

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

VLIV TRAUMATU NA VZNIK SCHIZOFRENIE



Bakalářská diplomová práce

Autor: Jan Ille

Vedoucí práce: MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.

Olomouc

2017

Prohlášení:

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma „Význam traumatu při vzniku schizofrenie“ vypracoval samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedl jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Brně dne

Podpis

Motto: „Chtěla bych lidem s podobným osudem vzkázat, aby bojovali a nevzdávali se, aby dělali to, co je baví a chodili mezi lidmi, neuzavírali se do sebe a nepodlehli té nemoci.“ (Emma, respondentka výzkumu)

Poděkování

V první řadě bych chtěl poděkovat MUDr. PhDr. Miroslavu Orlovi, Ph.D., za jeho profesionální, kolegiální a vstřícný přístup, osobní nasazení a kritické připomínky a podněty, bez nichž by nebylo možné tuto práci předložit ve stávající podobě.

Děkuji Marilyn O'Neill za poskytnutí příkladů vedení rozhovoru s oběti traumatu a konzultaci vhodných a bezpečných postupů. Dále děkuji Jaakovi Seikkulovi za konzultaci specifik a rizik vedení rozhovoru s lidmi s psychózou.

Zároveň děkuji všem, kdo se na výzkumu podíleli svou účastí s vírou, že i malý krůček může být začátkem velké cesty. Bez nich by uskutečnění tohoto výzkumu sotva bylo možné.

Obsah

Úvod	5
I TEORETICKÁ ČÁST.....	6
1. SCHIZOFRENIE.....	7
1.1. Definice schizofrenie.....	7
1.2. Vznik schizofrenie.....	10
1.3. Epidemiologie	14
1.4. Léčba a uzdravení	14
2. TRAUMA.....	20
2.1. Trauma a jeho specifika.....	20
2.2. Vznik a průběh traumatu.....	22
2.3. Posttraumatická stresová porucha.....	25
2.4. Epidemiologie	27
2.5. Léčba traumatu.....	29
3. TRAUMA JAKO PŘÍČINA SCHIZOFRENIE.....	31
3.1. Historický vývoj chápání vztahu mezi traumatem a psychózou	31
3.2. Teorie vysvětlující vliv traumatu na vznik psychózy.....	32
3.3. Vztah mezi traumatem a psychózou.....	33
3.4. Posttraumatická stresová porucha se sekundární psychózou	34
3.5. Proměnné ovlivňující vznik psychózy v důsledku traumatu	36
3.6. Události a traumata predikující vznik psychózy	37
3.7. Vztah mezi typem traumatu a povahou psychotických symptomů.....	39
3.8. Diagnostika a léčba	40
II VÝZKUMNÁ ČÁST.....	40
4. VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	42
4.1. Výzkumný problém	42
4.2. Cíle práce	42
4.3. Výzkumné otázky.....	43
5. METODOLOGICKÝ RÁMEC A METODY	44
5.1. Typ výzkumu.....	44
5.2. Metody získávání a tvorby dat.....	44
5.3. Metody zpracování a analýzy dat	51
5.4. Realizace výzkumu.....	52
5.5. Etické aspekty výzkumu	55

6. VÝZKUMNÝ SOUBOR.....	58
7. VÝSLEDKY	59
7.1. Kazuistiky respondentů.....	59
7.2. Výskyt traumatu v anamnéze respondentů.....	87
7.3. Výskyt proměnných, které zvyšují riziko vzniku schizofrenie v důsledku traumatu	93
8. DISKUZE.....	95
9. ZÁVĚRY	106
SOUHRN	110
Použité zdroje a literatura	112
Přílohy diplomové práce	123

Úvod

Schizofrenie je v euroatlantické kultuře posledních sto let vnímána jako jedno ze závažných psychických onemocnění, které postihuje asi 1 % populace. I přes velké množství výzkumů není známa příčina a není k dispozici spolehlivá léčba.

V posledních dekadách byla však učiněna řada významných objevů, která mění současný, téměř výhradně biologický, náhled na příčiny a léčbu schizofrenie. Jednou z oblastí, která otevřela cestu psychologii, je potvrzení souvislosti mezi traumatizujícími životními událostmi, zejména v dětství, a pozdějším vznikem schizofrenie. Protože se jedná o poměrně nové téma posledního desetiletí, je tato oblast výzkumně relativně málo pokryta.

Schizofrenie, potažmo psychóza, je jedním z témat, o které se v posledních letech zajímám. S problematikou schizofrenie jsem se teoreticky poprvé setkal na mém prvním psychoterapeutickém výcviku, praktické vnoření do tématu pro mě znamenala spolupráce s mým prvním klientem na hypnózu. Zároveň se opakovaně setkávám s lidmi, kteří selhávají v některých životních situacích či vztazích, nesou si s sebou zranění z dětství. Téma vztahu mezi traumatem a schizofrenií je pro mě mostem spojujícím dvě oblasti, ještě v donedávné době považované za nesouvisející. Tento pomyslný most vede na straně jedné k možné léčbě psychóz a schizofrenie, na straně druhé k léčbě celé škály obtíží a projevů pramenících z traumatu. Tato bakalářská práce je výsledkem hledání odpovědi na otázku, jak tyto dvě oblasti spolu souvisejí, a zda existuje šance na jejich léčbu. Toto téma předpokládám dále rozvinout v rámci magisterské diplomové práce.

Cílem teoretické části práce je zmapovat aktuální stav poznatků vědy v oblasti vztahu traumatu a vzniku psychózy a poskytnout ucelený přehled současného stavu poznání. Protože se jedná o nové, málo popsání a dynamicky se rozvíjející téma, spočívá těžiště práce ve výzkumu literatury poslední dekády s důrazem na meta-studie a přehledové články.

Cílem empirické části práce je pomocí kvalitativního výzkumu získat hlubší vhled do životních příběhů lidí s diagnostikovanou schizofrenií a možného vlivu případných životních událostí, které mohly mít traumatizující charakter, na pozdější vznik schizofrenie.

