúzus návykových látek či hormonální změny. Opětovnými výzkumy bylo prokázáno narušení neurotransmitterového systému, nejčastěji nadbytek dopaminu. Léčba tohoto typu onemocnění je náročná a dlouhodobá. Vychází z kombinace léčby psychofarmaky, psychoterapie a psychoedukačních programů. Nezastupitelnou roli v léčbě má také práce s rodinou a blízkými osobami.

V posledních letech je v České republice hojně diskutovaným tématem reforma psychiatrické péče, mezi jejíž hlavní cíle se řadí deinstitucionalizace psychiatrické péče, na základě čehož se připravuje podpora již existujících ambulantních psychiatrických pracovišť a vznik Center duševního zdraví (CDZ). CDZ budou poskytovat široké spektrum služeb od ambulantních po pobytové a budou činit přirozený přechod mezi propuštěním z hospitalizace a návratem do domácího prostředí. Zajistí péči nejen samotným pacientům, ale také poskytnou podporu blízkým a pečujícím osobám, které mnohdy v léčbě psychiatrických poruch hrají klíčovou roli.

Vliv blízkých osob na míru následného uplatnění ve společnosti prokázala řada výzkumných projektů. Jedna z prvních teorií hovoří o tzv. „dvojně vazbě“ (Bateson et al., 1956) tedy rozporuplném způsobu komunikace ze strany pečující osoby v období dětství, kdy nejsou ve shodě sdělení verbální a neverbální, což vede k rozštěpení identity a může být významným prediktorem rozvoje duševního onemocnění. Tento typ komunikace se

vyskytuje významně častěji v rodinách s diagnózou schizofrenie. Winne a Singerová v 60. letech popsali specifický komunikační vzorec vyskytující se ve větší míře v rodinách osob se schizofrenií, tzv. „pseudovzájemnost“ kdy se tyto rodiny pro sociální okolí jeví jako semknuté a respektující, ve skutečnosti mezi jednotlivými členy panovalo značné odcizení (in Höschl et al., 2002). Další z teorií hovoří o tzv. „komunikační odchylce“ (Communication Deviance), která je rovněž častým komunikačním typem v rodinách osob s diagnózou schizofrenie. Jedná se o narušenou schopnost sdílet a udržet zaměřenou pozornost při komunikaci, kdy je členy rodiny jen obtížně sledována řeč ostatních členů rodiny a sdělované významy nejsou sensuálně nebo vizuálně validovány. Tato komunikační odchylka může ovlivnit kognitivní vývoj dospívajících osob a předurčit je k rozvoji duševní poruchy (Roisko et al. 2011). Významný vliv na průběh psychotického onemocnění má také „Expressed emotion“, tedy míra kritických připomínek, nepřátelského ladění a také sebeobviňování se za onemocnění příbuzného, které projevují příbuzní vůči osobě s duševním onemocněním (Hooley, 2007). Výzkum z roku 2009 na palauských mladistvých prokázal, že u osob, kterým je poskytnuto dostatečné přijetí a žijí v kvalitních rodinných vztazích, je menší riziko rozvoje psychotické poruchy, i přes existující zvýšené genetické riziko rozvoje onemocnění (Ierago et al., 2010). Rodinnými stresory se zabýval výzkum z roku 2008, který se pokusil identifikovat činitele mající za následek rehospitalizace pacientů s psychotickou poruchou. Rodinné faktory byly identifikovány jako příčina opětovné hospitalizace až ve dvou třetinách případů. (Omranifard et al., 2008).

Výzkumná část práce navazuje jednak na zmiňované uskutečněné výzkumy, ale také na předchozí práci autorky, která se věnovala vlivu sociálního okolí na začlenění osob po prodělané psychotické atace do společnosti. Práce si klade za cíl popsat významné rozdíly mezi charakteristickými komunikačními a sociálními aspekty, v rodinách osob s diagnostikovanou schizofrenií či příbuznou (psychotickou) poruchou, s různou mírou sociální adaptace. Pod pojmem adaptace je pak myšleno naplnění jejich partnerských a rodičovských rolí a také uplatnění se v zaměstnání, a to jak na otevřeném trhu práce, tak v chráněném pracovním prostředí. Byl zvolen kvantitativní přístup, který nám umožnil ověření výzkumných otázek, které byly upřednostněny vzhledem k obsáhlosti tématu. Bylo využito testových metod. Souhrnný dotazník byl složen z úvodního, demografického dotazníku. Následně byl využit dotazník Strategie zvládnání stresu (SVF 78), který se zaměřuje na zjištění individuálních způsobů reakcí na stresové podněty v zátěžových

