

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

FILOZOFICKÁ FAKULTA

KATEDRA SOCIOLOGIE, ANDRAGOGIKY
A KULTURNÍ ANTROPOLOGIE

SCHIZOFRENIE A PŘECHODOVÝ RITUÁL

Magisterská diplomová práce

Vedoucí diplomové práce: Doc. Mgr. Martina Cichá, Ph.D.

Vypracovala: Kateřina Mindlová

Obor: Kulturní antropologie

Akademický rok: 2015/2016

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Schizofrenie a přechodový rituál vypracovala samostatně, s použitím uvedené literatury a elektronických zdrojů.

V Olomouci dne Podpis:.....

Poděkování

Děkuji Doc. Mgr. Martina Cichá, Ph.D. za vedení práce a cenné rady, které mi během psaní práce dala. Mé velké poděkování patří narátorům, kteří se ochotně zapojili do výzkumu a dovolili mi nahlédnout do jejich života a posléze nechají nahlédnout i čtenáře této práce. V neposlední řadě děkuji Green Doors z. ú., za možnost realizovat výzkum v jedné z jejich kaváren. Závěrem bych chtěla poděkovat mé rodině a přátelům za pomoc a velkou oporu během psaní mé diplomové práce.

Abstrakt

Práce se věnuje propojení dvou témat, a to tématu schizofrenie a tématu přechodového rituálu. Lidé, kterým propukne onemocnění schizofrenie, prochází určitou životní změnou. Z fáze života člověka bez diagnózy paranoidní schizofrenie přechází do fáze života člověka s diagnózou paranoidní schizofrenie. Se změnou fází života jedince nastává změna statusu, ekonomických a sociálních podmínek a v neposlední řadě změna identity jedince.

Tato práce má za cíl zjistit, zda lidé s diagnózou schizofrenie prochází přechodovým rituálem. Pokud prochází, tak následně zjistit, jaký je průběh přechodového rituálu u lidí s diagnózou schizofrenie a jak vypadají jednotlivé fáze rituálu.

Klíčová slova

Klíčovými slovy jsou: schizofrenie, přechodový rituál, paranoidní schizofrenie, jedinec, stigma, kulturní kontext, životní změna

Abstract

The master thesis focuses on linking two themes - schizophrenia and a rite of passage. People meet a specific life-change with the schizophrenia breakout. From the phase of life without a diagnosis to the phase of life with paranoid schizophrenia diagnosed. The life-phases evolution of individuals is followed by social status change, economic and social conditions and ultimately change an individual's identity.

The work aims to find out if people diagnosed with schizophrenia go through the rite of passage. In case they do the aim is to find out the process of the rite of passage and the description of its different phases.

Keywords

The key words are: schizophrenia, a rite of passage, paranoid schizophrenia, individual, stigma, cultural context, life change

Obsah

Úvod.....	8
Teoretická část.....	9
1 Schizofrenie	9
1.1 Příznaky schizofrenie	11
1.1.1 Pozitivní příznaky.....	11
1.1.2 Negativní příznaky	14
1.1.3 Kognitivní deficit.....	16
1.1.4 Shrnutí symptomů schizofrenie.....	17
1.2 Průběh onemocnění.....	18
1.3 Klinické formy schizofrenie.....	21
1.3.1 Shrnutí forem schizofrenie	23
1.4 Prognóza schizofrenie.....	24
1.5 Kulturní kontext schizofrenie	25
1.5.1 Stigma schizofrenie	26
2 Přechodový rituál	28
Praktická část.....	32
3 Výzkum	32
3.1 Prvotní mapování.....	33
3.2 Cíle výzkumu a otázky výzkumu	35
3.3 Výběr zkoumaného vzorku.....	36
3.4 Typ výzkumu a metoda získávání dat.....	39
3.5 Proces sběru dat a analýza dat.....	41
3.6 Omezení studie	43
4 Případové studie.....	44
4.1 Případová studie 1	44

4.2	Případová studie 2	47
4.3	Případová studie 3	49
4.4	Případová studie 4	51
4.5	Mnohonásobná případová studie	53
4.5.1	Fáze přechodového rituálu u lidí se schizofrenií	53
4.5.2	Výsledky výzkumu	64
	Závěr	66
	Literatura.....	68

Úvod

Schizofrenie je vážné duševní onemocnění, které ovlivňuje všechny oblasti života člověka. Nemoc propuká až v době, kdy má člověk určitou představu o svém životě, má nějaké zkušenosti, přátele a cíle v životě. Nemocí se většinou všechno mění. Toho, co si vysnil a naplánoval, najednou není schopný dosáhnout následkem nemoci. Tato změna musí být pro člověka velmi náročná a zraňující.

S lidmi se schizofrenií pracuji rok a půl a ti velmi často mluvili o změně, která s nemocí přišla. Mluvili o životě před propuknutím nemoci a o životě nyní. Z rozhovorů vycházelo, že tato změna má celkem jasné hranice a určitý průběh. Tento průběh jsem čím dál tím více vnímala jako přechodový rituál, popsany Arnoldem Van Gennepem.

Nebyla jsem si ale jistá, že jde přechod z fáze života člověka bez schizofrenie do fáze života člověka se schizofrenií klasifikovat opravdu jako přechodový rituál. Proto jsem se rozhodla to sama vyzkoumat. K hlavnímu cíli práce se postupně připojovaly dílčí cíle, které mě v tomto tématu zajímaly. Zajímalo mě, jak takový přechodový rituál probíhá a zda lze najít společnou charakteristiku přechodového rituálu u lidí se schizofrenií. Také mě velmi zajímali jednotlivé fáze přechodového rituálu. To vše jsem zahrnula do své práce.

Práce je rozdělena do dvou částí. První část je teoretická a je rozdělena na dvě kapitoly. První kapitola je zaměřena na schizofrenii a její projevy. V této kapitole je věnován prostor pro kulturní kontext schizofrenie a s ním spojené stigma. Ve druhé kapitole teoretické části se věnuji přechodovému rituálu podle Arnolda Van Gennepa. Zaměřuji se na jeho fáze a dále na jejich charakteristiku.

Druhá polovina práce je praktická a věnuji se v ní nejprve metodologii výzkumu, a poté interpretaci získaných dat.

Teoretická část

Tématem práce je schizofrenie a přechodový rituál. Abychom toto téma mohli zkoumat, musíme si nejdřív ujasnit termín schizofrenie a dále i přechodový rituál. Proto si v teoretické části vysvětlíme základní pojmy „schizofrenie“, „schizofrenie v kulturním kontextu“ a „přechodový rituál“.

V nadcházející kapitole si definujeme schizofrenii, dále se budeme věnovat klinickým projevům schizofrenie, průběhu onemocnění, jeho prognóze a formám. Neméně důležitým tématem práce je dopad schizofrenie na kvalitu života nemocného

1 Schizofrenie

Definice schizofrenie je mnoho. Pro definování schizofrenie jsem si vybrala definici WHO, která je výstižná a zastřešující všechny ostatní. *„Pod pojmem schizofrenie (množné číslo) rozumíme skupinu závažných duševních nemocí, jejichž společným znakem je výrazné narušení psychických funkcí. Jedná se o skupinu heterogenní, u které se předpokládá rozpad na více typů jednotek s postupujícím poznáním etiologických faktorů. Charakteristické jsou poruchy myšlení, vnímání, vůle, pozornosti a afektivity. V důsledku toho dochází k nepřesnému vnímání a zpracování reality, k mylným interpretacím okolního dění, k potížím při odlišení skutečnosti od vlastních představ, a tím sekundárně i k neadekvátnímu chování.“¹*

Z definice vyplývá, že schizofrenie je velmi vážné duševní onemocnění, které velmi výrazně ovlivňuje život jedince, který schizofrenií onemocní. Jedinci se mění vnímání reality, myšlenkový proces, emocionální reakce, motivace a chování a je maskována vysokou variabilitou svých projevů.

Schizofrenie je představitelem psychotického onemocnění. V odborné terminologii je psychóza charakterizována právě bludy, halucinacemi a dezorganizovaným slovním projevem a chováním, v širším pojetí také poruchou vnímání reality. Psychotické onemocnění je léčitelné, ne vždy ale vyléčitelné.² Nemocnému se zcela změní vnímání sebe sama a celého světa.

¹ <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/schizofrenie-457924>

² Raboch, Zvolský, 2001, 66 s.

Často není schopen žít život po nemoci tak, jak ho žil před nemocí. Následkem nemoci není schopen pracovat a tím je i společensky znevýhodněn.

Kučerová³ vysvětluje závažnost schizofrenie tím, že existuje vzájemná vazba mezi charakterem nemoci a osobností nemocného jedince. Proto, stejně jako je každý jedinec originální, jsou i projevy schizofrenie u každého jedince jedinečné. Tím se stává schizofrenie těžce odhalitelnou a posléze těžce diagnostikovatelnou. Dalším významným rysem této nemoci je její proměna s postupem času. Není to nemoc, která by trvala chvilku, ale je to nemoc, která se časem mění a postupuje. To znamená, že se mění i projevy nemoci.

Schizofrenie nezasahuje jen psychickou složku osobnosti jedince, ale zasahuje i fyzickou složku osobnosti. Lidé se schizofrenií bývají fyzicky slabí, nevykonní, rychle unavitelní, nepřesní při pohybech a často bývají zpomalení. Překonávání těchto pocitů nebo překračování jejich fyzických možností může vést k tělesné nebo psychické nepohodě, bušení srdce, bolestem v různých částech těla a nepříjemným pocitům po těle.⁴ Nemoc tedy zasahuje integrovaný celek všech psychických i fyzických vlastností jedince. Tato změna je pro jedince velmi náročná a má vliv jak na vnímání sebe sama, tak na vnímání jedince okolím.

³ Kučerová, 2010, s. 9-11

⁴ Kučerová, 2010, s. 10-11.

1.1 Příznaky schizofrenie

Schizofrenie jako onemocnění má své specifické příznaky. Tyto příznaky mohou mít různou intenzitu a podobu. V psychopatologii jsou projevy schizofrenie děleny na pozitivní a negativní. Pozitivní příznaky jsou ty, které se v psychice člověka vyskytují oproti normě⁵ navíc, tedy především paranoidita, halucinace a bludy. Negativní příznaky jsou ty, které oproti normě chybějí, tedy zejména ochuzení myšlení, slovní zásoby, emotivity, vůle, sociálních kontaktů a celkové snížení aktivity.⁶ Příznaky nemoci se určují na základě popisu nemocného a vnějším pozorováním. Pro práci je důležité vědět, jak lidé se schizofrenií symptomy nemoci prožívají. Proto jsou v této kapitole symptomy popsány podle projevů a poté je popsáno, jak jsou jednotlivé symptomy prožívány jedincem.

1.1.1 Pozitivní příznaky

Pozitivní příznaky schizofrenie velmi ovlivňují vnímání a prožívání světa jedince. Všechny příznaky jsou velmi vážné a jen stěží je lze ignorovat. Příznaky se většinou vyskytují v kombinaci několika příznaků dohromady.

Paranoidita

Paranoidita vzniká, stejně jako blud, na základě poruchy myšlení. Jedinec cítí, že se s ním něco děje a že je jeho okolí jiné než dříve. Snaží se si situaci vysvětlit a většinou si ji na sebe začne vztahovat, tedy začne být paranoidní. Změněné vnímání a případné změny ve svém myšlení interpretuje paranoidně. To může mít různou hloubku a někdy se paranoidita rozvine až do hloubky bludu.⁷

Halucinace

Halucinace jsou produktem zkresleného vnímání okolní reality. Vycházejí z rozbouřené a nekontrolovatelné fantazie jedinců. Znamená to, že jedinec vidí,

⁵ Norma – V případě určování normy nebo také normality využíváme statistické pojetí normality za pomoci Gaussovy křivky. To vychází z předpokladu, že normální je to, co se vyskytuje s nejvyšší četností.

⁶ Dušek, Večeřová - Procházková, 2011, 35 s.

⁷ Kučerová, 2010, 12 s.

cítí, slyší nebo vnímá neexistující podněty a zároveň je přesvědčen o jejich reálné povaze. Halucinace mohou být zrakové, čichové, chuťové, hmatové, pohybové, viscerální⁸, inadekvátní⁹, intrapsychické¹⁰ a další.¹¹ Nejčastějšími halucinacemi jsou u schizofrenie sluchové. Buď jsou ve formě zvuků, nebo hlasů. Hlasy mohou komentovat chování jedince nebo mu mohou něco přikazovat.¹² Jedinec je pod vlivem těchto halucinací a může se chovat například násilně k okolí nebo k sobě.

Jedinec halucinace většinou vnímá jako velmi ohrožující nebo jako degradující a ponižující v případě komentujících halucinací. V případě intrapsychických halucinací se člověk cítí jako otevřená kniha a má pocit, že je do jeho mysli vidět nebo že mu jsou myšlenky vkládány či odebírány nebo že jsou jeho myšlenky zveřejňovány proti jeho vůli, např. ve veřejných sdělovacích prostředcích. Projevují se jako ozvučené myšlenky.¹³ Jedinec ztrácí pocit jistoty, protože halucinace vnímá jako realitu. Nevěří svému okolí, rodině, společnosti. Zažívá pocity samoty, protože mu nikdo nevěří a nedokáže ho pochopit. To může vyvolávat úzkost. Halucinace mají vliv i na pozornost. Pokud má jedinec sluchové halucinace, je zavalen hlasy a je opravdu obtížné se v takové chvíli soustředit třeba i na banální činnost. Halucinace mohou bránit vykonávat každodenní činnosti, zaměstnání nebo studium a narušují sociální kontakty nemocného.

Bludy

Blud je patologická porucha myšlení, na základě které je nemocný absolutně přesvědčen o nějaké skutečnosti, která není pravdivá a mnohdy není ani možná. Jedinec trpící bludy je tímto patologickým přesvědčením zcela ovládan a jeho jednání je zcela pod vlivem bludu.

Bludy mají různou podobu a je jich mnoho druhů. Časté jsou bludy paranoidní nebo také vztahovačné, které mohou mít podobu perzekučních

⁸ Viscerální halucinace, také útrobní nebo orgánové. Jedinec vnímá vlastní orgány jako nemocné, změněné, odumřelé apod.

⁹ Při inadekvátních halucinacích má jedinec smyslové pocity v jiných částech těla, než je adekvátní, např. slyší kolenem.

¹⁰ Intrapsychické halucinace jsou pro jedince velmi nepříjemné. Projevují se tak, že si jedinec myslí, že jsou mu myšlenky buď vkládány, nebo odebírány z hlavy.

¹¹ Orel, 2012, 54 s.

¹² Tato forma halucinací jsou tzv. imperativní sluchové halucinace.

¹³ Probstová, Peč, 2014, 51 s.

bludů neboli bludů pronásledování. Pak mohou mít podobu bludu žárliveckého, kdy jedinec žálí i v naprosto nesmyslných situacích. Při bludu hypochondrickém je jedinec přesvědčen o tom, že trpí nějakou vážnou chorobou, jako je například AIDS, rakovina atd. Velmi častými bludy jsou bludy s náboženským obsahem, kdy je například jedinec přesvědčen o tom, že je Bůh nebo že má nadpřirozené schopnosti. Dále jsou bludy s technickým obsahem. V tomto případě si jedinec myslí, že je sledován kamerami, mikrofony nebo jinými technickými přístroji.¹⁴ Z mnoha druhů bludů jsem zde popsala ty, které mají lidé se schizofrenií nejčastěji nebo jsou nejvíce pozorovatelné okolím. S jedincem, který trpí bludy, je těžká komunikace a pro lidi v okolí takového jedince je těžké se s tím sžít. Bludy velmi zkreslují vnímání reality a její prožívání.

Blud lze chápat jako obranný mechanismus jedince, který může mít obsah traumat či negativních zážitků z minulosti. U bludu je důležité to, že je to porucha v oblasti myšlení a je hluboko v osobnosti jedince. Vágnerová¹⁵ poukazuje na to, že není dobré jedinci jeho bludy vymlouvat. Blud je součástí světa, ve kterém nemocný žije, a my bychom mu tento svět narušili. Tím by se nemocný cítil v ohrožení a pak by mohl reagovat agresivně.