I TEORETICKÁ ČÁST

1. SCHIZOFRENIE

Abych mohl blíže zkoumat hlavní téma této práce, považuji za nezbytné objasnit nejprve dílčí témata, podrobit je kritickému přezkoumání a přesně definovat klíčové pojmy.

V první kapitole nejprve definuji schizofrenii v kontextu soudobé medicíny, její základní specifika, projevy a průběh. Zaměřím se rovněž na hlavní soudobé teorie vzniku schizofrenie, výskyt v populaci, a popíšu současné možnosti léčby. V závěru se zaměřím na aktuální trendy a možné směry dalšího výzkumu a léčby v blízké budoucnosti.

1.1. Definice schizofrenie

Schizofrenie je komplexní porucha nebo skupina poruch postihující 1 % populace s nástupem v pozdní adolescenci nebo mladé dospělosti. Je charakterizována pozitivními symptomy, jako jsou klamy nebo halucinace, a negativními symptomy, jako jsou nečinnost nebo nemluvnost (Carr, 2005). V polovině případů nastupuje mezi 15 a 25 lety, zbylé případy mezi 25 a 35 lety, nástup schizofrenie v jiném období života se vyskytuje jen zřídka (Raboch & Zvolský et al., 2001).

Schizofrenie ovlivňuje řadu psychických funkcí, jako je vnímání, myšlení, emoce a chování (Orel et al. 2012), což se může projevovat řadou prožitků. Slyšení hlasů, cítění pachů a chutí, které ostatní nezažívají, bývá označováno jako halucinace. Pevná přesvědčení, která ostatní nesdílejí (konspiračního charakteru, extrémní podezíravosti, vlastní výjimečnosti, aj.), bývají označovány jako bludy. Dalšími projevy mohou být obtíže v myšlení a koncentraci, stažení, apatie aj. (Cooke, 2014).

Jak uvádí Raboch & Pavlovský s kolektivem (2012), schizofrenii řadíme mezi psychotická onemocnění. **Psychózou** chápeme elementární poruchu myšlení a vnímání, v jejímž důsledku dochází ke změněnému vnímání reality (Elzouki, Harfi, Nazer, Stapleton & Whitley 2012). Psychóza zasahuje hluboko do osobnosti jedince a také do jeho vztahů s okolím (Raboch & Pavlovský et al., 2012).

Rozhraní mezi psychózou a schizofrenií je stanoveno dohodou na základě délky trvání psychotických symptomů. Z toho důvodu nacházíme v jednotlivých diagnostických manuálech rozdíly. Zatímco DSM-V vyžaduje důkazy o zhoršeném

sociálním nebo profesním fungování přetrvávajících nejméně 6 měsíců s alespoň jedním měsícem aktivních symptomů, zatímco MKN-10 umožňuje udělení diagnózy schizofrenie již po 1 měsíci bez důkazu zhoršení sociálního nebo profesního fungování (APP, 2013).

V klinické praxi je pro stanovení diagnózy schizofrenie rozhodující informace o délce trvání psychotických symptomů. V případě, že jsou naplněna diagnostická kritéria pro stanovení diagnózy, jedná se však o akutní stav a není k dispozici anamnéza (souhrn informací o životě pacienta před nástupem onemocnění), volí se častěji diagnóza Akutní a přechodné psychotické poruchy (Raboch & Pavlovský et al., 2008).

V kontextu euroamerické civilizace je konstrukt schizofrenie vymezen dvěma historickými tradicemi: Konceptí Kreapelina z roku 1896, která převládla v Evropě, Velké Británii a Irsku a která definuje schizofrenii pomocí škály pozorovatelných symptomů (klamy, halucinace, aj.) jako onemocnění s chronickým průběhem, zatímco koncepce Bleulera z roku 1911, která převládla v Americe, definuje schizofrenii jako poruchu v rámci psychologických procesů. Bleuler předpokládal vzájemné rozštěpení myšlenkových asociací, myšlenek s emocemi a self vůči realitě. Od něj pochází zároveň označení schizofrenie (z řeckých slov rozštěpit, mysl). Milníkem v chápání schizofrenie se stala britsko-americká studie z roku 1974, která podnítila postupné sbližování diagnostických kritérií (Carr, 2005).

Schizofrenie má zcela individuální průběh. Pouze někdy lze vystopovat odlišnosti ve vývoji již v dětství (**premorbidní období**). Nástupu schizofrenie formou **první psychotické epizody** někdy předchází **prodromální období**, které se může projevovat negativními příznaky, např. hloubavostí, vztahovačností. Po první psychotické epizodě může dojít k úplné úzdavě, ale také k návratu formou další **ataky** (Orel et al., 2012). Jako **proгредиční stádium** se označuje období, ve kterém se jednotlivé ataky střídají s ústupem příznaků hodnoty (Raboch & Zvolský et al., 2001).

V případě, že od prvních, ještě nepychotických příznaků do plného nástupu psychotických projevů uplynou méně než dva týdny, mluvíme o **akutním začátku**, ten může mít často bouřlivý nástup i během 24 – 48 hodin (Raboch & Pavlovský et al., 2008).

V souvislosti se schizofrenií může docházet ke zhoršení poznávacích funkcí (**kognitivnímu deficitu**), jmenovitě paměti (zejména vybavování informací), řeči, pozornosti (udržení pozornosti, potlačení okolních rušivých vlivů, koncentrace na jeden či více jevů) a někdy také jako zhoršení inteligence. Přítomnost poznávacích deficitů během dospívání může předpovídat nástup schizofrenie, ale není pro schizofrenii typická, vyskytuje se i u dětí před rozvojem afektivní poruchy, stejně jakou dětí, u kterých k rozvoji psychického onemocnění v budoucnu nedojde (Obereignerů, Obereignerů, Divéky, Praško, 2011).