situacích. Dále Parental Bonding Instrument (PBI), který posuzuje rodičovskou vazbu v průběhu prvních šestnácti let života a Škála rodinného prostředí (ŠRP), jež měří sociální atmosféru současných rodin. Sběr dat probíhal třemi kanály. Metodou příležitostného výběru byli osloveni klienti sociálních zařízení poskytujících sociální rehabilitaci osobám s psychotickým postižením. Dalším zdrojem dat byla diskusní fóra na internetu, kdy byli jejich uživatelé požádáni o vyplnění elektronické verze dotazníku na webovém rozhraní docs.google.com. Jednalo se o samovýběrový soubor. Třetí část výzkumného vzorku byla tvořena metodou sněhové koule.

Výzkumný soubor činilo celkem 61 osob, z čehož 51 osob mělo stanovenou diagnózu schizofrenie a deset osob jiný typ psychotické poruchy. Jednalo se o 32 mužů a 29 žen, ve věku 18 – 77 let (průměrný věk 36 let, medián 33 let). Partnerský vztah v době výzkumu udržovalo 38 % osob, 30 % osob bylo zaměstnáno a 33 % osob mělo potomky ve vlastní péči. Výběrový soubor byl rozdělen na dvě skupiny podle míry adaptace. Do skupiny s úspěšnou adaptací byli zahrnuti ti, kteří splnili alespoň jedno ze zadaných kritérií: zaměstnání (nad 6 měsíců), partnerský vztah (nad 6 měsíců) nebo dítě ve vlastní péči. Druhou skupinu tvořily osoby, které nesplňovali zadaná kritéria a jsou pro potřeby výzkumu považovány za osoby s neúspěšnou adaptací.

Na základě analýzy dat byly zjištěny následující skutečnosti. U osob s úspěšnou adaptací je statisticky vyšší míra užívání pozitivních strategií zvládnání stresu: kontrola situace ($t = -1,92$; $p = 0,05$), kontrola reakcí ($t = -3,09$; $p = 0,003$) a pozitivní sebeinstrukce ($t = -2,05$; $p = 0,04$) proti osobám s problémy v adaptaci (při stanovené hladině významnosti $\alpha = 0,005$). Potřeba sociální opory při zvládnání zátěžových situací je vyšší u osob s úspěšnou adaptací. U osob s neúspěšnou adaptací byla zjištěna vyšší míra sklonu k rezignaci a sebeobviňování při zátěžových situacích než u osob s úspěšnou adaptací. Rozdíl mezi průměry skupin nejsou statisticky signifikantní, nalezena ovšem byla věcná významnost. Osoby s úspěšnou adaptací využívají celkově více pozitivních strategií zvládnání zátěžových situací a méně negativních strategií zvládnání stresu než osoby s neúspěšnou adaptací. Tyto výsledky nebyly statisticky významné na zvolené hladině významnosti. V rozdílech skupin, při uplatňování pozitivních strategií zvládnání zátěže, byla potvrzena věcná významnost.

Typ citové vazby matky ($X^2_3 = 1,28$; $p = 0,73$) ani otce ($X^2_4 = 1,67$; $p = 0,80$) z období dětství a dospívání nevykazují statisticky významný rozdíl na zvolené hladině

významnosti ($\alpha = 0,05$) mezi osobami s úspěšnou adaptací a neúspěšnou adaptací. Statisticky významný rozdíl byl nalezen v oblasti péče otce, ve prospěch osob s úspěšnou adaptací ($Z = -2,19$; $p = 0,003$; při stanovené hladině významnosti $\alpha = 0,05$).

Soudržnost je v rodinách osob s úspěšnou adaptací na statisticky významně vyšší úrovni než v rodinách osob s neúspěšnou adaptací ($Z = -2,34$; $p = 0,02$; při stanovené hladině významnosti $\alpha = 0,05$). Expresivnost, tedy možnost upřímně projevit své city, byla v rodinách osob s úspěšnou adaptací prokázána na vyšší úrovni než v rodinách osob s neúspěšnou adaptací. Rozdíl ovšem nelze považovat za statisticky signifikantní ($U = 324,50$; $Z = 1,86$; $p = 0,06$; na stanovené hladině významnosti $\alpha = 0,05$). Organizace, tedy míra pořádku a stanovených pravidel v rodině, je v rodinách osob s úspěšnou adaptací na vyšší úrovni než v rodinách osob s neúspěšnou adaptací. Výsledek není statisticky významný ($Z = 326,00$; $U = 1,83$; $p = 0,06$; $\alpha = 0,05$).