Jedinec s bludy prožívá pocity cizoty. Cizota pramení z reakcí okolí na bludné chování jedince, kdy jedinec vnímá zvýšenou pozornost od okolí a neumí si ji vysvětlit. Například jde po ulici a vykřikuje, že vede revoluci. Lidé na ulici na něj divně koukají a podle něj nereagují adekvátně na to, co on vnímá jako realitu. Pocity cizoty s sebou nesou i pocity úzkosti.¹⁶ Jedinec se poté uzavírá víc do sebe a stahuje se od okolí. Na jeden blud se navazují další bludy, které vysvětlují například chování lidí v okolí, kteří se k jedinci nepřidali v jeho revoluci, protože to jsou zrádci a chtějí ho zabít. Pak se může cítit hrožený a podle toho jedná. Například se zabarikáduje v bytě, aby se ochránil, nebo je agresivní atd. Bludy u schizofrenie se mohou často měnit, nemusí na sebe navazovat a nemusí být vždy logické.

¹⁴ Kučerová, 2010, 12-13 s.

¹⁵ Vágnerová, 2008, 96 s.

¹⁶ Probstová, Peč, 2014, 49-50 s.

1.1.2 Negativní příznaky

Negativní příznaky se vyznačují utlumením normálních funkcí. Tyto příznaky nejsou tak viditelné jako příznaky pozitivní. Představují ochuzení psychiky, nejvíce v emotivitě a volní složce. Zahrnují apatii, ztrátu motivace, sociální stažení, ochuzení řeči a myšlení. Pro lepší představu nyní jednotlivé příznaky popíšu.

Vychudlé myšlení

Nemocný ztratil schopnost používat řeč v rozmanitých větách. Má omezenou slovní zásobu, mluví v holých větách a vyjadřuje se jednoslovně. Je pro něj velmi těžké se vyjadřovat o abstraktních tématech, jako jsou přání, pocity apod.¹⁷ S vychudlým myšlením je spojena i inkoherentní řeč, která se projevuje tak, že nemocný říká slova, která sama o sobě dávají smysl, ale to, jak je nemocný spojuje, nedává smysl pro druhého. Jinak nazývaná také jako „slovní salát“.

Depresivní prožívání a úzkosti

Deprese i úzkost jsou porucha emotivity a je u lidí se schizofrenií velice častá. Mnohdy nejsou na nemocném tyto příznaky vidět. Jedinec je prožívá vnitřně a obě jsou často důvodem k sebevražedným myšlenkám.¹⁸

Suicidiální¹⁹ aktivity

Zhruba 10 % lidí se schizofrenií ukončí svůj život sebevraždou. Odhalení sebevražedných myšlenek je u této diagnózy těžší než u jiných diagnóz.²⁰

Sebevražedné jednání může mít různé motivace. Jak už jsem psala, může jít o depresivní stavy nebo úzkosti, které vyvrcholí sebevraždou nebo může jít o jednání pod vlivem bludů a halucinací. Nebo je sebevražedné jednání náhlým impulzem. Ale nemusí jít o nic tak vážného. Může se jednat o vágní věc, ale například ve spojení s nedostatečným spánkem nebo ztrátou přátel, která je následkem nemoci, může vyústit v sebevraždu.

¹⁷ Kučerová, 2010, 13 s.

¹⁸ Kučerová, 2010, 13 s.

¹⁹ Suicidiální aktivity jsou aktivity, které vedou k úmyslnému ukončení vlastního života. Jinými slovy sebevražedné chování.

²⁰ Probstová, Peč, 2014, 52 s.

Emoční oploštělost

Emoční oploštělost nebo plochost je také poruchou emotivity. Je to ochuzení pružnosti prožitku, zploštění výkyvu radosti a žalu, zmenšení prožitku a citu, neschopnost něco silně cítit a prožívat.²¹ Nemocní často říkají, že nic necítí a nemají emoce. Jedinec s emoční oploštělostí se svému okolí jeví jako bezcitný, laxní, lhostejný a bez citu.

Apatie

Také patří mezi poruchy emotivity a projevuje se tím, že nemocnému je všechno jedno. Nic ho nezajímá.

Abulie a hypobulie

Od poruch emotivity se přesouváme k poruchám vůle. Abulie a hypobulie jsou neschopnost jedince se rozhodovat. Nemocný má oslabenou vůli, a to až tak, že není schopen vykonat např. osobní hygienu nebo vstát z postele. V lehčích formách se hypobulie projevuje tím, že nemocný nemá sílu se do něčeho pustit a rychle se unaví jakoukoliv činností. V tomto případě je pro nemocného nadmíru těžké se rozhodovat anebo dodržet slib, protože nemá dost vůle pro realizaci úkonu.²² Poruchy volní složky jsou součástí schizofrenní poruchy a mají vliv na pasivitu v oblasti zájmů, činností a zaměstnání.

Insomnie, hyposomnie, nedostatečný spánek

Nespavost nebo potíže se spánkem se u schizofrenního onemocnění objevují velmi často. Buď v podobě nekvalitního spánku, špatného usínání, častého buzení se nebo úplné absence spánku.²³ Poruchy spánku jsou velmi vážné. I když by se mohlo zdát, že mezi ostatními se jedná o „lehčí“ poruchu, tak ve skutečnosti tomu tak není. Nedostatek spánku má velký vliv na průběh onemocnění schizofrenie. Jedinec je unavený, má to vliv na jeho prožívání a jednání. Ostatně i jedinec, který nemá schizofrenii, nedokáže dlouhodobě fungovat bez spánku.

²¹ Bankovská - Motlová a Španiel, 2011, 36 s.

²² Bankovská - Motlová a Španiel, 2011, 40 s.

²³ Kučerová, 2010, 14 s.

Porucha identity osobnosti

V tomto případě je narušena identita jedince, a to tak, že se považuje za někoho jiného, například za Napoleona, Che Geuvaru apod. Nemusí to být ale jen známá osobnost. Může se považovat za svého souseda nebo se považuje za sebe a současně i za někoho jiného.²⁴

Psychomotorický neklid

Jde o nadměrnou tělesnou aktivitu, která nemá racionální vysvětlení. Například jde o neustálé chození, poposedávání, neklid rukou nebo třeba pobíhání po místnosti.²⁵ Psychomotorický neklid upozorňuje okolí na jedince a ten se pak potýká s nechápavými pohledy od okolí. Upozorňuje to na jeho jinakost. Tento projev může být pro jedince velmi vyčerpávající.

1.1.3 Kognitivní deficit

S onemocněním schizofrenie se často objevují kognitivní dysfunkce. Prostřednictvím kognitivních funkcí vnímáme svět kolem sebe, jednáme, zvládáme různé úkoly apod. Kognitivní funkce jsou jinými slovy také poznávací funkce a řadíme mezi ně paměť, pozornost, myšlení, řečové schopnosti, prostorovou orientaci a přizpůsobování se okolnímu prostředí.²⁶ Kognitivní dysfunkce u lidí se schizofrenií spočívá v narušení těchto oblastí. Kognitivní deficit negativně ovlivňuje život jedince, který kvůli němu není schopen obstat v každodenních činnostech a situacích. Často pak musí zanechat studia nebo zaměstnání, protože to je v důsledku nemoci nad jeho schopnosti.

S poruchami myšlení je také spojen náhled na nemoc. Náhled na nemoc je spojen s uvědomováním si nemoci a jejích následků na život. S nemocí se často mění celý život. Je třeba se léčit nebo nějak s nemocí pracovat. Nedostatečný náhled či popření nemoci je velkou překážkou ve stabilizování jedince a v jeho fungování ve společnosti. Popření nemoci je často ochrana před konfrontací s neúnosnou realitou.²⁷

²⁴ Kučerová, 2010, 15 s.

²⁵ Kučerová, 2010, 15 s.

²⁶ Bankovská - Motlová, Španiel, 2011, 54 s.

²⁷ Probstová, Peč, 2014, 50-51 s.

1.1.4 Shrnutí symptomů schizofrenie

Jak pozitivní, tak negativní symptomy schizofrenie mění a velmi ovlivňují život jedince, a nejen jeho, ale i životy lidí v jeho okolí. Sám jedinec se potýká se stavy, které nezná a zažívá je poprvé. Mění jeho vnímání reality, aniž by si to uvědomoval. Pak se musí potýkat s reakcí okolí, která je velmi často negativní. Symptomy vedou k pocitům cizosti, samoty a k pocitům nechápání světa a společnosti, ale také k nepochopení jedince okolím. Nemocný má problémy s udržováním dosavadních a navazováním nových vztahů, které jsou pro člověka důležité. Vztahy lidí se schizofrenií bývají kolísavé a pro lidi v okolí velmi náročné. Pocity, které se s nemocí vážou, můžou v tom nejhorším případě vyvrcholit až sebevražedným jednáním. Je nutné si uvědomit, že nemoc neovlivňuje jen daného jedince, ale ovlivňuje jeho rodinu, přátele, zaměstnavatele, sousedy a lidi v jeho okolí.

1.2 Průběh onemocnění

Vlastní onemocnění propuká obvykle v období dospívání. Höschl²⁸ uvádí, že v České republice propuká nejčastěji mezi 20. a 24. rokem, kdežto světový průměr je mezi 26. a 27. rokem jedince. Jiní autoři udávají jiné věkové rozmezí rozpuku nemoci. Češková²⁹ píše, že u žen onemocnění začíná nejčastěji mezi 25. a 35. rokem a u mužů o něco dříve, a to mezi 15. a 25. rokem. Ale může propuknout kdykoliv. Určování věkového rozmezí začátku nemoci je stejně složité, jako nemoc sama.

První projevy nemoci nemusí být psychického rázu, ale mohou být nespecifické, jako je neklid, náladovost nebo podrážděnost. Projevy schizofrenie se často schovávají za projevy dospívání, proto je těžké ji zachytit hned na začátku. Období mezi 13. a 15. rokem je nejvíce rizikové pro počátek schizofrenie, protože v těchto letech jedinec prochází hlavním obdobím sociálního zrání osobnosti.³⁰ To vede k větší zranitelnosti jedince a je vystavený velkým změnám, jak fyzickým, tak psychickým. Na jednu stranu je v tomto období náchylnější k tomu, aby se u něj nemoc projevila. Na druhou stranu se projevy nemoci a projevy puberty kryjí, a tím se komplikuje odhalení nemoci.

Průběh onemocnění můžeme rozdělit do tří období. První je prodromální období, po něm přichází psychotická ataka a následuje reziduální schizofrenie. Toto pořadí není u každého stejné. Stejně jako jsou u každého jedince jiné příznaky schizofrenie, je i průběh onemocnění rozdílný. Někdy se nemoc projeví nejprve psychotickou atakou, bez jakýchkoliv předcházejících projevů. Někdy se projevuje plíživě a příznaky se objevují i několik let před atakou.

Prodromální období

Prodromální období je období před samotným vypuknutím nemoci. Vyznačují se nespecifickými příznaky, jako jsou únava, pomalost, potíže s koncentrací, depresivní nebo úzkostná nálada, potíže se sebehodnocením apod. Tyto příznaky je těžké odlišit například od komplikovaného dospívání jedince. Neobjevují se jen příznaky psychického rázu, ale i fyzického. Nemocní se mohou potýkat s bolestmi hlavy, zad a svalů nebo mohou trpět zažívacími

²⁸ Höschl, 2002, 116 s.

²⁹ Češková, 2005, 15 s.

³⁰ Motlová, Koukolík, 2004, 109-110 s.

potížemi.³¹ Projevy samotné nemoci jsou vázány na osobnost jedince a projevy prodromálního období nemoci se také překrývají s osobností jedince. To komplikuje brzké odhalení nemoci. Prodromální projevy často vedou k uzavřenosti jedince, pasivitě a celkovému sociálnímu stažení.³² Včasným odhalením příznaků schizofrenie se sníží riziko zhoršení sociálního fungování, které je důležité pro další průběh nemoci a kvalitu života jedince.

Psychotická ataka

Psychotická akutní epizoda buď navazuje na prodromální příznaky, nebo se může objevit jako první ukazatel nemoci. Během ataky jsou přítomny pozitivní příznaky více než negativní. Jedinec v atace nejčastěji trpí halucinacemi, bludy a emocemi neodpovídajícími situaci. Pozitivní příznaky jsou při atace natolik silné, že je jedinec nerozezná od reality. Období ataky může trvat až 6 měsíců a většinou vede k hospitalizaci.³³ Při hospitalizaci je nemocnému určena diagnóza, v tomto případě schizofrenie. Často se až při první atace objeví podezření na schizofrenii. Jak jsem psala výše, prodromální příznaky jsou často nenápadné a nevedou samotného člověka s příznaky ani jeho okolí k podezření na tak závažnou nemoc, jako je schizofrenie. O to hůře se schizofrenie jako onemocnění zachytává včas. Jak píše Probstová, Peč: *„Délka neléčeného onemocnění negativně ovlivňuje prognózu a u více než rok neléčené nemoci se zhoršuje náhled na onemocnění, sociální funkce a prohlubuje se sociální izolace.“*³⁴

Onemocnění probíhá epizodicky, kdy se obvykle střídá období ataky a období remise. Remise je období, kdy jsou příznaky (negativní i pozitivní) na ústupu. Může být i zcela bez příznaků. Ne vždy to ale znamená, že se jedinec vrátí do stavu, ve kterém byl před atakou. Ataka je velmi náročné období, jak psychicky, tak fyzicky a může na nemocném zanechat následky. Už samotná zkušenost ataky jedince může změnit. Pak je i samotná hospitalizace náročná a často v jedinci zanechává silné zážitky a emoce.

³¹ Bankovská - Motlová, Španiel, 2011, 85 s.

³² Praško, 2001, 319-320 s.

³³ Dobrovolná hospitalizace- jedinec je dobrovolně hospitalizován. Často sám ví, že není něco v pořádku a vyhledá sám pomoc. Nedobrovolná hospitalizace- jedinec je hospitalizován nedobrovolně. Např. jedinec je během ataky agresivní a je na něj zavolána policie, poté je hospitalizován.

³⁴ Probstová, Peč, 2014, 49 s.

Po období remise může přijít další ataka, jinými slovy relaps. Relaps je stav, kdy se jedinec dostává do stejného nebo podobného stavu jako při předešlé atace. Stejně jako se mění nemoc samotná, mění se i ataky. To znamená, že nemocný nemusí mít stejně probíhající ataky, ale každá může vypadat jinak a může jí vyvolat jiný spouštěč. Relapsy jsou u schizofrenie velmi časté. Pro představu: „zhruba u méně než jedné třetiny nemocných nedochází po první atace k dalším relapsům a stav se upraví; u třetiny probíhá onemocnění v opakovaných atakách a remisích, které mohou být úplné (bezpříznakové) či neúplné (s částečným výskytem příznaků) a více než třetina trpících schizofrenií má progredující průběh.“³⁵ Každá další ataka zhoršuje nemoc jedince. Má vliv na léčbu a prohlubuje riziko chronického onemocnění schizofrenií. Příčiny atak jsou různé, nemusí jít jen o psychologické příčiny, ale důležitou roli zde hraje také jeho okolí a rodinné zázemí nemocného.³⁶

Již při první hospitalizaci nebo při návštěvě psychiatra bývá dána jedinci diagnóza. S postupem času se diagnóza může měnit, protože se začnou projevovat jiné symptomy. V další kapitole se podíváme na typy schizofrenie a jejich charakteristiky.

³⁵ Probstová, Peč, 2014, 48-49 s.

³⁶ Bankovská- Motlová, Španiel, 2011, 64 s.