Další specifika schizofrenie se již v jednotlivých diagnostických manuálech liší. Čtvrtá revize manuálu DSM-IV nacházela shodu s MKN-10 v subtypu **paranoidní schizofrenie** (tam kde převažují paranoidní halucinace, v subtypu **katatonické schizofrenie** (s predominantními psychomotorickými abnormalitami jako např. vzrušivost nebo negativismus), zatímco subtyp s převažující emoční oploštělostí a dezorganizací chování a řeči je v MKN-10 označován jako **hebefrenní schizofrenie**, v DSM-IV byl označován jako **dezorganizovaná schizofrenie**. Zbylé případy, které se nehodí do tří uvedených kategorií, diagnostikovaly oba manuály shodně jako **nediferenciovanou schizofrenii** (Carr, 2005).

Aktuální revize manuálu DSM-V se shoduje s MKN-10 v hlavních rysech definice (klamy, halucinace, dezorganizovaná řeč, bizarní chování) a některých **negativních symptomech**, jako je omezení aktivity, řeči a afektu. Výraznou změnou v DSM-V je zrušení subtypů schizofrenie s odkazem na jejich malou klinickou užitečnost. Důvodem byla zejména skutečnost, že projevy schizofrenie se často postupem času mění, takže subtyp dával informaci pouze o symptomech v okamžiku stanovování diagnózy, nerefletoval však aktuální stav (APP, 2013).

Kromě dílčích změn rovněž DSM-V zavádějí nově psychopatologické dimenze a specifikují průběh schizofrenie z dlouhodobého hlediska z pohledu epizod (první, opakovaná), remise, a z pohledu dlouhodobého výhledu, který může být akutní, nebo chronický (Tandon et al., 2013). DSM-V rovněž zpřísnil kritéria schizoafektivní poruchy a oddělil katatonii jako nespecifický a odlišně specifikovaný příznak (Höschl, 2013).

Každá podskupina zahrnuje širokou škálu různých příznaků, které se projevují často natolik individuálně, že schizofrenie bývá pro svou mnohotvárnost označována jako

„**nemoc sta tvář**“ (Orel et al., 2012). Z toho důvodu může schizofrenie často splňovat diagnostická kritéria pro poruchy nálady, poruchy osobnosti, pervazivní vývojové poruchy (autismus), nebo drogou indukovanou psychózu. Třetina dětí s diagnózou schizofrenie splňuje kritéria pro depresi a třetina kritéria pro poruchy chování. V praxi to znamená, že lidem s výše uvedenými symptomy bývá přidělena někdy diagnóza schizofrenie, jindy bipolární porucha. Prakticky se setkávají s označeními, jako jsou psychóza, paranoia, schizoafektivní porucha, manická deprese a psychotická deprese (Carr, 2005).

Při stanovování diagnózy je rovněž třeba odlišit schizofrenii od méně častých onemocnění, která se schizofrenii podobají, ale mají původ v chorobě mozku, či systémovém onemocnění (např. hepatolentikulární degenerace, Huntingtonova chorea, expanzivní neoplazma mozku, aj.), nebo ve virové či bakteriální infekci (neuroinfekční organická psychóza) (Raboch & Zvolský et al., 2001).

Výzkumy zkoumající správnost přidělené diagnózy doložily, že přidělené diagnózy se liší mezi jednotlivými zeměmi, jednotlivými zdravotnickými zařízeními i jednotlivými klinickými pracovníky. Bylo rovněž zjištěno, že jednotliví lékaři a psychologové mají **diagnostické preference** a u klientů přednostně upřednostňují jedny symptomy před druhými. V praxi to znamená, že pokud jeden člověk navštíví různá zdravotnická zařízení, jsou mu přiděleny různými lékaři různé diagnózy. Ani po proškolení na diagnostická kritéria se kliničtí pracovníci s praxí neshodli více než v 50 % stanovených diagnóz (Cooke, 2014), což poměrně limituje možnosti uzdravení, protože volba vhodné terapie je na správném stanovení diagnózy závislá.

1.2. Vznik schizofrenie

Příčina schizofrenie zůstává i přes intenzivní výzkum doposud neznámá. Aktuální publikace Britské psychologické společnosti o schizofrenii upozorňuje na negativní trend nekritického přebírání myšlenky podsouvané farmaceutickými firmami, které propagují jednostranný náhled, že schizofrenie je neurologickou poruchou způsobenou biochemickou nerovnováhou v mozku. Přestože podíl biologických faktorů na schizofrenii je neoddiskutovatelný, existuje příliš málo důkazů na to, abychom se mohli o většině lidí s diagnózou schizofrenie domnívat, že příčinou schizofrenie je jejich mozek (Cooke, 2014).

Podle současného stavu vědy se má za to, že na vzniku a rozvoji schizofrenie se může podílet celá řada faktorů a vlivů, tzv. **multifaktoriální etiopatogeneze** (Orel et al., 2012). Příkladem komplexního působení je vznik schizofrenie u dítěte rodiče s psychotickým onemocněním. Můžeme předpokládat vliv dědičnosti, zároveň ale nelze opomenout psychosociální faktory. Onemocnění rodiče psychotickým onemocněním má totiž negativní dopad jak na vztahy v rodině (je zdrojem chaotické a ambivalentní komunikace), tak na výchovu, která vykazuje často permissivní, nedbalé, nebo autoritativní rysy (Engur, 2017).

Existuje řada teorií, které lze rozdělit do dvou skupin – biologické a psychosociální.

1.2.1. Biologické teorie

Mezi hlavní biologické teorie se řadí **teorie genetická** (hledá vadnou funkci genů a možno léčbu medikací), **teorie neuro-vývojová** (předpokládá vznik schizofrenie v důsledku poškození mozku plodu v prenatálním, či perinatálním období, např. v důsledku infekčního onemocnění (Carr, 2005). Tato teorie byla podpořena např. výzkumem vlivu potravinové deprivace během nacistické blokády v Nizozemí v letech 1944-1945, který prokázal genderově specifické riziko zvýšeného rizika schizofrenie u žen v důsledku nedostatečné prenatální výživy matky během prvního trimestru (Susser & Shang, 1992).