Většina těchto zjištění koresponduje s výše zmiňovanými zahraničními výzkumy. V rozporu je očekávání zásadního vlivu citové vazby matky v období dospívání na průběh následné adaptace, který se ale v našem výzkumu nepotvrdil. Také míra kontroly a nezávislosti v testu ŠRP nevykazovala statisticky významné rozdíly mezi skupinami, což je v rozporu s předpokladem, který byl definován na základě předchozího výzkumu autorky.

Výsledky výzkumu naznačují, že vztahy s rodinou a blízkými lidmi mají zásadní vliv na následné začlenění se do společnosti. Zdravé rodinné vztahy, rodinná soudržnost, dostatečné množství podpory, čitelná rodinná pravidla a nízká míra konfliktnosti se mohou v budoucnu projevit ve zvýšené pozitivní sociální adaptaci. Osoby, které žijí v takovémto rodinném prostředí, vykazují pozitivnější přístupy ke zvládnutí psychosociální zátěže, snadněji nacházejí a udržují zaměstnání, mají častěji deletrvající partnerské vztahy a naplňují své rodičovské role. Výsledky tohoto výzkumu mohou být nápomocny v resocializačních programech. Téma této práce je také vysoce aktuální z hlediska plánované reformy psychiatrické péče v ČR, která směřuje k péči komunitní a zasazuje se o léčbu v co nejvyšší možné míře v rodinném prostředí.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

CD	Communication Deviance
CDZ	Centra duševního zdraví
ČR	Česká republika
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – IV. revize
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – V. revize
ECT	Electro Convulsive Therapy
EE	Expressed emotion
IPT	Integrovaný psychoterapeutický program
KBT	Kognitivně behaviorální terapie
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize
MNS	Maligní neuroleptický syndrom
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
Např.	Například
NS	Nervová soustava
PANSS	Positive and Negative Syndrom Scale
PBI	Parental Bonding Instrument
rTMS	Repetitivní transkraniální magnetická stimulace
SOU	Střední odborné učiliště (bez maturity)
SŠ	Střední škola
SVF – 78	Stressverarbeitungsfragebogens (Strategie zvládnání stresu)
ŠRP	Škála rodinného prostředí
Tzv.	Tak zvané
Vč.	Včetně
VŠ	Vysoká škola

WPA Světová psychiatrická asociace

ZŠ Základní škola

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka 1: Popis subtestů dotazníku SVF 78</i>	<i>51</i>
<i>Tabulka 2: Typy citové vazby v dotazníku PBI</i>	<i>52</i>
<i>Tabulka 3: ŠRP – dimenze a subškály</i>	<i>54</i>
<i>Tabulka 4: ŠRP – Typy rodin.....</i>	<i>55</i>
<i>Tabulka 5: Popisné charakteristiky souboru z hlediska diagnózy.....</i>	<i>58</i>
<i>Tabulka 6: Popisné charakteristiky souboru z hlediska věku a pohlaví.....</i>	<i>58</i>
<i>Tabulka 7: Popisné charakteristiky souboru</i>	<i>60</i>
<i>Tabulka 8: Popisné charakteristiky souboru</i>	<i>61</i>
<i>Tabulka 9: Popisné charakteristiky souboru z hlediska míry sociálního začlenění</i>	<i>62</i>
<i>Tabulka 10: Celkový skór pozitivních strategií</i>	<i>63</i>
<i>Tabulka 11: Celkový skór negativních strategií</i>	<i>64</i>
<i>Tabulka 12: Skór Potřeby sociální opory</i>	<i>64</i>
<i>Tabulka 13: Skór Vyhýbání se</i>	<i>65</i>
<i>Tabulka 14: Skór Kontrola reakcí</i>	<i>65</i>
<i>Tabulka 15: Skór Pozitivní sebeinstrukce.....</i>	<i>66</i>
<i>Tabulka 16: Výsledky subtestů SVF 78.....</i>	<i>66</i>
<i>Tabulka 17: Hrubý skór Péče matky.....</i>	<i>67</i>
<i>Tabulka 18: Hrubý skór Kontrola matky.....</i>	<i>67</i>
<i>Tabulka 19: Hrubý skór Péče otec.....</i>	<i>68</i>
<i>Tabulka 20: Hrubý skór Kontrola otce</i>	<i>68</i>
<i>Tabulka 21: Typ citové vazby matky (absolutní četnosti).....</i>	<i>69</i>
<i>Tabulka 22: Typ citové vazby otce (absolutní četnosti).....</i>	<i>70</i>
<i>Tabulka 23: Výsledky subtestů ŠRP</i>	<i>71</i>
<i>Tabulka 24: Typ rodin ŠRP</i>	<i>73</i>