1.3 Klinické formy schizofrenie

Schizofrenie má několik forem, které se vyznačují charakteristickými symptomy. V České republice se diagnostikuje podle Mezinárodní klasifikace nemocí (současná 10. revize) tzv. MKN-10. Onemocnění jsou zde popisována na základě znaků a příznaků, které se vyskytují společně a nereprezentují jiné onemocnění. Duševní poruchy jsou v MKN-10 jako samostatná skupina. Schizofrenie a její jednotlivé formy mají označení F20 a MKN-10 popisuje schizofrenii takto: „Schizofrenní poruchy jsou obecně charakterizovány podstatnou a typickou deformací myšlení a vnímání. Jasně vědomí a kapacita jsou obvykle zachovány, ačkoliv určité kognitivní defekty se mohou v průběhu doby vyvinout. Nejdůležitější psychopatologické fenomény zahrnují ozvučování myšlenek; vkládání nebo odjímání myšlenek; vysílání myšlenek; bludné vnímání a bludy ovládání; pasivita či ovlivňování; sluchové halucinace, které komentují nebo diskutují o pacientovi ve třetí osobě; poruchy myšlení a negativní příznaky. Průběh schizofrenních poruch je buď trvalý nebo epizodický s narůstajícím či trvalým defektem, anebo může být jedna či více atak s úplnou nebo neúplnou remisí.“³⁷

A nyní jednotlivé formy schizofrenie, které splňují obecnou charakteristiku schizofrenní poruchy, ale každá forma má charakteristické projevy, podle kterých se určuje diagnóza.

Paranoidní schizofrenie (F20.0) má nejčastější výskyt. Charakteristické jsou relativně trvalé bludy, které jsou provázeny halucinacemi, nejčastěji sluchovými, a poruchami vnímání.³⁸ Pozitivní příznaky jsou přítomny více než negativní.

Hebefrenní schizofrenie (F20.1) se výrazně projevuje v oblasti emocí, a to emoční labilitou a neadekvátními emočními projevy. Dále v oblasti chování, které je nepřiléhavé. Jedinec se často chová bizarně se zkarikovanými prvky nedospělosti a s manýrovanou řečí.³⁹ Projevy připomínají chování v pubertě.

³⁷ Palčová, 2002, 94 s.

³⁸ Kučerová, 2010, 21 s.

³⁹ Probstová, Peč, 2014, 53 s.

Katatonní schizofrenie (F20.2) je charakterizována především psychomotorickými poruchami. Projevuje se ztuhlostí končetin nebo celého těla. Celkový útlum je nazýván jako tzv. katatoníí stupor. Nemusí vždy jít jen o útlum. Naopak může jít o tzv. katatonní vzrušenost, která se vyznačuje stereotypním chováním a nápodobami v řeči či jednání.⁴⁰

Nediferencovaná schizofrenie (F20.3) se diagnostikuje v případě, že jsou přítomny základní příznaky schizofrenie, ale neobjevují se žádné specifické příznaky pro výše uvedené formy schizofrenie.⁴¹

Postschizofrenní deprese (F20.4) je depresivní stav, který následuje po odeznění schizofrenní epizody. Jsou přítomny schizofrenní příznaky (negativní i pozitivní), ale už nejsou v popředí klinického stavu. Depresivní stav se musí dostavit do jednoho roku po odeznění epizody.⁴²

Reziduální schizofrenie (F20.5) je chronické stádium nemoci, který vzniká po proběhnutých atakách. Příznaky schizofrenie stále přetrvávají, i když jedinec není v akutní atace. V tomto případě převládají negativní příznaky.⁴³

Simplexní schizofrenie (F20.6) se vyznačuje plíživým rozvojem, ztrátou zájmů a úbytkem vůle. Příznaky se často mění. Tato forma schizofrenie není tak častá, avšak její prognóza je nepříznivá.⁴⁴

⁴⁰ Probstová, Peč, 2014, 53 s.

⁴¹ Probstová, Peč, 2014, 53 s.

⁴² Probstová, Peč, 2014, 53 s.

⁴³ Palčová, 2000, 98 s.

⁴⁴ Probstová, Peč, 2014, 53 s.

1.3.1 Shrnutí forem schizofrenie

Přehled a stručná charakteristika jednotlivých forem schizofrenie ukazuje, že všechny typy mají společné obecné příznaky. V těchto obecných příznacích dominují příznaky, podle kterých určují psychiatři přesnou diagnózu. Pro účel práce není důležité přesně vědět, jaké charakteristiky má která forma. Ale je dobré vědět, že jsou mezi nimi rozdíly, a to někdy ne zrovna výrazné. Některé příznaky mohou zprvu ukazovat na jinou formu schizofrenie a až časem se stanou příznaky specifitější.

1.4 Prognóza schizofrenie

Výskyt schizofrenie u populace je asi 1-3%. Schizofrenie je vážné duševní onemocnění. Včasným zachycením první ataky, jejím zaléčením a následným snížením počtu relapsů, se snižuje riziko chronického onemocnění. Jak jsem psala výše, pro příznivou prognózu je nejdůležitější období první ataky. Pak je důležité zabránit dalším atakám. Proto je důležité vědět, co může ataku vyvolat. Jedním z nejčastějších spouštěčů ataky je stres. Jedinec a jeho okolí se tedy musí naučit se stresem pracovat. Opět se vracíme k tomu, že na nemoc má vliv okolí jedince a jeho zázemí. Jedinec se schizofrenií potřebuje mít pocit jistoty, zázemí a bezpečné a předvídatelné prostředí.⁴⁵ To vše snižuje riziko relapsu a také celkového zhoršení průběhu nemoci.

Na lepší prognózu má vliv období propuknutí nemoci. Pokud nemoc propukla u mladého člověka, kterému se teprve rozvíjela osobnost a její adaptační mechanismy, bude u něj prognóza horší. Celkově je u žen prognóza lepší, jelikož u nich onemocnění propuká v pozdějším věku. Záleží tedy na struktuře premorbidní osobnosti. V neposlední řadě má na onemocnění vliv životní styl, sociální zázemí, zaměstnání nebo studium. Na prognózu má také vliv to, zda nemoc udeřila rychle a měla bouřlivý průběh, anebo měla spíš plíživý charakter. Rychlý a bouřlivý průběh je z klinického hlediska lepší a způsobuje menší následky. Oproti tomu plíživý charakter nemoci je těžší včas odhalit a zanechává více a těžší následky.

⁴⁵ Bankovská - Motlová, Španiel, 2011, 178-180 s.

1.5 Kulturní kontext schizofrenie

Česká psychiatrie používá k diagnostikování nemocí Mezinárodní klasifikaci nemocí, momentálně v desáté revizi (MKN-10), kterou sestavila a dále reviduje Světová zdravotnická organizace (WHO),⁴⁶ popřípadě je ještě využíván Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, momentálně ve čtvrté revizi (DSM-IV.), který je sestavovaný Americkou psychiatrickou asociací.

Jak MKN-10, tak DSM-IV vychází z diskursu západní medicíny, který ke schizofrenii přistupuje jako k nemoci a pro její kategorizaci používá pojem diagnóza. Schizofrenie je diagnostikována na základě vnějších a vnitřních projevů. Vnějšími projevy jsou projevy viditelné pro okolí a lékař je může sám pozorovat. Vnitřní projevy jsou vlastní prožívání nemoci jedincem. MKN-10 určuje diagnózu schizofrenie na základě pozitivních a negativních příznaků. Tyto příznaky jsem podrobně popisovala v kapitole Příznaky schizofrenie. Když pracujeme s pojmy pozitivní a negativní symptomy, tak musíme pracovat i s pojmem normalita nebo norma, od které odvozujeme, co je ještě v normě a co je odchylka od normy.

Norma se pojí s kulturou dané společnosti a ta „*představuje plastický a mnohovýznamový negenetický program činnosti jednotlivců a sociálních skupin, který je fixován sociokulturní samoregulací a kulturními stereotypy, přetvářen společenskou praxí a předáván prostřednictvím kulturního dědictví a tradice.*“⁴⁷ To, jak je u nás schizofrenie vnímána, vychází z naší kultury. Pokud někdo nezapadá do normy dané společnosti, je vnímán jako deviantní. Co je v naší kultuře vnímáno jako deviantní, může být v jiné kultuře vnímáno jinak. Příkladem můžou být šamani, kteří mají schizofrenní symptomy, ale jsou svou kulturou vnímáni jako lidi s nadpřirozenými a léčebnými schopnostmi.

Kultura a společnost určuje to, jak vnímáme svět, své okolí a sebe sama. Pojetí schizofrenie se v historii měnilo. Od pojmu šílenství⁴⁸ a zavírání lidí do ústavů v 15. století, přes deinstitutionalizaci ve 20. století,⁴⁹ až po nynější pokusy o zavedení komunitních psychiatrických center. Přesto je diagnóza schizofrenie v dnešní době stále stigmatizující.

⁴⁶ Plačková, 2000, 2 s.

⁴⁷ Budil, 2003, 19 s.

⁴⁸ Foucault, 1994, 14 s.

⁴⁹ Korn, 2001, 94-101 s.

1.5.1 Stigma schizofrenie

S duševním onemocněním je často spojena stigmatizace jedince. Ta vychází z historie schizofrenie, která byla spojována s čarodějnictvím, později s šílenstvím, zavíráním do psychiatrických nemocnic hanlivě označovaných jako blázince.⁵⁰ Stigma je založeno na nálepce (label), která je jedinci dána společností. K nálepce se pojí předsudky vůči lidem se schizofrenií. Principem stigmatizace je ztráta individuální identity jedince. Ten ji ztrácí jak z pohledu společnosti, tak mnohdy i ze svého pohledu. Dále to vede ke generalizování a často tabuizování nemocných. Stigmatizace odděluje jedince se schizofrenií od ostatních. Ve společnosti se to potom projevuje dělením na „my“ a „oni“.⁵¹

Toto dělení v lidech vyvolává obavy z toho, co nejsme my. Je to cizí a vyvolává to i různé iracionální představy o daném jedinci. Toto stereotypní vnímání lidí se schizofrenií má dopad na život jedince. Nejen, že ho společnost izoluje, ale on sám se začne izolovat, nemá důvěru v sebe, ani v okolí.⁵² To vše může mít negativní vliv na zdravotní stav jedince a tento stav, který vyvolává stres, může vést k dalším atakám. To vede k dalším hospitalizacím a k dalšímu velmi náročnému životnímu období a chronicitě onemocnění.

Už jen samotný pobyt v psychiatrické léčebně je stigmatizující. *„Stigmatizace je založena na předpokladu odlišnosti populace psychiatrických pacientů od běžné populace. Často nezáleží na tom, zda jde o psychózu, neurotické projevy či poruchu osobnosti. Samotný fakt psychiatrické léčby může znamenat automatické nálepkování.“*⁵³ Stigmatizující je místo, kde se má člověk léčit z akutní psychózy. Tedy místo, kam se uchyluje v nejtěžších fázích nemoci a kdy má potřebu jistoty a bezpečí. V dnešní době jsou to psychiatrické nemocnice, kde léčba probíhá v uzavřených prostorech, které jsou stále často na okraji měst nebo úplně mimo města, mimo společnost. Už jen tato samotná místa léčeben jsou vnímána negativně.

Goffmann⁵⁴ označuje psychiatrické nemocnice za totální instituce, kde jedinci pobývají dlouhodobě, a tento dlouhodobý pobyt vede k odtržení od společnosti. Psychiatrické nemocnice mají na jedince stejný sociální dopad jako

⁵⁰ Foucault, 1994, 14 s.

⁵¹ Motlová, Koukolík, 2004, 68-69 s.

⁵² Raboch, Zvolský, 2001, 45-49 s.

⁵³ Praško, 2001, 39 s.

⁵⁴ Goffmann, 1990, 100-103 s.

vězení. Budovy těchto zařízení mají jasně ohraničené území, které je odděleno viditelnou bariérou, například vysokým plotem, zdí apod. Hospitalizovaný jedinec je v neznámém prostředí, dezorientovaný, dekompenzovaný a v psychóze.

Důležité je si uvědomit, že i samotný jedinec se schizofrenií trpí předsudky. Jak jsem psala výše, nemoc propuká nejčastěji v době dospívání. Před propuknutím nemoci neměl žádnou představu o schizofrenii, anebo měl představu, která stejně jako u ostatních lidí v naší společnosti vychází ze společenské představy o lidech se schizofrenií. Takže vnímal schizofrenii z pohledu toho, kdo stigmatizuje. A pak se náhle musí s touto nemocí smířit, protože najednou má tuto nálepku on sám. Najednou se pro společnost stal tím cizím, neznámým s potenciálem nebezpečí.

Z výše uvedených charakteristik schizofrenie vyplývá, že pro nemocného je velmi těžké vyrovnat se s touto nemocí. Z člověka, který pracoval, studoval, měl rodinu, vydělával peníze, měl přátele, sny a cíle v životě, se stane člověk nemocný, ve společnosti stigmatizovaný a to všechno se pro něj stává velkým břemenem. Tento přechod, z jedné fáze lidského života do jiné, člověku může změnit celý další život. Mění se vnímání sebe sama, sociální status, ekonomické zajištění, sociální život, rodinné zázemí, možnosti, vzniká nutnost brát ohledy na svůj zdravotní stav.

2 Přechodový rituál

Pokud mluvíme o fázích života jedince a jeho přechodu z jedné fáze do druhé, mluvíme o přechodovém rituálu. Jemu bude věnována tato kapitola. V úvodu však nejdříve vysvětlím, co je vůbec rituál a jakou roli má v lidském životě a ve společnosti. Potom se budu věnovat přechodovému rituálu, který má svá specifika.

Rituál je pojem, který byl a často je diskutovaný v antropologii, sociologii nebo religionistice. Má mnoho definic a žádná není absolutní a všezahrnující. Mému chápání pojmu rituál je nejbližší definice Alexandera, která zní: *„Rituál definovaný těmi nejjobecnějšími a nejzákladnějšími pojmy je představení či předvedení, naplánované nebo improvizované, kterým se realizuje přechod od každodenního života k alternativnímu kontextu, v jehož rámci je proměněn všední den.“*⁵⁵ Při snaze chápat, co je rituál, si musíme uvědomit, že je naše vnímání ovlivněno kulturou. To znamená, že rituál má v každé kultuře jiný význam a jako rituál je označováno něco jiného. Jak uvádí Alexander, rituál je zakotven v každodenním lidském světě. Asad *„rituál pokládá za jakési rutinní jednání, jež něco symbolizuje či vyjadřuje, a jako takové má odlišný vztah k individuálnímu vědomí a sociální organizaci.“*⁵⁶ Asad se dostává k rozdělení vnímání rituálu jedincem, který jím prochází, a společností, která vnímá rituál jakoby zvenku. Jedinec procházející rituálem může vnitřně souhlasit nebo nesouhlasit s procesem rituálu. To samé platí i o společnosti přihlížející rituálu. Rituály mají mnoho podob, mnoho pravidel a mnoho možností interpretací. Přesto existují pokusy o kategorizování rituálů. Catherine Bellová vytvořila kategorie rituálu,⁵⁷ které mají tuto podobu:

1. Přechodové rituály při obřadech spjatých s „klíčovým okamžikem života“.
2. Kalendářní a vzpomínkové.
3. Obřady výměny a společenství.
4. Obřady působení trýzně.
5. Postní obřady, půst a slavnosti.
6. Politické rituály.

⁵⁵ Bowie, 2008, 149 s.

⁵⁶ Bowie, 2008, 151 s.

⁵⁷ Bowie, 2008, 152 s.

Toto rozdělení není absolutní. Rituály se můžou různě překrývat. Pro tuto práci je stěžejní kategorie Přejchodový rituál při obřadech spjatých s „klíčovým okamžikem života“. Tento rituální proces má účel „*společenské přeměny, katarze, ztělesnění symbolických hodnot, vymezení povahy toho, co je skutečné, nebo boje za ovládnutí znaku.*“⁵⁸ Rituály se liší v účelu, funkci, mechanismu a účinnosti jeho procesu.

Přejchodový rituál označuje přechod z jedné fáze života jedince, období či události do fáze jiné. Rituálu přechodu se zúčastní každý a každá společnost má jejich chápání a vymezování. „*Rituály související s narozením, iniciací, manželstvím a smrtí jsou typické příklady těchto rituálů v rozhodujících okamžicích života.*“⁵⁹ Během přechodu se mění stav jednotlivce nebo celých skupin.