Dopaminová teorie, která hledá příčinu nerovnováhy v mesolimbickém dopaminergním systému a předpokládá léčbu pomocí antipsychotik. V neprospěch dopaminové teorie hovoří skutečnost, že antipsychotika nefungují bezprostředně, úplnému vymizení pozitivních symptomů po nasazení antipsychotik dochází zřídka, na negativní symptomy neúčinkují prakticky vůbec. Přibližně u čtvrtiny lidí nemá léčba antipsychotiky žádný účinek (Carr, 2005). Od dopaminu se postupně přesunuje zájem k jeho postsynaptickým receptorům a dalším mediátorům (Orel et al., 2012). Rovněž přibývají **teorie integrativní**, které se zabývají vzájemnou interakcí biologických a psychosociálních faktorů. Příkladem je **model diateze-stres**, který předpokládá, že lidé s genetickými dispozicemi, nebo s dispozicemi majícími původ v komplikacích v předporodním a poporodním vývoji, jsou ve stresujících životních a rodinných událostech více ohroženi vznikem schizofrenie. Léčba kombinuje antipsychotickou medikaci, rodinnou intervenci a kognitivně-behaviorální terapii (Carr, 2005).

1.2.2. Psychosociální teorie

Mezi hlavní psychosociální hypotézy se řadí **hypotéza kognitivního deficitu**, která předpokládá původ symptomů v kapacitě paměti a ne/schopnosti odfiltrovat relevantní informace z přicházejících informací z prostředí, navrhuje léčbu redukcí stimulů z vnějšího prostředí a zjednodušováním informací (Carr, 2005).

Hypotéza kognitivní bias (předpokládá, že systematické chyby ve sběru, analýze a interpretaci dat vedou ke zkreslení konečných výsledků, tedy kognitivní bias a vzniku pozitivních symptomů (zejm. klamů a halucinací)), předpokládá léčbu kognitivní terapií zaměřenou na negativní emoční stavy asociované s emoční bias (Carr, 2005; Bencko, 2002).

Prodromální hypotéza předpokládá jasně identifikovatelný dysforický prodromální (předcházející nemoci) syndrom, který předchází psychotické epizodě (Carr, 2005). Dysforie v této souvislosti označuje celkově prožívaný pocit nepohody, zahrnující zejm. změny myšlení, nálady, motivace, bdělosti a schopnosti prožívat emoce (Racková & Janů, 2007). Léčba spočívá v učení se rozpoznávat známky blížícího se relapsu, které jsou u každého člověka jiné a představují jedinečný rukopis relapsu. Intervence cílí na prodromální syndrom (Carr, 2005). Reálným důsledkem prodromální hypotézy v předešlých dvou dekadách je vytvoření nového konstruktů označovaného jako **klinicky vysoké riziko pro vznik psychózy** (high-risk state for psychosis HR) s cílem definovat přesněji fázi před nástupem onemocnění, projevující se prodromálními symptomy (Fusar-Poli et. Al, 2013).

Hypotéza sociální třídy (hypotéza sociálního směřování) předpokládá, že na vzniku schizofrenie se může podílet stres spojený s životem ve třídě s nízkým socioekonomickým statusem a opačně. Ovlivňují se tedy navzájem (Carr, 2005).

Jako významné psychosociální faktory byly v této souvislosti identifikovány chudoba a příslušnost k minoritní skupině obyvatel, která zažívá nějakou formu diskriminace nebo znevýhodnění (ženy v patriarchální společnosti, gayové a lesbičky v homofobní společnosti, lidé s odlišnou barvou pleti v rasistické společnosti). Toto znevýhodnění je charakteristické relativním nedostatkem moci a omezeným přístupem k fyzickým či sociálním zdrojům nutným pro zajištění a udržení psychické pohody na straně jedné, mlčením na straně druhé. Například obtíže zdravotnického personálu hovořit o sexualitě homosexuálních klientů mohou

produkovat mlčení, které může být klientem vnímáno jako signál neakceptace (Read, Mosher & Bentall, 2004).

Tato teorie byla podpořena řadou studií. Výzkumy z Evropy, USA, Austrálie a Nového Zélandu potvrdily vliv **etnické příslušnosti** jako rizikového faktoru schizofrenie. Vztah mezi etnicitou a schizofrenií je zprostředkován opět psychosociálními faktory, zejména diskriminací, finanční nerovností, nezaměstnaností a sociální izolací. **Chudoba** je prediktorem řady psychických poruch, nejvýraznější spojitost však vykazuje se schizofrenií. U britských dětí vyrůstajících v chudobě bylo zjištěno čtyřnásobné riziko psychické poruchy, ale osmkrát vyšší riziko schizofrenie. V rodinách bez výskytu schizofrenie zvyšuje chudoba dětí riziko schizofrenie sedminásobně (Read, Fink, Rudegeair, Felitti & Whitfield, 2008).

Srovnávací studie rovněž přinesly důkaz, že míra výskytu duševních obtíží v jednotlivých zemích je odlišná a narůstá se zvyšující se mírou **nerovnosti a sociálního znevýhodnění** v zemi. Například ve Velké Británii, s vyššími rozdíly v příjmech, je i vyšší míra psychických obtíží, oproti Norsku s nižší mírou sociální nerovnosti. Dopady relativní sociální nerovnosti se projevují i na úrovni komunit. Lidé žijící v chudobě v sousedství bohatšího společenství mají tendence prospívat psychicky hůře než lidé žijící v chudobě, zato v sousedství společenství s podobnými příjmy (Cooke, 2014).

Teorie rodinného prostředí soustředí pozornost na komunikační styly a vyjadřování emocí na úrovni rodiny (Orel et al., 2012). Počátek této hypotézy se váže k **teorii dvojné vazby**, která poukázala na specifické komunikační vzorce v rodinách, ve kterých byl jedinec ve vztahu k jednomu nebo více členům rodiny (často matce), opakovaně vystavován negativním nařízením, která navzájem vylučují možnost je splnit (Bateson et al, 1956). Kromě širšího dopadu na sociální a behaviorální vědy tato teorie historicky ovlivnila rodinou terapii a její užití v rodinách, kde jeden či více členů mají diagnózu schizofrenie (Visser, 2003).