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf 1: Histogram věkového rozložení respondentů</i>	<i>59</i>
<i>Graf 2: Dosážené vzdělání.....</i>	<i>60</i>
<i>Graf 3: Typ citové vazby matky (v %).....</i>	<i>69</i>
<i>Graf 4: Typ citové vazby otce (v %).....</i>	<i>70</i>
<i>Graf 5: Krabicový graf ŠRP – subtest Konfliktnost.....</i>	<i>72</i>

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY

Amaresha, A. C., & Venkatasubramanian, G. (2012). Expressed Emotion in Schizophrenia: An Overview. *Indian Journal Of Psychological Medicine*, 34(1), 12-20. doi:10.4103/0253-7176.96149. Získáno 6. dubna 2015 z: databáze EBSCO.

Andreasen, N. C., Carpenter Jr, W. T., Kane, J. M., Lasser, R. A., Marder, S. R., & Weinberger, D. R. (2014). Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *American Journal of Psychiatry*. Získáno 27. listopadu 2015 z: <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.162.3.441>.

APA (nedat.) *Schizophrenia*. Získáno 23. listopadu 2015 z: http://www.psychiatry.org/FileLibrary/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM-5-Schizophrenia.pdf.

Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., & Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Klassiekers van de kinder-en jeugdpsychiatrie* II, 300. Získáno 7. ledna 2016 z: <http://solutions-centre.org/pdf/TOWARD-A-THEORY-OF-SCHIZOPHRENIA-2.pdf>.

Beran, J., Bouček, J., Češková, E., Drtílková, I., Fišar, Z., Honzák R., Hrdlička, M., ... Žukov, I. (2001). *Psychiatrie*. Praha: Karolinum.

Butzlaff, R. L., & Hooley, J. M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 55(6), 547. Získáno 28. října 2013 z: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=203937>.

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

Češková, E. (2007). *Schizofrenie a její léčba*. Praha: Maxdorf.

Čikošová, E., & Preiss M. (2011). *Parental Bonding Instrument*. Otrokovice: Propsyco.

Dadić-Hero, E., Ruzić, K., Palijan, T. Z., Graovac, M., Siuc-Valković, D., Knez, R., & Grahovac, T. (2013). Relations between the course of illness, family history of

schizophrenia and family functioning in persons with schizophrenia. *Collegium Antropologicum*, 37(1), 47-55. Získáno 4. března 2015 z: databáze EBSCO.

Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth edition. (2005). Washington, DC: American Psychiatric Association. Získáno 10. prosince 2013 z <http://allpsych.com/disorders/dsm.html>.

Dorner, K., & Plog, U. (1999). *Bláznit je lidské*. Praha: Grada Publishing.

Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.

Fiala, F., Foitová, Z., Hejzlar, P., Hodboď, J., Hollý, M., Koblic, K., Lorenc, J., Pěč, O., ...Šturma, P. (2014). *Odborné podkladové materiály ke standardům péče v Centrech duševního zdraví (CDZ)*. Praha: MZČR.

Furmaníková, P. M. L. (2011). Rehabilitační metody zaměřené na rozvoj dovedností lidí s kognitivním deficitem v důsledku schizofrenie. *Psychiatr. prax*, 12(1), 31-35. Získáno 27. srpna 2015 z: <http://www.solen.sk/pdf/623c1ebabb0a4809b8862be612b496a3.pdf>.

Gerson, R., Wong, C., Davidson, L., Malaspina, D., McGlashan, T., & Corcoran, C. (2011). Self-reported coping strategies in families of patients in early stages of psychotic disorder: an exploratory study. *Early intervention in psychiatry*, 5(1), 76-80. Získáno 27. března 2015 z: databáze EBSCO.