Arnold van Gennep popisuje všechny rituály jako přechodové rituály s třífázovým procesem. V tomto rituálním procesu jedinec opouští jednu sociální skupinu a ztrácí svou identitu a prochází fází, ve které je bez identity. Po této fázi přechází do jiné sociální skupiny a tam nabývá nové identity. Fází, kdy jedinec nemá identitu, popisuje jako fázi, která není spojena s žádnou formální fází života. Přejchodové rituály vytváří symbolické etapy a fáze, které obnovují společnost a osobní identitu jedince.⁶⁰

Přejchodové rituály bývají často spojené s utrpením. Toto utrpení je zkouška odolnosti jedince a také je to důkaz, že si novou identitu zaslouží. Setkáváme se s přechodovými rituály, jako je obřizka genitálií nebo tetování.⁶¹ Je to viditelný znak, který ukazuje jak přestup do dospělosti (změna statusu), tak projití si daným rituálem. Projití si (náročným nebo bolestivým) rituálem mění jedincovo vnímání světa a jeho samotného.⁶² S novou identitou nebo statutem se v mnoha kulturách mění také jméno jedince.⁶³ V české kultuře bychom tuto změnu mohli vnímat v oslovení chlapec-muž-pán. Když chlapec projde změnou, je označován za muže a oslovován jako pán. Nemění se mu jméno, ale oslovením se mění váženost jedince a toto nové oslovení s sebou nese určité vlastnosti a předpoklady.

⁵⁸ Bowie, 2008, 152 s.

⁵⁹ Bowie, 2008, 156 s.

⁶⁰ Bell, 1997, 94 s.

⁶¹ Eriksen, 2008, 85-86 s.

⁶² Murphy, 189 s.

⁶³ Soukup, 130 s.

Jedinec procházející rituálem bývá sociálně izolován. Prochází odloučením od společnosti. Toto odloučení je vyvolané obavami z přechodu, který by mohl narušit řád společnosti a ohrozit její členy. Odloučenému se i tímto „sociálním zavržením“, které probíhá jen po dobu rituálu, mění pohled na vlastní sociální skupinu a na sebe sama.⁶⁴

Přechodový rituál má tři fáze, které na sebe navazují. Tyto fáze jsou preliminární, liminální⁶⁵ a postliminální. Jinými slovy předprahová, prahová a poprahová. Na fáze rituálu se můžeme dívat také z pohledu toho, co se s jedincem děje: zde hovoříme o fázi oddělení, fázi přeměny a fázi začlenění.

Van Gennep každou fázi spojuje s rituálem, a hovoří o rituálu odloučení, rituálu pomezí a rituálu přijetí.⁶⁶ Během rituálu odloučení je jedinec oddělen od symbolů a zvyků, které se pojí s jeho předešlým statutem. Rituály spojené s touto fází naznačují oddělení nebo odchod jedince ze společnosti. Může jít o tělesnou změnu, jako je ostříhání vlasů nebo může jít o fyzický odchod do ústraní.⁶⁷

Rituál pomezí je spojen s liminální fází, ve které jedinec nemá minulý, ale ani budoucí sociální status. „*Jedinec není ani to, ani ono, nýbrž „něco mezi“*“.⁶⁸ Rituály charakterizují fázi přechodu a s ní spojené pocity jedince. V této fázi jedinec prožívá zmatek, nerovnováhu, nebezpečí a nejistotu. Rituál zvýrazňuje odlišnost jedince od zbytku společnosti. Podle Turnera, který se zabýval hlavně liminální fází rituálu, je liminalita.⁶⁹ „*často přirovnávána ke smrti, k pobytu v lůně, k neviditelnosti, temnotě, bisexualitě, k divočině nebo k zatmění Slunce či Měsíce.*“⁷⁰ Tato fáze je nezbytná pro smazání dřívějšího statusu a nabytí nového statusu. Nese v sobě riziko nezařazení jedince do společnosti. Buď se sám jedinec nechce znovu zařadit do společnosti z důvodu nepřijetí hodnot společnosti, nebo nebude přijat společností a nebude mít možnost se zařadit.⁷¹ I toto riziko má své místo v této fázi rituálu. Jedinec si musí zasloužit nový status a nové postavení ve společnosti.

⁶⁴ Eriksen, 2008, 85-86 s.

⁶⁵ Liminální je z latinského limen a znamená to práh.

⁶⁶ Gennep, 1997, 70-71 s.

⁶⁷ Bowie, 2008, 158 s.

⁶⁸ Bowie, 2008, 158 s.

⁶⁹ V literatuře je různě psáno, někdy jako liminalita, někdy jako liminarita. Ve svém textu jsem zvolila liminalitu, ale pokud autor píše jinak, zanechávám jeho tvar slova.

⁷⁰ Turner, 2004, 96 s.

⁷¹ Eriksen, 2008, 172 s.

A třetí fáze rituálu je charakteristická znovu zařazením do společnosti s již novým statutem. Ten v sobě nese přijetí jedince společností. Jedinec má nová práva, ale také povinnosti.⁷² Práva a povinnosti utužují nově nabytý status. Proces přechodového rituálu připravuje jak jedince, tak společnost na změnu ve statusu jedince. Svou náročností vlastně prověřuje jedince, ale i společnost, jestli jsou na takovou změnu připraveni a jestli je tato změna vhodná. Přechodový rituál tedy také selektuje členy společnosti.

Přechodový rituál je dynamický proces, ke kterému se pojí i materiální nebo územní přechod. Podle Van Gennepa má přechodový rituál i materiální zobrazení, kdy „překročit práh“ tedy znamená připojit se k novému světu.⁷³ Tento práh zdůrazňuje pomezí mezi dvěma světy nebo například dvěma sociálními statusy. Jako příklady udává přenesení nevěsty přes práh, zutí obuvi před vstupem do mešity apod.⁷⁴ Přechodový rituál není tedy jen něco pomyslného, ale má to i své fyzické znázornění.

⁷² Bowie, 2008, 158 s.

⁷³ Gennep, 1997, 19 s.

⁷⁴ Gennep, 1997, 27 s.

Praktická část

Po teoretickém ukotvení pojmů „schizofrenie“, „přechodový rituál“, „kulturní kontext“ a „stigma“ se přesouváme k praktické části práce. V praktické části se budu nejprve věnovat metodologii výzkumu. Zastavím se i u místa, kde jsem získávala respondenty, u prvotního mapování tématu a stanovování cílů výzkumu. Potom se samozřejmě zaměřím na interpretaci dat získaných výzkumem.

3 Výzkum

Poprvé mě napadlo zpracovat téma přechodového rituálu u lidí se schizofrenií přibližně v září roku 2014. V té době jsem začala pracovat jako pracovní asistent v kavárně Café Na půl cesty, kde jsem se poprvé dozvídala životní příběhy lidí s duševním onemocněním.

Café Na půl cesty je kavárna, kterou provozuje nestátní nezisková organizace Green Doors. Green Doors podporuje lidi s duševním onemocněním v oblasti práce, zařazení do společnosti a do běžného života. Pod Green Doors spadá více míst se sociální a pracovní rehabilitací, a to Klub V. Kolona v areálu psychiatrické nemocnice Bohnice, Tréninková restaurace Mlsná Kavka, Začleňování na trh práce a Sociální poradna. Sociální a pracovní rehabilitace v tréninkových kavárnách je vhodným místem pro zlepšení sociálních a pracovních dovedností, ujasnění si pracovních cílů a v neposlední řadě podpora při návratu na otevřený trh práce.

Green Doors také pořádá kulturní a osvětové akce. Snaží se svými aktivitami zvýšit povědomí lidí ve společnosti o duševních nemocech, zvýšit míru integrace lidí s duševním onemocněním do společnosti a podpořit pozitivní vnímání duševního onemocnění.

Práce s lidmi s duševním onemocněním mě vedla k mnoha otázkám týkající se jejich nemoci. A několika z nich jsem se rozhodla více věnovat a zkoumat. Tím začal můj výzkum.

3.1 Prvotní mapování

Prvotní mapování začalo v říjnu 2014. V té době jsem pracovala měsíc v kavárně Café Na Půl cesty. V té době jsem vedla časté rozhovory s uživateli služby. Někdy to byly rozhovory týkající se jejich práce vykonávané v pracovní rehabilitaci. Jindy to byly rozhovory o rodině, přátelích anebo nemoci.

Obvykle je téma nemoci intimní a velmi choulostivé. O to více, když jde o duševní nemoc, speciálně o schizofrenii. Tato nemoc je stigmatizující a lidé se schizofrenií si toto stigma uvědomují. Stigma není jediným důvodem, proč je o „vlastní“ schizofrenii těžké mluvit. Člověk v rozhovorech o průběhu nemoci odhaluje sebe sama. Mluví o chvílích, které jsou těžké a na které není třeba hrdý.

Zde shledávám jako velkou výhodou, že jsem opravdu opatrně a pozvolna zjišťovala informace o nemoci přímo od lidí, kteří s ní žijí a prožívají ji. Informace z odborné literatury jsou velmi dobrým základem, ale až když jsem poslouchala, jak nemoc ovlivnila jejich životy a jak tuto nemoc prožívají, tak až pak jsem si uvědomila, jak je tato nemoc vážná a jak moc zasahuje do života člověka.

Těchto rozhovorů mohlo proběhnout kolem dvaceti. Uvědomovala jsem si, že se často opakuje téma změny života po příchodu nemoci. Před nemocí byl život nějaký a po nemoci je jiný. Někdo byl s touto změnou smířený, jiný se s tím ještě nesmířil a možná nikdy nesmíří. Někdo se snaží najít způsob, jak se naučit s nemocí žít a jiný s ní bojuje. Přístupy k nemoci jsou různé. Přesto jsem nabývala pocitu, že lze nalézt body, situace, fáze nemoci, které by mohly být pro většinu shodné nebo podobné.

Postupem času mě stále více zajímala změna, kterou člověk prochází, když onemocní schizofrenií. Z rozhovorů jsem věděla, jak se narátoři cítili před propuknutím nemoci a jak se cítí nyní. Mluvili o tom, jak se změnil jejich život, jak se změnilo jejich okolí, jak se nyní cítí ve společnosti a jak si myslí, že se na ně společnost dívá, jak se změnily finanční podmínky, pracovní podmínky atd. Stále více jsem nabývala dojmu, že člověk s propuknutím nemoci prochází přechodovým rituálem, který má svůj specifický průběh a své specifické fáze.

Fáze před propuknutím nemoci a po propuknutí nemoci byly pro narátory celkem snadno uchopitelné. Samotná fáze „zlomu“ byla však poměrně nejasná a bylo pro ně těžší o ní mluvit. Já sama jsem vlastně nevěděla, zda lze najít a zmapovat fázi „zlomu“. Téma mě ale stále více zajímalo a z prvotního mapování vzešly cíle, které bych chtěla vyzkoumat. Cílům se budu věnovat v následující kapitole.

Prvotní mapování mi také ukázalo, že toto téma je aktuální a řeší ho skoro každý, kdo žije se schizofrenií. Je to intimní téma, takže jsem nevěděla, zda budou lidi se schizofrenií ochotni o něm více mluvit. Zda to není tabu. Během této fáze výzkumu jsem zjistila, že to sice je těžké téma, ale přesto jsou nemocní velmi ochotni se o něm bavit. Nevím, zda to je i jako proces vyrovnání se s nemocí či celkového urovnání si, co se vlastně stalo. To záleží na každém jednotlivci. Každopádně jsem se ujistila, že narátoři budou ochotni téma nemoci otevřít a bavit se o něm se mnou.

3.2 Cíle výzkumu a otázky výzkumu

Cíle výzkumu jsem si vytyčila během prvotního mapování. Ty se během mapování měnily, protože jsem zjišťovala své možnosti i možnosti narátorů. Nakonec jsem si ujasnila, co je možné a co chci zkoumat.

Schizofrenie je léčitelná nemoc, ale mnohdy ne vyléčitelná. I odborníci se v názoru na možnost léčby a vyléčení schizofrenie liší. První atakou, která má schizofrenní charakter, se lidem změní život. Tato změna ukazuje na posun člověka z jedné životní fáze do druhé. Hlavním cílem výzkumu je zjistit, zda lidé s diagnózou schizofrenie prochází přechodovým rituálem, popsat jeho průběh a fáze, s ohledem na specifika života člověka s diagnózou schizofrenie.

S hlavním cílem se pojí vedlejší cíle výzkumu. Těmi jsou popis, jak probíhá přechodový rituál u lidí s diagnózou schizofrenie, dále popis jednotlivých fází přechodového rituálu a zjištění, zda mají společné charakteristiky u více narátorů.

Hlavní výzkumná otázka:

Prochází lidé s diagnózou schizofrenie přechodovým rituálem?

Vedlejší výzkumné otázky:

Jak probíhají jednotlivé fáze přechodového rituálu u lidí s diagnózou schizofrenie?

Lze najít společnou charakteristiku přechodového rituálu u lidí s diagnózou schizofrenie?

Jak prožívají přechodový rituál?

3.3 Výběr zkoumaného vzorku

Abych mohla začít realizovat výzkum, musela jsem si nejdřív určit kritéria zkoumaného vzorku. Samotné téma určuje hlavní kritérium a tím je diagnóza. Hlavním kritériem se tedy stala diagnóza paranoidní schizofrenie. Pracovala jsem s tím, co je v našem zdravotnictví standardní. Tedy diagnóza. V praxi to vypadalo tak, že jsem pracovala s informacemi, které mi řekli narátoři a dále jsem si je se souhlasem narátorů ověřila ve zprávě od psychiatra.

Aby byly výsledky co nejvíce pravdivé, vybrala jsem si jen jednu formu schizofrenie, a to paranoidní. Jak je již výše uvedeno v kapitole o formách schizofrenie, každá forma schizofrenie má charakteristické příznaky. Příznaky považuji za důležité, protože ovlivňují prožívání nemocného, a jejich prostřednictvím získává vůbec první zkušenost s nemocí. A první zkušenost se pojí s přechodovým rituálem. Proto jsem vybrala jen jednu formu, a to tu nejčastěji se vyskytující, tedy paranoidní schizofrenii. Paranoidní schizofrenii jsem zvolila právě proto, že ji má diagnostikovanou nejvíce lidí. To pro mě znamenalo větší pravděpodobnost, že získám více narátorů a tím pádem bude výzkumný vzorek početnější.

Jak jsem už psala, jako místo pro kontaktování narátorů jsem zvolila mé pracoviště, tedy kavárnu Café Na půl cesty. Zvolila jsem ji proto, že jsem zde díky práci v rehabilitaci získala inspiraci na téma práce. Měla jsem v té době už navázané vztahy s některými z narátorů a viděla jsem potenciál pro spolupráci na výzkumu. Pracovala jsem s tím, že by rozhovor mohl být otevřenější díky navázanému vztahu. Téma otevřenost vyžaduje.

Výběr vzorku probíhal v místě služby, která pracuje s cílovou skupinou splňující kritéria zkoumaného vzorku. Podle Miovského⁷⁵ probíhal můj výběr záměrně (účelově) přes instituci. To znamená, že „*využíváme určitého typu služeb nebo činnosti nějaké instituce, určené pro cílovou skupinu, která nás výzkumně zajímá.*“⁷⁶ Samotné využití služby už charakterizuje výzkumný vzorek. Narátoři jsou lidé v pracovní a sociální rehabilitaci, kteří se chtějí zaktivizovat, resocializovat a chtějí zlepšovat pracovní dovednosti, které by jim pomohly na otevřený trh práce. Jsou to lidé, kteří mají cíl, vidí v sobě potenciál

⁷⁵ Miovský, 2006, 138 s.

⁷⁶ Miovský, 2006, 138 s.

a mají chuť na sobě pracovat. I když chce každý dosáhnout něčeho jiného, pojí je snaha se svou situací něco dělat.