Další teorií je **teorie traumatizujících událostí**, která primárně souvisí s tématem této bakalářské práce a které se budu věnovat níže v samostatné kapitole 3.2.

1.3. Epidemiologie

Obecně jsou psychotické prožitky relativně časté, až 10 % populace zažije někdy v životě situaci, kdy na ně mluví nějaký hlas, přestože tam nikdo není (Cooke, 2014). Diagnózu schizofrenie mezi lidmi staršími 18 let získá 1 % populace, což je údaj potvrzený opakovaně studii. Prevalence schizofrenie u dětí a mládeže do 18 let není dostatečně podložena, je pouze patrné, že mezi lidmi do 18 let s diagnózou schizofrenie převažují muži. Vzhledem k tomu, že ve skupině nad 18 let se již zastoupení mezi pohlavími neliší, má se za to, že prevalence schizofrenie mezi muži a ženami je stejná, pouze u mužů nastupuje schizofrenie dříve (Carr, 2005).

U dvou třetin dochází k chronifikaci, v řadě případů vyřadí člověka z produktivního života, mohou být invalidizující (Orel et al., 2012). Procento vyléčených v dlouhodobém sledování ve studiích kolísá mezi 22-27 %, k sociální úzdravě došlo u 39-69 %, neuspokojivé výsledky má léčba ve 24-42 % případů hodnoty (Raboch & Zvolský et al., 2001).

Zde je nutno podotknout, že uvedená čísla se týkají pouze lidí, kteří dobrovolně či nedobrovolně vstoupí do systému zdravotnické péče. Významná část populace, která splňuje diagnostická kritéria, žije spokojený život bez diagnózy i bez léčby, čímž zároveň unikají statistikám. Velkou pozornost vzbudil výzkum z roku 1987 realizovaný na základě televizní kampaně, který ukázal, že 34 % lidí (ze 173 zkoumaných) své hlasy zvládá a stanovuje svým hlasům hranice (Romme & Escher, 2008). Beavanová, Read, Cartwright (2011) vyhodnocovali výskyt slyšení hlasů v populaci na základě 17 prací z 9 zemí pořizených z období od roku 1894 do roku 2007. Z důvodu metodologické nejednotnosti vykazovaly studie značný rozptyl. Medián 13,2 % však výzkumníky vedl k závěru, že slyšení hlasů v populaci není vzácným jevem a je třeba opustit jeho stávající jednoznačně patologickou interpretaci. Slyšení hlasů a paranoidní pocit jsou obecné prožitky, nazývat je symptomy psychického onemocnění je tedy pouze jedním z možných způsobů jejich interpretace (Cooke, 2014).

1.4. Léčba a uzdravení

Výsledky léčby jsou individuální a záleží na řadě faktorů. Vyšší míra uzdravení byla zaznamenána u adolescentů, žen, s dobrým premorbidním fungováním před

(rychlým) nástupem schizofrenie, kterému předcházely stresující životní události. Vyšší šanci mají rovněž lidé, kteří se po skončení hospitalizace mají kam vrátit a žijí příznivých sociálních podmínkách (Carr, 2005), což nutně neznamená návrat do rodinného kruhu, který může představovat **riziko zvýšené stresové (emoční) zátěže**.

Stresovou zátěž může představovat chování rodičů. Ti mohou dítě vinit ze vzniku onemocnění, mohou ho kritizovat, že neužívá medikaci, že selhává při plnění povinností, nebo se mohou příliš vměšovat do života svého dítěte a mohou ho stresovat přehnanou mírou kontroly (Weis, 2013).

Menší míru relapsu (návratu onemocnění) mají lidé, kteří se po propuštění vracejí na ubytovnu nebo žijí sami, oproti vyšší míře relapsu u lidí, kteří se vracejí do rodiny. Lidé s diagnózou schizofrenie jsou velmi citliví i na minimální hladinu stresu, což podporují výzkumy zkoumající míru relapsu, v závislosti na míře stresu v rodině, měřenou pomocí metody Vyjadřování emocí EE (Tarrier, 2008, in Romme & Escher, 2008). Podrobnější výzkum lidí, kteří slyší hlasy, ale fungují dobře bez nutnosti lékařské péče, ukázal, že ne-pacienti častěji žijí v manželském svazku, vnímají více podporu a o svých hlasech více komunikují

Rozhodující vliv na uzdravení má i **sebehodnocení** a taktéž **copingové strategie** (strategie zvládnání životních situací). V souvislosti se slyšením hlasů bylo zjištěno, že lidé, kteří hlasy zvládají, méně odvracejí od hlasů pozornost a častěji je buď ignorují, nebo jim naslouchají selektivně. Hlasům častěji stanovují hranice (Romme & Escher, 2008).

Standardní léčba v euroamerickém zdravotnictví v současnosti zahrnuje farmakologickou terapii zaměřenou na kontrolu pozitivních symptomů, psychoterapii a svépomoc.

Farmakologická terapie se opírá o antipsychoticky působící léky (**antipsychotika**) a řídí se odbornými doporučeními, ze současných se jedná zejména o Postupy v léčbě psychických poruch, doporučení Americké psychiatrické asociace, standardy NICE, Texaské algoritmy, konsenzus odborníků a Doporučené postupy psychiatrické péče III (Markovič, 2012).

Jedou ze zásad léčby je **monoterapie**, tedy upřednostňování jednoho léku oproti kombinacím, které by ztěžovaly hodnocení efektivity léčby (Raboch & Zvolský et al., 2001). Léčba se dělí na **akutní fázi** s cílem redukovat psychotické příznaky, **stabilizační fázi** s cílem obnovit normální fungování a **dlouhodobou fázi** s cílem dosáhnout a udržet remisi (ústup příznaků) a předcházet relapsu - návratu onemocnění (Češková, Prikryl & Pěč, 2010).