Girón, M., & Gómez-Beneyto, M. (2004). Relationship Between Family Attitudes and Social Functioning in Schizophrenia A Nine-Month Follow-Up Prospective Study in Spain. *Journal Of Nervous And Mental Disease*, 192(6), 414-420. doi:10.1097/01.nmd.0000130134.39899.42. Získáno 26. března 2015 z: databáze EBSCO.

Hargašová, M., & Kollárik T. (1986) *Škála rodinného prostředí*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, š. p.

Hell, D., & Fischer-Felten, M. (1997). *Schizofrenie, základy pre porozumenie a orientáciu*. Trenčín: Vydavateľstvo F.

Hooley, J. M., (2010). Social Factors in Schizophrenia. *Current Directions in Psychological Science (Sage Publications Inc.)*. 2010, 19 (4), 238-242. DOI: 10.1177/0963721410377597.

Horacek, J., Flegr, J., Tintera, J., Verebova, K., Spaniel, F., Novak, T., ... Höschl, C. (2012). Latent toxoplasmosis reduces gray matter density in schizophrenia but not in controls: Voxel-based-morphometry (VBM) study. *World Journal of Biological Psychiatry*, 13(7), 501-509. Získáno 16. listopadu 2015 z: <http://prfdec.natur.cuni.cz/flegr/pdf/mri.pdf>.

Höschl, C. (2013). *Zpráva z jednání 15th LINF Faculty Meeting, Sintra, Portugalsko, 7. - 10. 6. 2013*. Získáno 20. listopadu 2015 z: http://www.hoschl.cz/files/4732_cz_LINF-Lisabon-2013-zpr.pdf.

Höschl, C., Libiger, J., & Švestka, J. (Ed.). (2002). *Psychiatrie*. Praha: Tigris.

Ierago, L., Malsol, C., Singeo, T., Kishigawa, Y., Blailles, F., Ord, L., ... & Ngiralmu, H. (2010). Adoption, family relations and psychotic symptoms among Palauan adolescents who are genetically at risk for developing schizophrenia. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 45(12), 1105-1114.

Kalina, K. (1987). *Jak žít s psychózou?* Praha: Avicenum.

Kavanagh, D. J. (1992). Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 160(5), 601-620. Získáno 6. února 2015 z: databáze EBSCO.

Malá, E. (2005). *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. Praha: Grada Publishing.

Malá, E. (2008). Diagnóza schizofrenie v dětství a adolescenci. *Pediatric pro praxi*. 2008, 9(5), s. 282-284. Získáno 12. listopadu 2015 z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2008/05/02.pdf>.

Lečbych, M. & Friedlová, M. (Ed.). (2015). *Psychoterapeutické směry*. Olomouc: Katedra psychologie, FF UPOL.

Masopust, J., Libiger, J., Kohler, R., Urban, A., & Čermáková, E. (2009). Spokojenost nemocných s léčbou antipsychotiky. *Česko - slovenský Psychiatr*, 105(1), 12-19. Získáno 27. listopadu 2015 z: http://cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2009_1_12_19.pdf.

McDonald, J., & Badger, T. A. (2002). Social function of persons with schizophrenia. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 40(6), 42-50.

Miklowitz, D. J., Strachan, A. M., Goldstein, M. J., Doane, J. A., Snyder, K. S., Hogarty, G. E., & Falloon, I. H. (1986). Expressed emotion and communication deviance in the families of schizophrenics. *Journal Of Abnormal Psychology*, 95(1), 60-66. doi:10.1037/0021-843X.95.1.60. Získáno 19. ledna 2016 z: databáze EBSCO.

MKN-10 Tabelární část (aktualizovaná druhá verze k 1. 4. 2014). Získáno 23. listopadu 2015 z: <http://www.uzis.cz/zpravy/upravena-verze-mkn-10>.

Motlová, L. (2007). *Rodinná psychoedukace u schizofrenie: Zdravotní a sociální aspekty. Disertační práce*. Praha: Karlova univerzita.

Motlová, L., & Koukolík, F. (2004). *Schizofrenie – Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén.

Motlová, L., Dragomirecká, E., Španiel, F., & Šelepová, P. (2002). Vliv rodinné psychoedukace u schizofrenie na kvalitu života pacientů a jejich příbuzných. *Psychiatrie*, 6 (Suppl 4), 46-49.