Tento postoj se pojí i s náhledem na nemoc. Lidé, kteří jsou schopni a ochotni se zapojit do rehabilitace, si většinou uvědomují svou nemoc a dokážou o ní mluvit. Je to samozřejmě individuální. Nemálo lidí mou žádost odmítlo. Nejčastějším důvod byl strach ze samotného rozhovoru. Odmítli účast se slovy, že se bojí a nevědí, jestli by jim to bylo příjemné. Jiní odmítli z důvodu, že se o nemoci nebaví, a to třeba s nikým. Samozřejmě jsem jejich rozhodnutí respektovala.

Znalost důvodů, proč se někteří nechtěli výzkumu účastnit, mě vedla k zamyšlení, co to vypovídá o lidech, kteří se do výzkumu zapojili. Důvodem pro zapojení bylo například, že je zajímalo téma a přišlo jim zajímavé se toho účastnit. Jiní se zapojili proto, že očekávali, že zkušenost s výzkumem dá něco i jim samotným. A další důvod byl, že shledávali jako důležité mluvit o tématu nemoci a toto důležité téma dostat do společnosti.

Při plánování výzkumu a během prvotního mapování jsem řešila, zda je důležité, jak dlouho má narátor diagnostikovanou nemoc. Vyhodnotila jsem, že toto hledisko není důležité, protože vnímání nemoci je velice individuální a nelze určit dobu, kdy by se nemocnému o nemoci mluvilo nejlépe.

Z prvotního mapování vyšlo, že je důležité, aby narátoři měli svoji nemoc již alespoň částečně vnitřně zpracovanou. Jelikož má přechodový rituál 3 fáze a cílem práce je popsat všechny tři fáze rituálu, přičemž ve třetí fázi člověk přechází do jiné sociální skupiny a tam nabývá nové identity, bylo třeba, aby se narátoři nacházeli již ve třetí fázi. Popravdě bylo těžké toto vyhodnocovat před samotnými rozhovory, ale vycházela jsem z předešlých neformálních rozhovorů a také z toho, že tito lidé jsou v rehabilitaci, kam přichází jedinec s identitou člověka se schizofrenií.

Pak zde také hraje roli kognitivní deficit a poškození paměti. Kdyby měl narátor velké problémy s pamětí v důsledku nemoci, byla by velká pravděpodobnost, že bych nezískala dostatek informací. Proto jsem oslovovala lidi, se kterými jsem měla zkušenost z předešlých rozhovorů, které se netýkaly výzkumu.

Během plánování výzkumu jsem si určila počet narátorů 5-10. Toto rozmezí počtu narátorů by mělo být dostačující vzhledem ke zvolenému typu

výzkumu. Ten bude zpracován jako případová studie. Rozmezí jsem zvolila i proto, abych měla možnost flexibilně reagovat na sesbíraná data během probíhajícího výzkumu a v případě potřeby měnit počet narátorů.

Na rozhovorech jsem se domluvila se 7 narátory. Bohužel si dva narátoři rozmysleli svou účast na realizaci výzkumu, třetí narátor před realizováním rozhovoru onemocněl na dlouhou dobu. Zohlednila jsem získaná data a uznala jsem, že výzkum bude plnohodnotný, když budou realizovány rozhovory se čtyřmi narátory. Zvolená metoda kvalitativního výzkumu tento počet narátorů umožňuje.

Výběr vzorku probíhal účelově přes tréninkovou kavárnu, která pracuje s cílovou skupinou lidí se schizofrenií. Výběr jsem zúžila na lidi s diagnózou paranoidní schizofrenie, kterou určil ošetřující psychiatr. Kritériem bylo, že jedinec není v akutní fázi nemoci a ani krátce po ní. Důležitým kritériem byla ochota podílet se na výzkumu.

3.4 Typ výzkumu a metoda získávání dat

Když jsem si promýšlela, jak téma zpracuji, nabízelo se mi několik možností. Nejprve se mi jevilo jako nejlepší zvolit přístup zakotvené teorie,⁷⁷ která popisuje skutečnost a jejím smyslem je vytvořit teorii, založenou na sesbíraných datech získaných terénním výzkumem. Zakotvená teorie se volí v případě, že zkoumáme interakci nebo jednání zkoumaných. Výstupem zakotvené teorie je teorie vytvořená na základě sesbíraných dat a jejich zpracování. Tato teorie by měla být dále obecněji aplikovatelná.

Čili původně jsem měla představu, že by bylo možné vytvořit teorii o přechodovém rituálu u lidí se schizofrenií. Jak probíhá, co mu předchází, jak se mění sociální stav nemocného, jak probíhá prahová fáze rituálu a co po ní přichází. Už během teoretického zpracování jsem přicházela na to, že projevy nemoci jsou natolik individuální a prožívání nemocných schizofrenií taktéž, že bude lepší zvolit jiný přístup.

Během teoretického zpracování a prvotního mapování jsem tedy dospěla k tomu, že bude vhodnější zvolit případovou studii, která je založená na detailním porozumění danému případu nebo více případům.⁷⁸ Jen samotné téma nemoci je velmi intimní a pro mnohé není lehké o ní mluvit. Natož se vracet k jedné z nejtěžších událostí v životě nemocného. Také jsem cítila potřebu mít čas se věnovat jednotlivým případům detailně. To mě vedlo k tomu, hledat přístup, který pracuje s menším počtem narátorů.

Mé původní ambice, vytvořit teorii, se případovou teorií do jisté míry splní. Protože se předpokládá, „že důkladným prozkoumáním jednoho případu lépe porozumíme jiným podobným případům. Na konci studie se případ vřazuje do širších souvislostí.“⁷⁹ Nejde tedy o teorii, ale získané výsledky jsou aplikovatelné na více případů.

Případová studie se rozděluje podle zkoumaného objektu do několika typů.⁸⁰ Vzhledem k tomu, že práce se věnuje přechodovému rituálu, který je spojený s životní událostí, zvolila jsem typ případové studie, která zkoumá události v životě člověka.

⁷⁷ Topinka, 2013, 80 s.

⁷⁸ Topinka, 2013, 80 s.

⁷⁹ Hendl, 2005, 104 s.

⁸⁰ Typy případové studie podle Hendla (2005, 105 s.): Osobní případová studie; Studie komunity; Studium sociálních skupin; Studium organizací a institucí a Zkoumání událostí, rolí a vztahů.

Jako metodu výzkumu jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor. Ten jsem zvolila proto, že dává výzkumníkovi prostor pro kladení doplňujících otázek.⁸¹ Měla jsem okruh základních otázek, jejichž formulaci jsem přizpůsobovala danému okamžiku. Podle informací, které mi v odpovědi narátor poskytl, jsem se dále doptávala.

⁸¹ Topinka, 2013, 89 s.

3.5 Proces sběru dat a analýza dat

Samotné realizace rozhovorů trvaly od října do listopadu 2015. Na první rozhovor jsem měla připravené okruhy, kterým se chci věnovat. Ke každému okruhu jsem měla připraveno 3-5 základních otázek. Zbytek jsem přizpůsobovala probíhajícímu rozhovoru. Rozhovor dále vypadal tak, že jsem s ním podrobně rozebírala informace, které mi narátor říkal. Prvním rozhovorem jsem si tento styl práce vyzkoušela a osvědčil se.

Když jsem přemýšlela nad místem, kde by měly rozhovory probíhat, věděla jsem, že by mělo být klidné, příjemné a mělo by tam být soukromí. Nakonec jsem se domluvila s mou nadřízenou a rozhovory jsem mohla uskutečnit v konzultační místnosti Green Doors. Konzultační místnost splňovala všechny mé požadavky a narátoři ji znali, takže to pro ně byl známý prostor. Navíc tam byla možnost si uvařit čaj nebo kávu. To všechno přispělo k úspěšnému průběhu rozhovorů.

Už při prvním oslovení potenciálních narátorů jsem je podrobněji seznamovala s tématem mé práce. Chtěla jsem tím zabránit možným nepříjemným situacím během rozhovorů, které by mohly nastat z důvodu intimity a náročnosti tématu. Když jsme se sešli kvůli rozhovoru, měli tedy narátoři představu o tom, jakým směrem se rozhovor bude ubírat.

Před samotným rozhovorem jsem jim ještě jednou představila téma výzkumu a jeho účel a to, že je anonymní. Ptala jsem se, zda můžu použít informaci, že využívají služeb rehabilitace. Pokud souhlasili, nechala jsem je vyplnit „Souhlas se zpracováním informací získaných výzkumem“. Vzhledem k anonymitě výzkumu jsem ve formuláři totiž zvolila variantu, že místo podpisu byl souhlas vyjádřený slovem ANO. Všichni narátoři souhlasili. Poté jsem se zeptala, jestli můžu rozhovor nahrávat. Všichni narátoři souhlasili.

Po informativním začátku jsme mohli začít s rozhovorem. Jak jsem už psala, během rozhovoru jsem pracovala s tematickými okruhy. Okruhy, kterým jsem se věnovala:

1. průběh nemoci;
2. období před propuknutím nemoci;
3. období prodromálních příznaků;
4. období propuknutí nemoci a s ním spojená ataka;

5. období po atace;
6. vnímání schizofrenie narátorem dnes

Těchto okruhů jsem se držela a otázky jsem dále volila podle odpovědí během rozhovoru. Rozhovory trvaly různě dlouhou dobu, od 30 minut po 70 minut. Řídila jsem se rozpoložením a únavou klienta během rozhovoru a také sesbíranými informacemi.

Po rozhovoru jsem se s narátory domluvila na tom, že kdybych se potřebovala ještě na něco doptat, tak bychom se ještě sešli. Toto nakonec nebylo potřeba.

Po sesbírání dat jsem se rozhodovala, jak je zpracuji. Případová studie nemá vyvinuty čistě specifické analytické procedury,⁸² zvolila jsem metodu zpracování kvalitativních dat, která mi přišla nejvhodnější pro dané téma. Rozhodla jsem se pro zpracování informací do systému kategorií. K empirickým datům jsem přistupovala tak, že jsem měla předem definovaná kritéria či proměnné.⁸³ Těmi jsou okruhy témat (zmíněné výše), které jsem zpracovávala na základě teorie přechodového rituálu. Tato témata jsem dále důkladně popsala.

V práci se zabývám více případy. Jedná se tedy o tzv. mnohonásobnou případovou studii,⁸⁴ kdy jsem získané výsledky porovnávala u jednotlivých případových studií a nakonec jsem se zpracovala závěrečnou zprávou shrnující závěry ze všech zkoumaných případů. Toto zpracování tématu je považováno za více průkazné, protože jsou zde zpracovány a zahrnuty informace od více narátorů.

⁸² Švaříček, Šedová, 2010, 108 s.

⁸³ Švaříček, Šedová, 2010, 108-111 s.

⁸⁴ Švaříček, Šedová, 2010, 106 s.

3.6 Omezení studie

Studie má i svá omezení. Zpracování tématu metodou případové studie je těžko zobecnitelné na širší vzorky. Jde tedy o charakteristiku těch vybraných vzorků. Zpracováním tématu mnohonásobnou případovou studií se tento nedostatek snažím kompenzovat.

S předešlým omezením se pojí i těžko prováděné ověřování výsledků studie, protože studie jsou často založeny na subjektivních interpretacích.⁸⁵ V práci jsem téma pojala z pohledu narátora. Tedy studuji přechodový rituál skrze zážitky narátora.

Jak jsem již uvedla v kapitole o výběru výzkumného vzorku, narátory jsem kontaktovala v místě mého zaměstnání. To má své výhody i nevýhody. Výhody jsem přiblížila výše. Nevýhodou může být má zaujatost a emocionalita spojená s narátory, které znám ze zaměstnání.

Kritériem pro výběr vzorku byla diagnóza paranoidní schizofrenie. Tu jsem zjišťovala od narátorů a ze zpráv od psychiatra. V případě určení diagnózy existuje riziko, že je diagnóza určená nesprávně. To potom může zkreslovat výsledky výzkumu.

⁸⁵ Švaříček, šedřová, 2010, 108-111 s.

4 Případové studie

Případové studie jsou zpracovány podle okruhů, které jsem si vytyčila před samotnými rozhovory. Nejdříve je seznámení s narátorem, kam jsem připojila i vývoj jeho onemocnění. Dále se věnuji období před propuknutím nemoci. Poté se věnuji období ataky a poté období po atace. Jako poslední jsem dala vnímání nemoci a dnešní pohled na nemoc.

4.1 Případová studie 1

Narátor je ve věku 26 let. Žije s rodiči a bratrem v Praze. Od 15 let pociťoval úzkosti a deprese. Postupem času se projevy zhoršovaly. Ve 20 letech se rozhodl tento stav řešit. Na doporučení obvodní lékařky si našel psychiatricku, ke které dochází dodnes. Ta mu nastavila léčbu, při které užíval antidepresiva.

Po základní škole studoval několik středních škol s tím, že délka studia byla většinou 1 rok a pak následoval přestup na jinou. Měl přátele, ale nebyl moc spokojený. Nebyl spokojený s tím, že ve 22 letech studuje střední školu, nemá přítelkyni a bydlí u rodičů. Chodil na skupinovou terapii pro lidi s depresivní poruchou. Tam si našel přátele, ale s těmi se dnes nestýká.

Když mu bylo 23 let, byl poprvé hospitalizován na 2 měsíce v PNB⁸⁶ s depresemi. Po roce byl hospitalizován podruhé, také v PNB. Před druhou hospitalizací a během ní zaznamenával, že je něco jinak než dříve. *„Ale tam už, tam už jsem začal vnímat takový nějaký zvláštní věci... takový nějaký podivný, který mi už byly podezřelý a začal jsem se cejtit takovej, takovej nesvůj a myslel jsem si, že je se mnou něco v nepořádku.“* Měl návaly paniky, silné bušení srdce a měl pocity, jako by byl zfetovaný. *„Ale žádný hlasy nebo věci, co neexistují, sem nikdy neslyšel... ani jsem nevěděl, co si pod tím mám... pojmenovat, co to je a ani jsem to nějak nedokázal vysvětlit, co to je, abych to řekl svý doktorce.“* Tyto stavy si vysvětloval jako vedlejší účinky antidepresiv, které v té době bral. Tyto stavy trvaly 3 měsíce. Přistupoval k tomu tak, že to odezní a tyto stavy skončí. Stavy se nezlepšovaly, takže byl potřetí hospitalizován v PNB. *„Během těch tří měsíců se to rozvinulo, ta nemoc.“* Tam

⁸⁶ Psychiatrická nemocnice Bohnice.

mu diagnostikovali polymorfní poruchu osobnosti.⁸⁷ Po 3 dnech byl propuštěn. „*Ale stále jsem se cítil tak nějak zvláštně...*“ Od doby, kdy se začal cítit jinak, se snažil zjistit, o co by se mohlo jednat. Hledal informace na internet a díky nim nabýval dojmu, že by to mohly být příznaky schizofrenie. Jeho okolí i psychiatricka mu to však vyvraceli. „... *takže jsem furt tak nějak pátral a asi po dalším měsíci mě zase hospitalizovali... a potom, co mě propustili, tak mi dali tu schizofrenii, paranoidní schizofrenii.*“

Od propuštění z PNB byl po měsíci hospitalizovaný na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN. Tato hospitalizace byla nedobrovolná. Proběhla tak, že matka narátora zavolala sanitku a ta ho odvezla na kliniku. Jeho stav se v té době zhoršil. Během hospitalizace měl bludy. „*Měl jsem pocity, že mě někdo sleduje a to bylo taky hodně nepříjemný nebo že mi vostatní lidi čtou myšlenky... a to bylo taky hodně nepříjemný.*“ Tam byl hospitalizovaný 2 měsíce. První měsíc prospal, chtěl zaspát to, že má schizofrenii. Pak si postupně začal zvykat na vědomí, že ji opravdu má. Bludy byly v té době stále přítomny. Po hospitalizaci začal navštěvovat stacionář Karlov.⁸⁸

Diagnózu paranoidní schizofrenie se dozvěděl ze závěrečné zprávy, kterou poslali jeho ambulanti psychiatrické. Tuto zprávu nesl těžce. „*No, byl sem z toho dost nešťasnej, no... nemohl jsem tomu... dlouhou dobu jsem tomu nemohl uvěřit. Sem si myslel, že to je jenom sen, ze kterého se probudím... a pak jsem si na to nějak časem... zvykal, no...(.)... No, prostě nějak samo to přišlo... nevím jak, asi samo to přišlo...(.)... Prostě... na to si člověk zvykne, si myslím...(.)... Je to těžký samozřejmě... s tím žít, ale dá si na to zvyknout no.*“

Stále docházel do stacionáře, kam chodil i během hospitalizace. Ve stacionáři si zvykal na to, že má schizofrenii. „*Já jsem, já jsem ještě předtím chodil na stacionář a tam byli schizofrenici... takže... takže... uff... tak mě taky označovali za člověka, co má psychózu a psychóza je vlastně... schizofrenie,*

⁸⁷ Polymorfní porucha osobnosti (buď se symptomy schizofrenie, nebo bez symptomů) patří mezi akutní a přechodné psychotické poruchy. Je to akutní psychotický stav, který trvá nejdéle 2 týdny a je charakterizován náhlým výskytem psychotických symptomů. Poté symptomy ustupují a kompletní uzdravení přichází nejdéle během několika měsíců.