K dispozici jsou historicky starší **antipsychotika I. generace**, kam spadají **sedativní (bazální) antipsychotika** s výrazným trankvilizačním (zklidňujícím) a hypnosedativním (tlumícím) afektem, např. chlorpromazin, levomepromazin, chlorprothixen, zykloprothixen, zykloprothixol, a **incizivní antipsychotika**, která působí zejména na neklid a agresivitu, např. perfenazin, prochlorperazin, haloperidol, melperon (Petr & Marková et al., 2014).

V současné klinické praxi se jako léky první volby užívají **antipsychotika II. generace**. Teprve při vyčerpání možností se volí léky první generace. V případě nevyhovujícího léku volí lékař mezi několika možnými scénáři, jak změnu medikace provést (abruptivní změna provedená najednou, zkřížené scénáře s úpravami hladin léků, apod.) a zvažuje možné přínosy a rizika (Markovič, 2012). Očekávaný přínos antipsychotik druhé generace spočívá v rozšíření terapeutické účinnosti na negativní, afektivní a kognitivní příznaky. Mezi druhou generaci se řadí selektivní antagonisté dopaminových receptorů (sulpirid, amisulprid, tiaprid), antagonisté serotoninových a dopaminových receptorů SDA (risperidon, ziprasidon), multireceptoroví antagonisté MARTA (klozapin, olanzapin, quietiapin, zotepin), aripiprazol je zařazen jako dualista dopaminových a antagonistů serotoninových receptorů (Petr & Marková et al., 2014).

Míra **kompliance** (spolupráce při léčbě) je u schizofrenie nízká. První rok léčby nespolupracuje polovina (48%) pacientů, ve druhém roce již tři čtvrtiny (Racková & Janů, 2007).

Jedním z důvodů jsou **nežádoucí účinky** antipsychotik. Typickým vedlejším účinkem je např. extrapyramidová svalová ztuhlost, díky které byla první generace označována jako **neuroleptika** (Raboch & Zvolský et al., 2001). Extrapyramidové příznaky mohou být časně, jako např. **parkinsonoid** (charakteristický třesem, svalovou ztuhlostí), **akutní distonie** (mimovolní kontrakce svalů v oblasti obličeje,

šíje), v případě neovladatelného stáčení očí vzhůru se jedná o tzv. **okulogyrní krizi** (Orel et al., 2012), pacienty často nazývanou „stropky“.

Nežádoucí účinky lze z pohledu délky trvání dělit na **akutní nežádoucí účinky** (vyskytují se v řádu hodin až týdnů) a **chronické nežádoucí účinky** (v řádu týdnů až let). Obecně dělíme nežádoucí účinky antipsychotik podle oblasti projevu na **neurologické** (sem spadají např. výše popsané), **autonomní** (působící negativně na srdeční činnost, krevní tlak apod.) a **metabolické** (negativně ovlivňující hmotnost, hladinu glukózy, tuku v krvi apod.) (Steingard, nedat). Závažnou komplikací, která může končit smrtí, je **maligní neuroleptický syndrom (MNS)**, který se rozvíjí jeden až tři dny. Jeho léčba musí být razantní a odehrává se na jednotce intenzivní péče (Orel et al., 2012).

Mezi nežádoucí účinky antipsychotik patří rovněž **dysforie**, subjektivní reakce na podání antipsychotik, projevující se útlumem, ospalostí neschopností myslet a celkovým pocitem nepohody. Klinický obraz a dobu rozvoje dysforie označujeme jako **Iniciální dysforickou reakci (IDR)**. IDR je klinicky méně výrazná komplikace, která často unikne pozornosti lékaře, což se projevuje i v rozdílném odhadování prevalence (výskytu) IDR v rozpětí 10–60 % pacientů medikovaných antipsychotiky 1. generace. IDR má negativní vliv na efektivitu léčby, terapeutický vztah a spolupráci s lékařem a zvyšuje pravděpodobnost předčasného vysazení medikace, relapsu, suicidality (sebevražedného jednání) a abúzu (zneužívání) alkoholu a psychoaktivních látek (Racková & Janů, 2007).

Problematická je **účinnost antipsychotik**, nefungují totiž bezprostředně, působí pouze na pozitivní symptomy (bludy, halucinace) a to pouze částečně, k úplnému vymizení pozitivních symptomů po nasazení antipsychotik dochází zřídka. Na negativní symptomy (nečinnost, neschopnost mluvit) neúčinkují prakticky vůbec. Přibližně u čtvrtiny lidí nemá léčba antipsychotiky žádný účinek (Carr, 2005).

V této souvislosti je často zmiňován argument, že druhá generace antipsychotik je účinnější, má větší indikační šíři (rozsah účinků) a méně nežádoucích účinků. To však bylo do značné míry vyvráceno doposud největší longitudinální (dlouhodobou) Studii efektivity léčby pomocí antipsychotik (CATIE) financovanou Národním institutem duševního zdraví (NIMH), která sledovala 1500 pacientů po dobu 18 měsíců. Jedním ze závěrů bylo například, že quetiapin, risperidon a ziprasidon

z druhé generace mají srovnatelnou účinnost jako perfenazin z první generace, ten je však díky nižší ceně ekonomičtější variantou (Schwartz et al., 2008). Tato studie vzbudila značné kontroverze, její výsledky však potvrdily i další studie, jako britská Studie finanční užitečnosti druhé generace antipsychotik (CUtLASS). Obě studie vedly k závěru, že druhá generace antipsychotik není ani efektivnější, ani lépe snášená, v porovnání s první generací (Lewis & Liebermann, 2008). Studie CATIE však přinesla řadu benefitů, protože podrobně zmapovala vedlejší účinky antipsychotik a jejich účinnost pro různé cílové skupiny v různých fázích léčby, což umožňuje cílenější volbu medikace a redukci nežádoucích účinků (NIMH, nedat).