Možný, P., & Praško, J. (1999). *Kognitivně - behaviorální terapie, úvod do teorie a praxe*. Praha: Triton.

MZČR. (2013). *Strategie reformy psychiatrické péče, VERZE 1.0*. Získáno 14. října 2015 z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP_publicace_web_9-10-2013.pdf.

Nechanská, B. (2014). *Činnost ambulantních psychiatrických zařízení v roce 2013*. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Získáno 1. února 2012 z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/cinnost-ambulantnich-psychiatrickych-zarizeni-roce-2013>.

- Neumanová, V. (2014). *Aspekty resocializace osob s psychotickým onemocněním*. (Bakalářská diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- Obereignerů, P. R., Obereignerů, M. K., Divéky, T., & Praško, J. (2011). Kognitivní deficity u schizofrenie. *Psychiatrická prax*, 12(3), 100-105. Získáno 19. října 2015 z: <http://www.solen.sk/pdf/86bffce081468f5d44e0b34c799ba661.pdf>.
- Ocisková, M., Praško, J., Vrbová, K., Kamarádová, D., Jelenová, D., Látalová, K., ... & Ticháčková, A. (2014). Stigmatizace a sebestigmatizace u pacientů se schizofrenií. *Česká a Slovenská psychiatrie*, 110(5).
- Omranifard, V., Yazdani, M., Yaghoubi, M., & Namdari, M. (2008). Family Stressors as the Cause of Rehospitalization in Psychotic Disorders. *Journal Of Family & Reproductive Health*, 2(3), 147-152. Získáno 4. dubna 2015 z: databáze EBSCO.
- Orel, M. et. al. (2012). *Psychopatologie*. Praha: Grada.
- Pěč, O. (2009). Psychoterapie u psychóz. *Psychiatrie pro praxi*. 10(2), 76-78. Získáno 25. února 2014 z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/02/05.pdf>.
- Pěč, O., & Probstová, V. (2009). *Psychózy. Psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton.
- Pidrman, M. V., & Masopust, M. J. (2002). Psychoedukační program PRELAPSE. *Psychiatrie pro praxi*, 4, 161-167.
- Praško, J., Bareš, M., Horáček, J., Mohr, P., Motlová L., Seifertová, D., & Španiel, F. (2005). *Léčíme se s psychózou*. Praha: Medical Tribune CZ.
- Praško, J., et al. (2011). *Obecná psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Příkryl, R. (2011). Současný pohled na léčbu negativních příznaků schizofrenie repetitivní transkraniální magnetickou stimulací. *Česká a Slovenská psychiatrie*. 107(3), 160-166.
- Příkryl, R., & Kučerová, H. (2008). Negativní příznaky schizofrenie. *Česká a Slovenská psychiatrie*. 104(7), 350-357.

Raboch, J., Zrzavecká, I., Doubek, P., & Anders, M. (Eds.). (2004). *Česká psychiatrie a svět*. Praha: Galén.

Rahn, E. & Mahnkopf, A. (2000). *Psychiatrie-učebnice pro studium i praxi*. Praha: Grada Publishing.

Read, J., Os, J. V., Morrison, A. P., & Ross, C. A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(5), 330-350.

Reforma péče o duševní zdraví (nedat.). *Strategie reformy psychiatrické péče*. Získáno 3. prosince 2015 z: <http://www.reformapsychiatrie.cz/strategie/#.VmAASNIvdNA>.

Reiterová, E. (2004). *Statistické metody pro studenty kombinovaného studia psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého.

Roisko, R., Wahlberg, K., Hakko, H., Wynne, L., & Tienari, P. (2011). Communication Deviance in parents of families with adoptees at a high or low risk of schizophrenia-spectrum disorders and its associations with attributes of the adoptee and the adoptive parents. *Psychiatry Research*, 185(1-2), 66-71. doi:10.1016/j.psychres.2010.04.018. Získáno 9. ledna 2016 z: databáze EBSCO.

Sanity, o.s. (2012). *Preduka*. Získáno 15. září 2015 z: <http://sanity.cz/preduka/>

Sigmund, E. (2012). *Vybrané metodologické aspekty etiky výzkumu*. Olomouc: UPOL.