⁸⁸ Stacionář Karlov je denní stacionář, vedený komunitní formou s psychotherapeutickou péčí a terapeutickými aktivitami. Cílem je podpora pacienta v rozvíjení jeho schopností, dovedností, vědomostí a sociálních kontaktů tak, aby byl schopen lépe se začlenit do běžného života, získání informací o onemocnění a zdravém životním stylu, rozpoznání varovných příznaků relapsu, lze využít k doléčení, lepší stabilizaci pacienta a ke zvládnutí přechodu z hospitalizace do běžné denní zátěže.

takže jsem si určitě myslel, že mám taky tu schizofrenii. A cejtíl sem ten rozdíl předtím, když jsem měl jenom ty deprese a teďka když, když mám tu schizofrenii, tak sem cejtíl ten rozdíl.“ Zároveň pro něj bylo těžké se s lidmi ze stacionáře smířit. „... eště vidět ty lidi na tý skupině a vlastně si uvědomovat, že já sem stejnou jako voni... tak... tak to bylo docela těžký, no... Když jste, když jste zdravěj a pak prostě vidíte ty trosky, právě který sou v tý nemocnici a sou tam nadopovaný těma práškama... v uvozovkách trosky... tak je to takový nepříjemný no.“ Ale postupem času se jeho pocity ze stacionáře měnily a bylo mu tam lépe. Začal brát antipsychotika, ale nebylo mu to příjemné. Hlavním důvodem bylo, že nevěděl, co jsou příznaky nemoci a co jsou vedlejší účinky léků. Také si připadal jako „větší blázen“.

Jeho okolí, hlavně jádrová rodina, si myslí, že nemoc simuluje. Dnes už to moc neřeší. *“Protože ono je docela blbý někoho přesvědčovat o tom, že jste doopravdy jako blázen, když to takhle řeknu.“*

Po stacionáři začal chodit do kavárny Café Na půl cesty, kde je v kontaktu s lidmi s podobnou diagnózou. Cítí, že se mu zlepšují jak sociální, tak kognitivní a pracovní dovednosti. S nemocí je dnes smířený. Pomohli mu k tomu lidi se stejnou diagnózou. Uvědomuje si změnu, kterou mu nemoc přinesla, ale myslí si, že se dá dobře žít i s nemocí. V nemoci vidí i klady, a to ty, že někdy jsou na něj brány ohledy.

4.2 Případová studie 2

Narátorce je 32 let. Žije v domě se svou matkou, svou malou dcerkou a spolubydlící. Od 15 let užívala návykové látky. Když jí bylo 20 let, prožila toxickou psychózu, která byla vyvolaná extází. Ve 22 letech prožila akutní psychotickou ataku,⁸⁹ která byla vyvolaná stresem a špatným životním stylem. Během obou atak byla hospitalizovaná v PNB. Ve 26 letech prožila ataku se schizofrenními příznaky, jako jsou sluchové a vizuální halucinace a bludy. Hospitalizovaná byla v Ústřední vojenské nemocnici ve Střešovicích. Ta se dále rozvinula do paranoidní schizofrenie. Ve 29 letech prožila ataku vyvolanou porodem (stres a špatný spánek), kdy byla v Bohnicích. V 31 letech byla hospitalizovaná ve Střešovicích. Ataka byla vyvolaná absencí léků.

V době rozvíjející se ataky byla v Anglii, kam odjela za prací. Prodromální příznaky se projevovaly tak, že narátorka si nejdříve myslela, že je telepaticky propojená s člověkem, do kterého se tam zamilovala. Pak se postupně, v rozmezí týdnů, připojovaly hlasy a bludy. *„... jakože sem měla představu, jako že mě napadli poltrgajští... no, viděla i slyšela... ale to není, že bych je viděla vyloženě jako ducha, ale prostě... ehh... viděla sem je jako... takovým zvláštním způsobem. Já nevím, jako že je produkovala moje mysl, jakoby. Jako věděla sem, že to nikdo jinej nevidí prostě.“* V té době se také zajímala o buddhismus a meditace. Nenapadlo jí, že by mohlo jít o příznaky duševní nemoci. Prodromální příznaky si vysvětlovala jako prokletí nebo sílu magie, telepatii a mimosmyslové vnímání. Vždy to bylo spojené s lidmi z jejího okolí.

V Anglii bydlela v domě s více lidmi. Tam odsud jí vyhodili kvůli chování, které už v té době bylo pod vlivem bludů a halucinací. Tuto situaci vyřešila tím, že šla sama do léčebny. Tam ale nekomunikovala s personálem a nespolupracovala v léčbě. Její stav se stále horšil. *„Já sem nevěděla, ani co mi je. Voni mi to ani neřekli, ale furt se mnou chtěli nějak komunikovat... ale já sem s nima nekomunikovala... že sem to měla, že tam jenom přespávám a měla sem to úplně hrozně rozjetý.“* Rodina v ČR o ní tou dobou nic nevěděla.

S pomocí sestry z léčebny v Anglii se dostala do ČR. Tam byla ještě půl roku bez psychiatrické pomoci. *„... až potom, když už to bylo fakt nesnesitelný,*

⁸⁹ Akutní psychotická porucha trvá nejdéle 2 týdny a je charakterizována náhlým výskytem psychotických symptomů. Poté symptomy ustupují a kompletní uzdravení přichází nejdéle během několika měsíců.

tak sem řekla jo, že půjdu k té psychiatřičce.“ Měla hlasy, které jí nabádaly k sebevražednému chování, kritizovaly jí apod.

Začala chodit k psychiatřičce, kterou měla doporučenou od kamaráda. Od té poprvé slyšela, že onemocněla schizofrenií. *„No pro mě to bylo jako šokující, no... já sem neměla žádněj příjem no a máti mě dokopala k tomu, ať si řeknu vo invalidní důchod. No a já sem se hrozně za to styděla... nikomu sem to neřekla... jako kdyby byl člověk méněcenej, když bere invalidní důchod.*“ Psychiatřička jí okamžitě poslala do Střešovické nemocnice, kde byla hospitalizovaná 2 měsíce. Tam hodně spala. Byla tam spokojená jak s prostředím, tak i s chováním personálu. Nasadili jí medikaci. Hospitalizaci vnímala kladně, *„... mě tam dali do kopy právě z těch nejhorších... z toho mě vykopali vlastně z těch nejhorších příznaků a pak už sem to akorát doma doladřovala těma práškama, no.*“

Zkoušela pracovat na různých pozicích, ale zjišťovala, že je to pro ni náročnější. Jak po fyzické, tak po psychické stránce. Dnes ví, že častým spouštěčem ataky u ní je stres a nespavost. Bere léky a dává si pozor na svůj životní styl. *„Beru hrst prášků večer a hrst prášků ráno.*“ Má depresivní poruchu, která propukla po porodu. Je v rehabilitaci v Café Na půl cesty a později by chtěla na OTP.⁹⁰ Má malou dceru, o kterou se stará.

Schizofrenii vnímá jako *„duševní onemocnění... zkreslený představy, zkreslenej pohled na realitu, halucinace audiovizuální a sluchový... no a taky zkreslená jednání... no a utrpení. Toho se týkaj ty hlasy, když napadaj toho člověka, aby se zabil, aby skočil a furt dokola, furt dokola prostě... no a tomu musí ten člověk furt odolávat... no a bez medikace to je opravdu cesta do pekel.*“

Nemoc vnímá tak, že jí hodně změnila život a nemá tolik možností a schopností jako dřív. Chce co nejdříve začít pracovat na OTP, aby měla finance na uživení dcery.

⁹⁰ Otevřený trh práce.

4.3 Případová studie 3

Narátorovi je 36 let. Od 19 let trpí depresemi, které propukly po maturitě. Deprese nijak neléčil. Ve 23 letech měl první ataku se schizofrenními příznaky. Prodromální příznaky byly v podobě bludů. V té době byl na brigádě v moštárně a měl pocit, že ho pronásleduje jeden zaměstnanec moštárny. *„Voni se stupňovaly, voni se stupňovaly... prostě nejdřív po mně šli jenom agenti v České republice a potom po mně šli agenti z celého světa a prostě furt se to takhle stupňovalo a furt tam přibíjaly nové věci... jako problémy s Al- Káidou, Usáma bin Ládinem a takovýchle věci.“* Po půl roce prodromálních příznaků byl hospitalizovaný v Litoměřicích.

K hospitalizaci vedly stupňující se příznaky. *„... slyšel sem nějaký rány a myslel sem, že po mně někdo střílí a že mě zaměřuje a že mě chce odstřelit...“* Svěřil se sestře a ta ho dovezla do psychiatrické nemocnice v Litoměřicích. Litoměřice zvolila jako nejvhodnější nemocnici pro jejího bratra. Tam mu diagnostikovali paranoidní schizofrenii. Dnes má za sebou 8 hospitalizací.

Při první hospitalizaci vnímal pozitivně. *„A tak já sem to ani tak nevnímal. Já sem byl rád, že je mi najednou dobře a že už nemusím řešit ty stavy, co sem řešil, jo. Prostě já sem ani tak neřešil tu nemoc, jako ty stavy, který sem měl...byly tak těžký a tak stresující, že sem byl rád, že byly za mnou.“* V nemocnici mu dali medikaci. I když bral léky, tak bludy přetrvávaly. *„Dlouho trvalo, než doktorka našla ty správný léky a já sem se srovnal.“*

Po 4 letech začal žít na ulici a jeho psychický stav se zhoršil. Začal mít sluchové halucinace. Pravděpodobným důvodem byla absence léků a sociální izolace. V té době neřešil nemoc, ale spíš základní životní otázky jako koupel, strava apod. Po třech letech se rozhodl změnit svůj způsob života. Začal pracovat na stavbě a začal bydlet na chráněném bydlení.

V dnešní době bydlí na chráněném bydlení, má přítelkyni a je v rehabilitaci v Café Na půl cesty. *„Ted' chci zapadnout do normálního života a prostě... i se společensky nějak začlenit.“*

Schizofrenii vnímá jako nemoc, která zasahuje do všech oblastí života člověka a negativně ho ovlivňuje. Podle něj je třeba se s nemocí naučit žít.

„... prostě začal sem přemýšlet do budoucna a plánovat. Prostě vim, že ty léky brát musím, aby mi bylo dobře a že prostě nesmím věřit těm bludu.“

4.4 Případová studie 4

Narátorce je 35 let. Žije sama v bytě, ale je v blízkém kontaktu s rodiči. V době dospívání začala trpět poruchami příjmu potravy, konkrétně mentální bulimií. Tuto nemoc vnímá jako velký zlom v životě, který jí velmi negativně ovlivnil život.

Příznaky schizofrenie začala vnímat v 21 letech. Dnes si myslí, že už dříve měla příznaky. *„Jako teď zpětně tam příznaky byly už v dospívání. Já jsem měla vždycky strašně bohatej vnitřní svět. Byla jsem často dlouho zamyšlená...(…)… Vůbec jsem byla ve svém vnitřním světě.“* Od 21 let se příznaky zesílily a ve 23 letech nemoc propukla naplno. Měla bludy a halucinace. Propojovali se jí imaginární lidé s reálnými. Myslela si, že je pronásledována konkrétním člověkem.

V té době byla studijně v Anglii. Nemoc se začala projevovat velkým sociálním stažením. *„No, jako ta nemoc se hodně začala projevovat tím, že jsem se začala... sociálně jsem se hodně stáhla no, což bylo pak pro mě hodně nepříjemný. Protože jsem byla na jazykovce a ti spolužáci si mysleli, že jsem hloupá a neschopná... a to bylo tou nemocí, no.“* V té době byla hodně pod stresem, protože byla sama na studijním pobytu v zahraničí a sama je orientovaná na výkon. V Anglii začala docházet do komunitního centra pro lidi s duševním onemocněním, na které dostala kontakt od obvodního lékaře. Tam jí bylo lépe, měla tam zázemí. Její zdravotní stav se ale zhoršoval a nakonec požádala otce, aby jí odvezl domů do ČR.

Po příjezdu domů šla hned k psychiatrovi, u kterého byla už před odjezdem. *„Před odjezdem...(…)… tak jsem byla asi na deseti sezeních, protože rodiče si mysleli, že se mnou něco není v pořádku...(…)… mě poprosili, ať zajdu na pár sezení s panem doktorem Praškem.“* Hned po návštěvě psychiatra nastoupila do hospitalizace v PNB, kde byla 8 týdnů. Tam jí nastavili medikaci.

Po hospitalizaci dál studovala v ČR a v budoucnu chtěla studovat na univerzitě v Anglii. *„V té době jsem bojovala dost jako. Až do roku 2006... do léta... kdy jsem nechala tý školy... a pak se ve mně na nějakou dobu něco zlomilo a já jsem to vzdala na půl roku jako úplně... život, jako úplně. Ale ty roky 2004 až 2006 jsem se snažila. Chodila jsem i do tý školy, ale v prvním ročníku*

už to bylo blbý.“ Po nějaké době zjistila, že studium v Anglii by bylo velmi náročné a po konzultaci s psychiatrem usoudila, že to není vhodný plán vzhledem k jejímu zdravotnímu stavu.

Po nějaké době nechala studia a začala vyhledávat sociální služby pro lidi se schizofrenií. Tam se setkávala s lidmi se stejnou diagnózou. To na ní působilo rozporuplně. V dnešní době je v pracovní a sociální rehabilitaci a dál chce na OTP.

Na schizofrenii vidí dobré i zlé. „Je to konec určitých snů, ale na druhou stranu to je začátek a hlavně výzva, no. Nějak jako zabojovat a hledat na tom hlavně to pozitivní...(…)… Mám cíle a tak chci, aby se to povedlo.“

4.5 Mnohonásobná případová studie

V této části práce se budu zabývat všemi případovými studiemi, které jsem zpracovala. V této případové studii budu interpretovat výsledky získané z rozhovorů a zaměřím se nyní na cíle výzkumu a na zodpovězení výzkumných otázek. Interpretované informace budu prokládat přímými citacemi, jelikož citace považuji za velmi cenné v této práci.

Hlavní cíl práce je zjistit, zda lidé s diagnózou schizofrenie prochází přechodovým rituálem, popsat jeho průběh a fáze, s ohledem na specifika života člověka s diagnózou schizofrenie. Jelikož je tento cíl práce zastřešující a velmi rozsáhlý, zvolila jsem styl práce od dílčích cílů po hlavní cíl. Tedy abych vůbec mohla zjistit hlavní cíl, musím nejdříve zjistit vedlejší cíle.

Vedlejšími cíli výzkumu jsou popsat, jak probíhá přechodový rituál u lidí s diagnózou schizofrenie a dále popsat jednotlivé fáze tohoto přechodového rituálu a zjistit, zda mají společné charakteristiky u více narátorů.