Z těchto důvodů není samotná medikace dostačující a léčba musí zahrnovat i **psychosociální intervenci** zahrnující psychoterapii, posílení vnitřních zdrojů potřebných ke zvládnutí, a zajištění sociální podpory (Pěč, 2009).

V rámci psychoterapie je k dispozici **rodinná intervence** zaměřená na porozumění onemocnění a zvládnutí související zátěže v rodině (v České republice méně obvyklá), **individuální nebo skupinová kognitivně-behaviorální terapie (KBT)** cílená na zvládnutí symptomů a kontrolu environmentálního stresu (Carr, 2005). Mezi další psychoterapeutické metody se řadí **kognitivní remediaci**, zkracující dobu léčby a zlepšující schopnost strukturovat myšlení, řešit problémy a plánovat, dále **psychodynamická terapie, narativní a systemická terapie, terapie traumatu** (Cooke, 2014).

Výzkumy mapující efekt terapie se téměř výhradně zaměřují na efekt terapie a pacientů v post-akutní, nebo chronické fázi. Velmi málo informací máme o efektu **terapie v akutní fázi** první psychotické epizody. Tarrier a kolektiv (2004) porovnávali skupinu pacientů (n=101) léčenou pomocí kognitivně-behaviorální terapie KBT (15 sezení v průběhu 5 týdnů) s kontrolní skupinou se standardní léčbou (n=102). Pacienti léčení pomocí KBT vykázali po čtyřech týdnech signifikantní zlepšení oproti kontrolní skupině. Zmírnění symptomů bylo patrné i s odstupem 18 měsíců po ukončení terapie KBT. Na míru relapsu nebyl zaznamenán žádný vliv. Zajímavým faktem je, že šestý týden pozitivní efekt terapie vymizel, zde není jasné, jakou roli sehrálo nasazení medikace v rámci přechodu na klasickou léčbu. Studie však poukázala na možný přínos terapie v akutní fázi (Haddock & Lewis, 2005).

Další komponentou léčby je skupinová **edukační práce** členů rodiny, zejména rodičů (Carr, 2005). Významnou pomocí je pak aktivní zapojení prostřednictvím **svépomocných skupin** (Cooke, 2014), které svým členům pomáhají anonymně sdílet životní zkušenosti, akceptovat je a vzájemně si poskytovat pomoc a podporu. Příkladem svépomocného hnutí jsou skupiny Slyšení hlasů, které založil v roce 1987 holandský psychiatr Marius Romme s kolektivem. Skupin je v současnosti více než 400 ve 36 zemích světa (Slyšení hlasů, 2016).

Progresivním přístupem v léčbě schizofrenie je finský **Otevřený dialog**. Tento komplexní psychiatrický systém péče propojuje zdravotnickou péči (psychiatra, psychiatrickou zdravotní sestru, psychologa) se sociálními službami (sociálním pracovníkem, kurátorem apod.) a komunitou pacienta (rodinní příslušníci, školní zaměstnanci nebo kolegové z práce, zainteresovaní úředníci apod.). Mezi jeho výrazné charakteristiky patří síť výjezdních týmů, které se sejdou s pacientem nejpozději 24 hodin od prvního kontaktu. Týmy se řídí pevně danými specifickými pravidly, jejichž výsledkem je vysoce individualizovaná péče na míru každému pacientovi (Seikkula & Arnkil, 2013).

Otevřený dialog je mezi léčebnými dopady signifikantní zejména svými výsledky. Výrazně zkracuje jak dobu nemocniční péče, tak dobu celkové léčby. Snižuje množství relapsů, objem užívané medikace a trvalou invaliditu (Aaltonen, Seikkula & Lehtinen, 2011; Seikkula, Alakare & Aaltonen, 2011).

Nevýhodou Otevřeného dialogu z pohledu medicíny založené na faktech je výzkum založený na malém populačním vzorku. V následujících letech jsou očekávána další statistická data z Velké Británie a Polska, kde se v současnosti o testování a zavádění Otevřeného dialogu diskutuje (Kłapciński, Matuszek & Wojtyńska, 2015; ISPS, 2015).

2. TRAUMA

Ve druhé kapitole definuji trauma, popíšu jeho vznik a průběh. Blíže vymezím rozdíly mezi jednotlivými fázemi, typy a projevy traumatu. V samostatné kapitole se zaměřím na posttraumatickou stresovou poruchu, její specifika a důsledky. Rovněž se budu zabývat výskytem traumatu a posttraumatické stresové poruchy v populaci a možnosti léčby.

Tato kapitola tvoří společně s první kapitolou nezbytný znalostní základ pro zkoumání vztahu mezi traumatem a schizofrenií v kapitole třetí.

2.1. Trauma a jeho specifika

Traumatická událost je událost ohrožující jedince nebo ostatní zraněním, smrtí, nebo narušením fyzické integrity, která je v okamžiku vzniku doprovázena hrůzou, násilím, nebo bezmocností (tím se trauma odlišuje od událostí, během kterých subjektivně vnímáme, že požadavky na nás kladené jsou vyšší než naše zdroje, které potřebujeme k jejímu zvládnutí. Takové události označujeme jako **stres**) (APA, 2008). Hrozba může mít podobu interní, např. bolest, nebo externí – agresor (Perry, 2003).

Mezi **typické traumatizující události** patří sexuální, nebo fyzické násilí, domácí a komunitní násilí (šikana), dopravní nehody, zdravotnické trauma, válečné události, přírodní a člověkem způsobené katastrofy (APA, 2008).

Zatímco sexuální a domácí násilí, šikana, katastrofy a válečné události jsou v odborné literatuře hojně popsány, velmi málo bylo v odborné literatuře napsáno o **zdravotnickém traumatu**, neboli traumatu vzniklém v důsledku zdravotnických zákroků, onemocnění a hospitalizace. V USA je jím ročně ohroženo přibližně 12 milionů přeživších rakovinu, 1 milion se srdečním infarktem, více než 1 milion HIV pozitivních, tři čtvrtě milionu lidí s mozkovou mrtvicí, a další. Zdrojem zdravotnického traumatu mohou být léčebné procedury, medikace, bolest, zdravotnické prostředí, bezmocnost, dezorientace ale i nesoulad mezi pacientem a neznámým prostředím (Flaum Hall & Hall 2013).