Skorunka, D., & Hajná, D. (2007). Historické proměny rodinné terapie. *Psychoterapie*, 77–85. Získáno 18. ledna 2016 z: http://psychoterapie.fss.muni.cz/files/field_files/magazine/346/psychoterapie2007_2.pdf#page=16.

Sluzki, C. E. (2007). Lyman C. Wynne and Transformation of the Field of Family-and-Schizophrenia. *Family process*, 46(2), 143-149. Získáno 16. ledna 2016 z: EBSCO.

Soukup, P. (2013). Věcná významnost výsledků a její možnosti měření. *Data a výzkum-SDA Info*, 7(2), 125-148.

Strossová, I. (1984). *Skupinová psychoterapie psychotiků v praxi*. Zprávy VÚPs č. 71. Praha: VÚPs.

Svoboda, M., Češková, E., & Kučerová, H. (2006). *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál.

Švancara, J. (2003). *Strategie zvládnání stresu*. Praha: Testcentrum.

Tienari, P., Wahlberg, K., & Wynne, L. C. (2006). Finnish adoption study of schizophrenia: Implications for family interventions. *Families, Systems, & Health*, 24(4), 442-451. doi:10.1037/1091-7527.24.4.442. Získáno 17. ledna 2016 z: EBSCO.

Tůma, I., & Lenderová, Z. (1999). *Schizofrenie a kognitivní funkce*. Psychiatrické centrum.

Vágnerová, M. (2002). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.

Winkler, P., Csémy, L., Janoušková, M., & Krejníková, L. (2013). *Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 29. Získáno 2. října 2015 z: http://www.w.os-kolumbus.org/attachments/article/39/PCP_Komparativn%C3%AD-studie.pdf.

Wong, C., Davidson, L., Anglin, D., Link, B., Gerson, R., Malaspina, D., & Corcoran, C. (2009). Stigma in families of individuals in early stages of psychotic illness: family stigma and early psychosis. *Early intervention in Psychiatry*, 3(2), 108-115. Získáno 14. dubna 2015 z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1751-7893.2009.00116.x/abstract>.

Zákon č. 435/2004 Sb. ze dne 13. května 2004 o zaměstnanosti.

PŘÍLOHY DIPLOMOVÉ PRÁCE

Seznam příloh:

Příloha č. 1: Formulář zadání diplomové práce

Příloha č. 2: Abstrakt diplomové práce

Příloha č. 3: Dotazník (kompletní dotazník je přílohou tištěné diplomové práce)

Příloha č. 1: Formulář zadání diplomové práce

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2014/2015

Studijní program: Psychologie
Forma: Kombinovaná
Obor/komb.: Psychologie (PSYN)

Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
Mgr. Bc. NEUMANOVÁ Vendula	Na Včelíně 1665, Zlín	F140631

TÉMA ČESKY:

Rodinné aspekty života osob s psychotickou poruchou a jejich vztah k uplatnění ve společnosti

TÉMA ANGLICKY:

Family aspects of life of people with a psychotic disorder and their relation to their role in society

VEDOUCÍ PRÁCE:

doc. PhDr. Martin Lečbych, Ph.D. - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

1. Seznámení se s manuálem pro psaní diplomových prací na Katedře psychologie FF UP v Olomouci a citačních norem Americké psychologické asociace.
2. Studium odborné literatury z oblasti psychopatologie, sociální psychologie, psychologie rodiny a problematiky duševního (psychotického) onemocnění.
3. Zpracování přehledu dosavadních výzkumů - využití databáze EBSCO.
4. Příprava výzkumu, jehož cílem bude zjistit, jaké jsou aspekty rodinného života u osob s psychotickou poruchou, které se podílejí na znovuplatnění osob, po prodělané psychotické atace, ve společnosti.
5. Realizace výzkumu - jehož cílem je zmapování aspektů rodinného života podílejících se na uplatnění se ve společnosti u osob s psychotickou poruchou v remisi - zvážení využití dotazníků: Škála rodinného prostředí (ŠRP), Parentel bonding instrument (PBI), Strategie zvládání stresu (SVF). Výsledky dotazníků budou porovnány u dvou skupin osob s psychotickým onemocněním v remisi, podle míry dosaženého začlenění do společnosti. Zvážení metodiky kvalitativního výzkumu - polostrukturované rozhovory, návštěva v rodině, spolupráce s rodinou.
6. Zpracování výzkumných metod, statistika a interpretace.
7. Diskuze nad dosaženými výsledky, zpracování závěru a souhrnu DP.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- Badger & McDonald. (2002). Social function of persons with schizophrenia. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services* 40. 6: 42-50.
- Češková, E. (2007). Schizofrenie a její léčba. Praha: Maxdorf.
- Kalina, K. (2001). Jak žít s psychózou. Praha: Portál.
- Libiger, J. (1991). Schizofrenie. Praha: Psychiatrické centrum.
- Koukolík, F., Motlová, L. (2004). Schizofrenie. Praha: Galén.
- Mahrová, G. (2008). Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada.
- Motlová, L. (2012). Psychodukace u schizofrenie. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- Pěč, O., & Probstová, V. (2009) Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče. Praha: Triton.