4.5.1 Fáze přechodového rituálu u lidí se schizofrenií

Z teoretické části práce víme, že přechodový rituál má tři fáze, a to preliminární, liminální a postliminální. S každou fází se pojí děj, který se během ní děje. V preliminární fázi probíhá odloučení jedince od nynějšího stavu. V liminální fázi se jedinec proměňuje, aby mohl vstoupit do další fáze. To je fáze začlenění. S každou fází je spojen rituál. S preliminární fází je spojen rituál odloučení. Ve fázi liminální probíhá rituál pomezí a ve fázi postliminální probíhá rituál přijetí.

Schizofrenie je velmi vážné duševní onemocnění, které zasahuje do všech oblastí života nemocného. Když u člověka tato nemoc propukne, změní mu to většinou celý život. Člověk, u kterého propukne schizofrenie, přechází z jedné životní fáze do druhé. Člověk se v různých fázích mění a nějak se vyrovnává s nemocí.

Nejdříve je fáze před nemocí. Když použiji fáze přechodového rituálu, je ve fázi preliminární. Preliminální fáze se u lidí se schizofrenií pojí s prodromálními příznaky. V této fázi člověk začíná cítit, že se s ním něco děje. Dějí se mu věci, které se mu dříve neděly. Prodromální příznaky jsou různé

a mají různé projevy. Jak dokládají následující věty narátorů, jedná se o podivné pocity, které nemocný předtím nemíval. Někdy mohou mít prodromální příznaky podobu imaginárních osob nebo stvoření apod.

N1 *„No, tak měl jsem třeba takový návaly paniky prostě z ničeho nic... začalo mi hrozně bušit srdce a měl sem takovej pocit, jako že jsem zhulenej chvilkami... z ničeho nic...“*

N4 *„Tak to byla spousta příznaků, ale co bylo hodně markantní...(.)... tak to bylo to sociální stažení. Protože to bylo fakt něco výrazného a tak extrémního...“*

N2 *„... jakože sem měla představu, jako že mě napadli poltrgajští... no, viděla i slyšela...ale to není, že bych je viděla vyloženě jako ducha, ale prostě... ehh... viděla sem je jako... takovym zvláštnim způsobem. Já nevím, jako že je produkovala moje mysl, jakoby. Jako věděla sem, že to nikdo jinej nevidí prostě.“*

N3 *„Začal sem mít takový problémy, že jsem si myslel, že po mně jeden kluk de a když sem slyšel sanitku, tak sem si myslel, že ta sanitka prostě pípá kvůli mně... a že mě všichni vydíraj a že mě nikdo nemá rád a že někdo chce, abych umřel...(.)... bylo to spojený s jedním člověkem, kterej tam pracoval a já si myslel, že to je tajnej agent a že prostě mě chce zničit.“*

Někdy jedinec ví, že se s ním něco děje, ale ještě neví, co, a neví, jak si s tím poradit. Někdy to nemocný neví nebo trvá delší dobu, než si uvědomí, že se s ním něco děje. Bludy a halucinace jsou natolik silné, že to je pro nemocného realita.

N4 *„... totiž ty věci nereálný jsou tak strašně propojený s těma reálnýma a s tím, co skutečně je, že prostě to nevíte nejdřív... fakt jako nevíte.“*

V tomto období si začíná všimnout změn i okolí člověka s prodromálními příznaky. Okolí na tyto příznaky reaguje určitým způsobem, který si nemocný nějak vysvětluje. Častými prodromálními příznaky bývají bludy a halucinace, které ovlivňují chování člověka. Právě chování pod vlivem halucinací a bludů je

pro většinou společností nepochopitelné a neví si s ním rady. To potom vede k sociální izolaci nemocného a k prohlubování negativních pocitů vůči sobě, ale i vůči okolí a společnosti.

N4 „... ale právě to s těma lidma nešlo no. Chovala jsem se často tak jako, že... se se mnou nikdo nechtěl moc bavit. Už jsme se chovala tak divně jako docela...“

N4 „Měla jsem takový různé pocity, že si o mně lidi myslí, že jsem hloupá...“

N3 „Když sem s někým mluvil, tak sem si myslel, že mluvím v náznacích... že mu to nemůžu říct naplno, že mu to musím naznačit... a tím to bylo vlastně ještě scestnější a já sem vlastně furt žil v těch svejch bludech a nikomu sem se úplně tak nesvěřil... abych prostě z toho mohl jít ven... tak kdybych pak nebral ty léky... tak asi bych se z toho stejně nejspíš nedostal... no prostě věřil sem tomu tak, že sem neměl tendenci vo tom s někým mluvit.“

Vzhledem k tomu, že schizofrenie jako nemoc je velice individuální a pojí se s premorbidní osobností člověka, jsou i prodromální projevy individuální. Nejen projevy, ale i prožívání této fáze přeměny, jsou různé. Nelze tedy určit ani časové ohraničení, jak dlouho preliminální fáze trvá. U někoho trvá pár týdnů, u někoho jiného měsíce až roky.

N4 „Já už třeba v létě 2001 jsem mluvila často doma do zdi... a docela dost... (diagnóza byla narátorce určena až v roce 2003)

Člověk s prodromálními příznaky stále patří a nějakým způsobem funguje ve své společenské skupině. Například chodí do školy, do práce, udržuje vztahy s přáteli a okolím. Začíná se tu ale měnit kvalita a kvantita těchto činností a vztahů. V této fázi začínají být přítomny problémy s docházkou, s plněním úkolů, ale také se vztahy na pracovišti, v rodině, s přáteli a celkově ve společnosti. Následkem problémů, které vycházejí z prodromálních příznaků, je nezvládání toho, co dříve zvládal. Také nastává izolace, jak ze strany samotného nemocného, tak izolace vycházející od společnosti. Nemocný pomalu ztrácí svůj společenský status, finanční zabezpečení a sociální okolí.

Po preliminární fázi, ve které se nemocný následkem prodromálních příznaků, odlučuje od svého statusu, přichází fáze liminální neboli prahová. Člověk je v této fázi bez statusu. Je na pomezí minulého a budoucího. V této fázi nemocný zažívá pocity strachu, nejistoty a zmatku, protože neví, co se s ním děje a ani jeho okolí mu často nedokáže pomoci. Důležitou roli zde hraje také právě sociální izolace, která často nastává.

N3 „... *cejtil sem se ohroženě.*“

N4 „*Já sem se tam úplně rozložila, za těch pár měsíců...(…)... Já jsem se tam úplně zhroutila. Ke konci sem nebyla schopná dělat vlastně vůbec nic...*“

Fáze liminality se u lidí se schizofrenií kryje s atakou nemoci. Když dojde k atace, je nemoc plně rozvinuta a nemocný trpí silnými příznaky. Velmi často vede ataka k hospitalizaci nemocného. Nemocný ještě neví, co se s ním děje a velmi často si z ataky nic nepamatuje.

Při hospitalizaci je nemocnému určena předběžná diagnóza, podle které mu je nastavena medikace. Až postupem času se zjišťuje, zda je diagnóza určena správně. Většina lidí v hospitalizaci prospí první dny hospitalizace. Rituálem pomezí je zde samotná hospitalizace a první zjištění nemoci. Na začátku hospitalizace člověk neví, co mu je a co se s ním děje. Hodně spí, je mimo svůj domov, mimo společnost a je s ním často zacházeno neosobně. V hospitalizaci může nemocný být v rozmezí dnů až měsíců. Opět je to individuální.

Když je nemocnému diagnostikována paranoidní schizofrenie, často neví, co si pod těmi slovy představit a jak s tímto sdělením naložit.

N4 „*A poprvý jsem slyšela slovo schizofrenie právě od svého obvod'áka v Londýně...(…)... Říkala jsem si co? To jsou ty lidi, co jsou v Bohnicích? ...(…)... Bylo to něco pro mě strašně neznámého.*“

N3 „*A vono to hodně souviselo i se sníženým sebevědomím. Prostě já sem si přestal věřit. Já sem si přestal věřit, že se menuju tak, jak se menuju... a myslel sem si, že sem někdo jinej.*“

N4 „.... najednou se vám hrouťí ty sny a...(…)... ale prostě na jednu stranu úleva, ale na druhou stranu si uvědomujete, že ten budoucí život, že spousta věcí, co jste si třeba přáli nebo plánovali, že to tak moc třeba nebude no...“

N2 „Byl to šok, no... dala mi příručku, ať si o tom něco přečtu a ihned ať se du hospitalizovat... vona už tam volala (do Střešovic do Vojenské nemocnice), aby mi tam jako zarezvovala místo.“

N4 „... a on mi už řekl, já myslím, že máš schizofrenii. A já jsem se na něj koukala a říkala cože?“ Ale pak jsem si říkala, že jsem se už vlastně... že můj život se úplně rozložil nějak a že se mi skoro nic nedaří, tak... tak jsem si vlastně říkala, on má asi pravdu. Nebo něco na tom musí být, protože se se mnou něco hrozného děje.“

N4 „Je to hrozně bolestivý... hrozně těžký se s tím vyrovnat.“

Při zjištění diagnózy je stále člověk v nejistotě. Hodně to dělá neinformovanost o nemoci. Nemocný neví, co to pro jeho další život znamená a zda bude ještě nějaký další život. Nemusí se ztotožňovat s danou diagnózou a snaží se s ní „bojovat“.

N4 „... a taky jak se to bude vyvíjet. Čeho budu schopná třeba v těch budoucích letech. Ono je to všechno dost neznámý... aspoň pro mě, pro rodiče... to nikdo neví...“

N4 „... a taky jak se to bude vyvíjet. Čeho budu schopná třeba v těch budoucích letech. Ono je to všechno dost neznámý... aspoň pro mě, pro rodiče... to nikdo neví...“

N4 „Nastoupila jsem na konci ledna na oddělení... no a tam už... mi to řekli. Tam jsem byla osm týdnů...(…)... a během tý doby jsem se to dozvěděla. Ale jako než jsem to konečně akceptovala, to trvalo samozřejmě mnohem déle.“

Zjištění diagnózy je spojeno jak s pocity zmatku a nejistoty, tak i s pocity úlevy. Poté, co člověk několik měsíců zažíval stavy, kdy nevěděl, co se s ním děje, tak pak může určení diagnózy přinést pocit úlevy. Nemocní si z ataky

často nesou špatné pocity vůči vlastní osobě. V atace se chovají jinak, než se chovali doposud.

N4 *„Já jsem si pak hrozně vyčítala, jak jsem se chovala na tý jazykovce a teď vím, že jsem za to fakt nemohla, že to bylo tou nemocí... že jsem se prostě hodně sociálně stáhla no.“*

N4 *„... že najednou člověk zjistí, že to není jeho vina a že prostě... nebo, že se málo snaží....(...)... taková hodně úleva. Ale na druhou stranu jsem z toho byla hodně smutná, protože jsem si uvědomovala, že to bude mít důsledky velký, že třeba přijdu o to studium a tak no...“*

Hospitalizace se pojí s místem nemocnice, kde je nemocný přijat. Psychiatrické nemocnice bývají často tabuizovány a jsou společensky izolovány. Nemocnice s psychiatrickým oddělením bývají často stigmatizačním místem. Hospitalizace na psychiatrickém oddělení nemocného rovnou označuje, i když ještě nemá diagnózu. Ve společnosti je stále hospitalizace na psychiatrickém oddělení hodně stigmatizující. Zvláště, když jde o pacienty se schizofrenií. Někdy je místo psychiatrického oddělení naopak bráno jako bezpečné místo, kde mohou hledat pomoc.

N4 *„... někdy mně bylo fakt špatně a bylo lepší být v tý nemocnici no...(...)... bylo tam zázemí a byly tam ty sociální pracovnice...“* (mluví o komunitním centru v Anglii)

Liminální část je důležitá pro smazání dosavadního statusu jedince a získání nového statusu. Tato fáze má velká rizika, spojená se znovuzařazením jedince do společnosti s novým statutem. To je pro lidi se schizofrenií velmi těžké a je tu velké riziko, že se do společnosti nezařadí. V tomto případě je hodně důležitý postoj samotné společnosti k lidem s duševním onemocněním. Hraje zde roli sociální politika státu, postavení psychiatrické léčby ve státě a v neposlední řadě informovanost společnosti o duševních nemocech. Významnou roli zde hraje rodina a okolí nemocného.

Po liminální fázi přichází fáze postliminální. V této fázi se člověk smiřuje s nově nabytým statutem, v tomto případě člověka s diagnózou schizofrenie. Musí se vyrovnat jak se samotnou nemocí, tak se vším, co se s nemocí pojí.

N2 „No špatně no...doted'ka to nesu špatně. Ale už je to lepší, už sem se s tím asi smířila si myslím. Vono nejtěžší bylo se s tím smířit, že vopravdu prostě... hm... prostě, že mam smůlu... Prostě, že to, no. Že nejsem normální jakoby no.“

N3 „Takhle, já sem to dlouho neřešil, protože i když sem bral ty léky, tak prostě sem těm svým symptomům věřil, jo. Já prostě jsem těm věcem, který sem si vymyslel v tom mozku, věřil a tu nemoc sem si vlastně neuvědomoval.“

N2 „No odpovídalo to mým příznakům no. Tak určitě zklamání... jako nejsem z toho nadšená, že mám schizofrenii... no tak teď když se léčím, tak je to v pořádku...“

N3 „Já sem si ani tak neuvědomoval, že sem nemocnej. Já sem věděl, že musím brát léky, ale pak mi ty léky přestaly i vyhovovat... prostě bylo hodně vedlejších účinků... tak sem je přestal brát...“

N3 „... hmm... no takhle... já sem totiž vo tý nemoci už docela věděl z denního stacionáře z Ondřejova, ale nějak jsem si to nebral... nijak sem to nepřihazoval k sobě, jo... prostě...“

N3 „Podle mě to je nemoc, kterou prostě... když člověk překoná to nejhorší, tak se dá s ní naučit žít, a když člověk bere léky, tak to prostě podle mýho spěje k lepšímu a k lepšímu... ale tam je to překonat to nejhorší... což je docela dlouhá záležitost.“

Smířit se s faktem, že má člověk paranoidní schizofrenii, je podle výpovědí velice těžké. Nemocní si uvědomují, že tato nemoc je na celý život a že budou muset brát léky, aby byli schopni žít ve společnosti.

Představu o nemoci si vytváříme na základě toho, co vidíme. Během hospitalizace jsou nemocní v kontaktu s dalšími lidmi se stejnou diagnózou. A podle toho, jak tito lidé vypadají a jak se chovají, tak si dělají obraz o sobě.

N1 „... no tak sem si říkal, že voni vidí mě stejně jako takhle... že jako vidím já je, tak voni vidí mě. Takže ne, že bych byl úplně jinej, ale že sem taky ta troska... já sem se tak cejtil no.“

N4 „Já se přiznám, že pro mě byl větší šok, když jsem šla poprvé do Fokusu na ranní komunitu... a teď jsem tam seděla mezi těma lidma... a to pro mě byl větší šok, než v tý nemocnici. To je zajímavý...(…)... No protože některý ty lidi... prostě byli hrozně nemocný a jako bylo vidět, že fakt mají nějaký hrozně vážný problém. A já, i když akceptovala, že já ho mám taky, tak to bylo ještě v začátcích a byl to pro mě stejně šok.“

N1 „Byl jsem s lidma, který maj podobný problémy... no, mam je akorát na fejsbůku, ale s nikym se teďka nestýkám...(…)... teď mi to takhle vyhovuje, že sem sám... Asi se eště teďka necejtim normálně mezi těma lidma. Sem nervózní a si připadám takovej jinej a...prostě že mezi ně nezapadám a necejtim se mezi nima dobře.“

Kontakt s lidmi se stejnou diagnózou může i pomáhat s vyrovnáním se s nemocí. Tendence vyhledávat lidi se stejnou diagnózou přichází až později, kdy už má člověk trochu zpracovanou svou vlastní nemoc. Až pak vyhledává lidi se stejnou diagnózou.