Podpis studenta:

Datum:

Podpis vedoucího práce:

Datum:

Příloha č. 2: Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Rodinné aspekty života osob s psychotickou poruchou a jejich vztah k uplatnění ve společnosti

Autor práce: Mgr. Bc. Vendula Neumanová

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.

Počet stran a znaků: 98 stran, 169 630 znaků

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 71

Abstrakt: Práce je zaměřena na rodinné aspekty života osob s psychotickou poruchou a zejména jejich vztah k následnému uplatnění ve společnosti. Teoretická část popisuje možnosti psychosociální intervence využívané k léčbě psychotických poruch a vliv rodinného prostředí na vznik, léčbu a prevenci relapsu onemocnění. Cílem výzkumné části práce je zjištění významných rozdílů v komunikačních a sociálních aspektech v rodinách osob s psychotickou poruchou u osob s různou mírou sociální adaptace. Bylo využito kvantitativního přístupu. Za pomoci standardizovaných dotazníků byly zjišťovány strategie zvládání stresu (SVF 78), míra rodičovské vazby v období dětství a dospívání (PBI) a sociální atmosféra současných rodin (ŠRP). Výsledky použitých metod svědčí o významném vlivu rodiny na následné začlenění do života u osob psychotickou poruchou. Mezi rodinami osob s úspěšnou a neúspěšnou adaptací byla nalezena řada významných rozdílů. K nejdůležitějším zjištěním se řadí popsany rozdíl v míře soudržnosti, expresivnosti a organizace, které jsou vyšší v rodinách osob s úspěšnou adaptací. Naopak míra konfliktnosti vykazuje větší podíl v rodinách osob s neúspěšnou adaptací. Osoby s úspěšnou adaptací častěji využívají pozitivních strategií zvládání stresu a vykazují rovněž větší potřebu sociální opory. Péče ze strany otce v období dospívání je na významně vyšší úrovni u osob s úspěšnou adaptací.

Klíčová slova: schizofrenie, psychotická porucha, rodina, zvládání stresu, citová vazba

ABSTRACT OF THESIS

Title: Family aspects of life of people with a psychotic disorder and their relation to their role in society

Author: Mgr. Bc. Vendula Neumanová

Supervisor: Doc. PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.

Number of pages and characters: 98 pages, 169 630 characters

Number of appendices: 3

Number of references: 71

Abstract: Theses is focused on the family aspects of life of people with a psychotic disorder, and in particular their relationship to the subsequent use in society. The theoretical part describes the possibilities of psychosocial interventions used to treat psychotic disorders and the influence of family environment on the origin, treatment and prevention of relapse. The aim of the study is to determine significant differences in communication and social aspects of the families of people with a psychotic disorder in patients with varying extend of social adaptation. It was used a quantitative approach. With the help of standardized questionnaires were collected coping strategies (SVF 78), extent of parental custody during childhood and adolescence (PBI) and social atmosphere of contemporary families (SRP). The results of the methods used indicates a significant family influence on subsequent integration into the life of people psychotic disorder. Among the families of people with successful and unsuccessful adaptation was and found a number of significant differences. The main findings include the difference in the degree of cohesion, expressiveness and organizations that are higher in families of people with a successful adaptation. Conversely, the rate of conflict has a higher proportion of people in families with an unsuccessful adaptation. Persons with successful adaptation often use positive coping strategies, and also show a greater need for social support. Care by fathers in adolescence are at significantly higher levels in those with successful adaptation.

Key words: schizophrenia, psychotic disorder, family, stress management, emotional attachment

Příloha č. 3:

Dotazník je přílohou tištěné verze diplomové práce.