N3 „... že prostě těm lidem tady můžu věřit...Můžu si je vyslechnout. Můžu porovnat, co prožili a co sem prožil já a mám pocit, že se s nima furt je vo čem bavit. Jo, že to maj prostě podobný... když se začnu s někym bavit, jako normálně... ajj... neprožil to, tak mi vlastně vypráví o tom, co v životě zažil, jak postupoval dál... to mě odhazuje zpátky a začal sem myslet sám nad sebou.“

N4 „Jako často to bylo příjemný...(…)... Protože jsem si připadala jako v takovym bezpečnym prostředí...(…)... A jako i ty vztahy s těma lidma jsou takový, že si máme o čem povídat...(…)... Jakože myslím, že mi to hodně pomohlo, no.“

S nově nabytým statusem se pojí také práva a povinnosti. Lidé se schizofrenií mají právo na invalidní důchod. Ovšem získat ho není nijak jednoduché. Navíc s pobíráním invalidního důchodu se pojí jistá stigmatizace.

S invalidním důchodem se pojí docházka k psychiatrovi a braní léků. V České republice je to nejčastěji volená metoda léčení pacientů se schizofrenií.

N2 *„... ale znamená to pro mě i ostudu... no a třeba kdybych měla nějakýho partnera, tak prostě vim, že bych to před nim tajila. Ale vim, že kdyby to byl dlouhodobější vztah, že už to nezatajím... před nim. Myslim si, že kdyby se to dozvěděl někdo, kdo je zdravej, tak že by se na mě vykašlal... už sem zažila takhle dva případy, kdy se to stalo...“* (nejedná se o její vlastní zkušenost)

Nemocní se musí přizpůsobovat projevům nemoci a jejím dopadům.

N3 *„Jakmile sem měl nějaký stresový období, začal sem mít bludy a halucinace. Prostě stresy v práci, stresy v sobě, jo. Ale dneska už to nemam... asi je to i časem, že se v tom líp vyznám.“*

N3 *„No jiný je to v tom, že musim brát ty léky, aby mi bylo dobře. Dřív mě to ani nenapadlo... ale mě to nevadí, já sem rád, že je mi po nich líp.“*

N3 *„Dneska ty bludy dokážu tak vychytat, že jim prostě nevěřim.“*

N1 *„Já jsem asi ztratil zájem o ty lidi... asi, že se stydim za tu nemoc a tak no... a je mi to nepříjemný.“*

Fáze postliminální je ze strany společnosti jasná. Člověku je dána diagnóza a společnost ho bere jako nemocného se schizofrenií. Má nějaké očekávání od nemocného a očekává, že je splní. Má pro něj ale také určité nabídky, které mu je ochotna za určitých okolností poskytnout.

Přechodový rituál značí změnu v životě člověka. U člověka se schizofrenií je tato změna často spojená s výkonností, která následkem nemoci a medikace klesá. Dále se pojí se sociální izolací, která často přetrvává celý další život.

N4 „Vono taky potom, co ta nemoc propukne, tak ten výkon pořád klesá a klesá a ta reakce okolí je často, že se nesnažíš...(…)... já jsem to tak měla, že se ten člověk potom zhroutí.“

N1 „... ten mozek funguje úplně jinak... že mi přijde, že mám zpomalenější myšlenky, zpomalenější mluvu a tak no... že ani nevím třeba, vo čem bych se s těma lidma bavil.“

N2 „Já jsem vlastně zkoušela různé práce a i takový, který mě zrovna nebaví, ale prostě jsem zjistila, že už nemůžu dělat to, co jsem dělala. Prostě, že už nemám takovou psychickou výkonnost.“

N4 „No od té doby mě to právě trápilo tady ty věci... že jako přišlo mi, že prostě jsem nemožná úplně, že právě ten výkon je hrozně nízký a že se mi hrozně málo daří ve škole... ale jako celkově v životě, v komunikaci s lidma. Já třeba, když jsem byla mladší, tak jsem byla vtipnější a přátelštější... a ono to je hodně ovlivněný tou schizofrenií...“

N2 „Určitě šel s kvalitou dolů a životní okolnosti... se staly horší než předtím... vlastně bez práce... hm... sociální kontakty musím vyhledávat já, nikdo se mi neozve sám...a jsem s malou holčičkou, se kterou potřebuju pomoci, protože nejsem schopná se o ní celkově postarat... no, určitě šel s kvalitou dolu ten život.“

N3 „... je to prázdný... je to jako čekání na další ataku, ale prostě nic v tom životě není tak pozitivního a tak přívětivého, aby to člověka naplnilo... to už spíš naplní člověka ta ataka, kterou si člověk aspoň procejtí.“

N4 „Já vím, že jako jsem vážně nemocná. Ale já se nevnímám jako autsajdr. I když jsou věci, jako třeba výkon, tak to si teda připadám jako autsajdr, to jo. I když už... už jsem na tom zapracovala.“

N3 „... to sou ty bludy, halucinace, rodinný problémy, pracovní problémy, ty hlasy prostě... nebo se zapojit do společnosti... to si myslím, že je hodně velký problém, když je člověk opravdu nemocnej a má tu nejhorší ataku... taková sociální odloučenost.“

Přechodový rituál je pro lidí se schizofrenií velice náročný. Něco během něj ztrácí a něco jiného získávají. Po absolvování přechodového rituálu a smířením se s nemocí vidí budoucnost i s touto nemocí. Nemocní musí přehodnotit své možnosti a přizpůsobit se jim.

N4 *„Určitě mě to i obohatilo. Myslím si, že jsem k lidem tolerantnější třeba a že mám víc trpělivosti s lidma. Ale spíš mi to změnilo život negativním způsobem... to jako nebudu zastírat. Že prostě mi to uzavřelo různé možnosti.“*

N1 *„Já myslím, že docela jo no...jako samozřejmě, někdy to člověka přepadne, no ale myslím, že celkově sem srovnanej s nemocí.“*

N4 *„Vím jako prostě, že se nemám za co stydět...(....)... Já pořád věřím, že se mi podaří žít plnohodnotný život.“*

N2 *„Já se snažím začlenit tady tou kavárnou, abych si aspoň našla tu práci, aby aspoň byly ty peníze, když už nic jinýho.“*

N3 *„Já si myslím, že sem na tom dost dobře... takhle... já si myslím, že mám následky z toho, jak sem nebral ty léky a jak sem dlouhý léta měl ty bludy... áá... že prostě chvíli mi bude trvat než se obrátím do standardu....(...)... a prostě jednou... že jednou se budu cejtit tak, že budu moct říct, že žiju aspoň tak trošku normální život...(...)... chodit do práce, řešit každodenní starosti, ty, co řeší normální člověk...“*

Příchod nemoci mění život člověka i jeho samotného. Jistoty a cíle, které měl před propuknutím nemoci, ztrácí a hledá si nové. To je někdy velmi těžké. Následkem nemoci je sociálně izolovaný nebo se sám sociálně izoluje, protože nemoc je stigmatizující a pro nemocného je někdy těžké komunikovat s dalšími lidmi.

4.5.2 Výsledky výzkumu

Přechod z životní fáze člověka bez schizofrenie do fáze člověka se schizofrenií lze definovat jako přechodový rituál. Přechodový rituál má tři fáze a to preliminální, liminální a postliminální. Každá fáze má svou charakteristiku a svůj rituál. Onemocnění schizofrenie má také fáze, shodující se s fázemi přechodového rituálu.

Preliminální fáze u člověka se schizofrenií probíhá v době před atakou. Pro tuto dobu jsou typické prodromální projevy. Během nich člověk zažívá stavy, které předtím nezažíval. Vnímá určitou změnu, ale ta změna je ještě málo citelná. Chová se jinak než dříve, a to pod vlivem prodromálních příznaků. Okolí si změny začíná všimnout a začíná se k němu chovat jinak, ale stále je svým okolím bráněn za osobu se stejnou identitou. Prodromální příznaky zesilují a to vede do další - liminální fáze.

V této fázi člověk ztrácí předešlou identitu a nemá ještě novou. Jeho zdravotní stav se zhoršil a je v akutní atace. V této fázi nemoci je nemocný sociálně izolován a hospitalizován na psychiatrickém oddělení. Tam je mu dána diagnóza a medikace. V tomto období člověk zjišťuje, že je nemocný, jak je nemocný a jak je jeho nemoc závažná. Během hospitalizace prožívá pocity nejistoty a strachu. Setkává se s něčím cizím. Hospitalizace je spojena s územím a to s územím nemocnice s psychiatrickým oddělením nebo přímo s psychiatrickou nemocnicí, která je stigmatizující.

Po hospitalizaci nebo také po liminální fázi člověk přechází do fáze postliminální, ve které se smiřuje se svou nemocí, zjišťuje, co nemoc obnáší apod. Přechodovým rituálem získává nový status, a to status psychicky nemocného. Tím získává nová práva a povinnosti. Nemoc má dopad na všechny oblasti života nemocného. Mění se mu finanční situace, sociální okolí, pracovní možnosti, rodinné zázemí atd. Mění se mu i pojetí sebe sama. Nějakou dobu trvá, než se se změnou vyrovná a nemoc přijme.

Vzhledem k tomu, že nemoc je individuální, je i doba jednotlivých fází individuální u každého nemocného člověka. Individuální je i prožívání samotné nemoci a tedy i přechodového rituálu. Společné charakteristiky přechodového rituálu lze najít. Tyto charakteristiky vychází z výzkumu. Jde o výzkum kvalitativní metodou, a to metodou případové studie. Musí se tedy přihlídnout

k tomu, že výsledky získané z výzkumu nejsou zobecnitelné na širší společnost. Maximálně mohou vypovídat o skupině, která je stejná jako vzorek zkoumaných v tomto výzkumu. Proto se charakteristika týká jen tohoto vzorku.

Závěr

Tématem diplomové práce je Schizofrenie a přechodový rituál. Výzkumným cílem bylo zjistit, zda lidé s diagnózou schizofrenie prochází přechodovým rituálem. Pokud prochází, tak v návaznosti zjistit, jak jednotlivé fáze přechodového rituálu u lidí s diagnózou schizofrenie probíhají. Dále vyzkoumat, zda lze najít společnou charakteristiku přechodového rituálu u lidí s diagnózou schizofrenie. A jak je přechodový rituál prožíván lidmi se schizofrenií.

Výzkumem bylo zjištěno, že lidé se schizofrenií prochází přechodovým rituálem. Přejchod z životní fáze člověka bez schizofrenie do životní fáze člověka se schizofrenií má tři fáze stejně jako přechodový rituál. Tímto přechodem člověk ztrácí svou předešlou identitu a získává novou identitu a mění se mu ekonomický a sociální status.

Přechodový rituál u lidí se schizofrenií má tři fáze a každá fáze je něčím charakteristická. Preliminální fáze je charakterizována prodromálními příznaky, kdy se jedinec mění a během toho ztrácí svůj dosavadní status. Liminální fáze je spojena s nejistotou a strachem. Člověk v této fázi nepatří již do sociální skupiny, kde byl předtím, ale nepatří ani do jiné. K této fázi se pojí sociální odloučení. Tato fáze je také spojena s územím, kde probíhá, a tím je psychiatrická nemocnice či psychiatrické oddělení v nemocnici. Po liminální fázi následuje postliminální fáze, kdy jedinec nabývá nový status a patří do nové sociální skupiny. Člověk se schizofrenií se často uchyluje k lidem se stejnou zkušeností. Mají společné téma hovoru, zájmy, ale také zde nacházejí pocity porozumění a bezpečí. K této fázi se pojí určitá práva a povinnosti jako invalidní důchod, sociální služby, psychiatrická léčba, užívání léků apod.

Průběh přechodového rituálu je u lidí se schizofrenií individuální stejně jako nemoc sama. Výzkumem se podařilo najít společné charakteristiky. Tyto lze však aplikovat jen na určitou skupinu, která bude podobná výzkumnému vzorku.

Prožívání přechodového rituálu je opět individuální. S přechodovým rituálem se často pojí pocity nejistoty a nebezpečí. Ty často vychází z toho, že nemocný neví, co se s ním děje a pomoc vyhledává až v akutní fázi nemoci neboli akutní atace. Příznaky nemoci jsou natolik silné, že nemocný je naprosto dezorientován. Pocity nejistoty vychází z nejisté budoucnosti, která je ovlivněna

dalším průběhem nemoci. A právě průběh nemoci nelze dopředu odhadnout. Můžeme najít podobné prožívání přechodového rituálu lidmi se schizofrenií, nelze ho ale aplikovat na širší společnost.

Literatura

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L., ŠPANIEL, F. Schizofrenie: Jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století. Praha: Mladá fronta a.s., 2011. 112 s. ISBN 978-80-204-2494-5.

BELL, C. Ritual: Perspectives and Dimensions. New York: Oxford University Press. 1997. 351 s. ISBN 0-19-511052-8

BUDIL, I. T. Mýtus, jazyk a kulturní antropologie. Praha: Triton, 2003. 259 s. ISBN 80-7254-321-0.

BOWIE, F. Antropologie náboženství. Praha: Portál. 2008. 336 s. ISBN 978-80-7367-378-9.

ERIKSEN, T. H., Sociální a kulturní antropologie. Praha: Portál. 2008. 407 s. ISBN 978-80-7367-465-6.

DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ - PROCHÁZKOVÁ, A. Diagnostika a terapie duševních poruch. Praha: Grada. 2010. 632 s. ISBN 978-80-247-1620-6.

FOUCAULT, M. Dějiny šílenství v době osvícenství: hledání historických kořenů pojmu duševní choroby. Praha: Lidové noviny. 1994. 209 s. ISBN 80-7106-085-2.

GENNEP. A. Přejímové rituály. Praha: NLN,s.r.o. 1997. 201 s. ISBN 80-7106-178-6.

GOFFMAN, E. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. London: Penguin. 1990. 180 s. ISBN -14-012475-6.

HENDL, J. Kvalitativní výzkum. Praha: Portál. 2008. 408 s. ISBN 978-80-7367-485-4.

HÖSCHL, C., LIBIGER J., ŠVESTKA J. Psychiatrie. Praha: Tigris s.r.o. 2002. 895 s. ISBN 82-900130-1-5.

KORN, M. 2001. Historical Roots of Schizophrenia. in Medscape [online]. [cit. 10. 11. 2014]. Dostupné z: http://www.medscape.org/viewarticle/418882_5

KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci. Praha: Grada. 2002. 198 s. ISBN 80-274-0179-0.

KUČEROVÁ, H. Schizofrenie v kazuistikách. Praha: Grada. 2002. 112 s. ISBN 80-247-1491-4.

MIOVSKÝ, M. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada. 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4

MOTLOVÁ, L., KOUKOLÍK, F. Schizofrenie. Neurobiologie, klinický obraz, terapie. Praha: Galén. 2004. 437 s. ISBN 80-7262-277-3.

MURPHY R. F. Úvod do kulturní a sociální antropologie. Praha: Sociologické nakladatelství. 2006. 268 s. ISBN 80-86429-25-3.

OREL, M. a kol. Psychopatologie. Praha: Grada. 2012. 265 s. ISBN 978-80-247-3737-9.

PALČOVÁ, A. Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize: duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. Praha: Psychiatrické centrum. 2000. 305 s. ISBN 80-85121-44-1.

PEČ, O., PROBSTOVÁ, V. Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče. Praha: Triton. 2009. 256 s. ISBN 978-80-7387-253-3.

PRAŠKO, J. a kol. Psychotická porucha a její léčba. Praha: Maxdorf, 2001. 90 s. ISBN: 80-85912-65-1.

RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. Psychiatrie. Praha: Galén. 2001. 622 s. ISBN 80-72621-40-8.

SOUKUP, V. Dějiny sociální a kulturní antropologie. Praha: Karolinum. 1996. 303 s. ISBN 80-7184-158-7.

ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál. 2010. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

TOPINKA, D. Metody a techniky výzkumu v sociální práci. Olomouc: Univerzita Palackého. 2013. 81 s. ISBN 978-80-244-3853-5.

TURNER, V. Průběh rituálu. Brno: Computer Press. 2004. 196 s. ISBN 80-722-6900-3.

VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál. 2008. 870 s. ISBN 978-80-7367-41-44.