Traumatizující událost může mít další konsekvence, které mohou být rovněž traumatizující a mohou mít negativní dopad na rodinnou strukturu a sociální

fungování, např. medializace v tisku, policejní vyšetřování a soudní řízení (Perry, 2003). Traumatická událost zasáhne i blízké, kteří s traumatizovaným sdílejí společný život, a to bez ohledu na to, zda se traumatizující události přímo účastnili. Hovoříme o **sekundární traumatizaci** (Tóthová, 2011).

Mezi negativní následky traumatu patří rovněž **sekundární krize**. Ta v případě zdravotnického traumatu může znamenat ohrožení dalšího vývoje jedince, může mít negativní dopad na fyzické zdraví, vyústit v existenční a vztahovou krizi apod. (Flaum Hall & Hall, 2013).

V případě dlouhodobé, opakující se traumatizující události, jako např. v případech dlouhodobého sexuálního, nebo fyzického týrání, hovoříme o **komplexním traumatu** (Shaw, Espinel & Shultz, 2007). Negativní projevy traumatu jsou úměrné celkovému počtu traumatických událostí. Efekt více traumatických událostí se kumuluje a úměrně jejich počtu klesá kvalita psychického a fyzického zdraví. Hovoříme o **kumulativním efektu traumatu** (Agorastos et al., 2014). Ten má za následek především závažnější průběh posttraumatické stresové poruchy a deprese (Suliman et al., 2009).

Neuzdravené traumatické události se nevyskytují v rodině izolovaně, ale ovlivňují další členy a mohou být předávány dalším generacím v podobě transgeneračních zranění. V takovém případě hovoříme o **transgeneračním přenosu traumatu** (Tóthová, 2011). V jeho důsledku působí trauma i po smrti osoby, která jej zažila a může být zdrojem výskytu psychických poruch v rodině (Wolynn, 2017). V této souvislosti se diskutuje i role genů. Rachel Yehudová s kolektivem v roce 2016 upozornila na specifické genetické změny u 32 přeživších holokaustu a jejich potomků (Yehuda et al., 2016).

Traumatické události v dětství zvyšují riziko sociálních, neuropsychiatrických a jiných zdravotních obtíží (srdeční onemocnění a astma) v dětství i dospívání. Ze sociálních se jedná zejména o těhotenství v dospívání, zneužívání drog v adolescenci, viktimizaci, antisociální chování a problémy ve škole. Častými neuropsychiatrickými důsledky je posttraumatická stresová porucha, disociativní porucha a poruchy chování (Perry, 2003).

Trauma u dětí zneužívaných fyzicky a zároveň šikanovaných vrstevníky se kumuluje a zvyšuje riziko psychózy v rané dospělosti (Asenault et al. In Schäfer, & Fischer, 2011).

U dospělých nesoucích následky strádání nebo traumatu dětství bývá patrný závažnější klinický profil deprese, úzkosti a zneužívání látek a emocionální nestability (Schäfer, & Fischer, 2011), provázený poruchami nálady, poruchami příjmu potravy, poruchami osobnosti a zneužíváním návykových látek (Read, Bentall, 2012).

Oběti fyzického nebo sexuálního násilí užívají více psychiatrické medicíny, mají výraznější symptomy, častěji a déle jsou hospitalizovány na psychiatrii, více se sebepoškozují, vykazují ve vyšší míře suicidální tendence a častěji se pokoušejí o sebevraždu (Read, Bentall & Fosse, 2009).

2.2. Vznik a průběh traumatu

Akutní fáze traumatu je charakteristická náhlým uvědoměním zranitelnosti v konfrontaci se zraněním nebo smrtí. Je provázena pocitem ohrožení a často rovněž pocitem úzkosti a bezmocnosti (Shaw, Espinel & Shultz, 2007). Hlavní reakcí na akutní trauma je nabuzení, totální mobilizace těla charakterizovaná jako „bojů nebo útek“. Prvním stupněm imobilizace je **poplašná reakce**, která uvede jedince ze stavu klidu do stavu ostražitosti. Pokud hrozba dále trvá, přechází poplašná reakce do druhé fáze, kterou je **stav vybuzení**, komplexní odpověď iniciovaná a řízená z vývojově starších mozkových struktur (locus coeruleus, amygdaly, hypotalamu a jádra mozku kmene), která se projeví na úrovni neurofyziologické, fyziologické, na úrovni prožívání, vnímání i emocí. Do centra pozornosti jedince se dostanou neverbální signály jako oční kontakt, výraz tváře, držení těla a gesta. Během kontinua nabuzení dochází k posunu ze stavu ostražitosti přes fáze poplachu, strachu až do fáze násilí. Pro třetí fázi (**kontinuum poplachu**) je typická vystupňovaná aktivita sympatického nervového systému, která způsobí zvýšení srdečního tepu, krevního tlaku, respiraci, uvolnění jaterních zásob glukózy a zvýšený svalový tonus. Jedná se o vysoce adaptivní reakci.

Pokud fyzický útek nebo útok není možný, může být aktivován **disociační obranný mechanismus**, charakterizovaný strategií netečnosti nebo vzdáním se. Na rozdíl

od fyzického útěku, disociace je mechanismus probíhající zejména na úrovni psychiky, protože obranné mechanismy na úrovni těla selhaly. Dochází k přesunu pozornosti z vnějšího světa do světa vnitřního. Disociaci často provází zkreslené vnímání času (**časová distorze**). Jedinec vnímá vlastní tělo jako něco nereálného, to co s ní děje na fyzické úrovni, vnímá jako nereálné (**depersonizace**), jako by sledoval televizní film o svém životě. V extrémních případech, často u dětí, dochází k úniku do fantazijního světa, ve kterém mají často speciální schopnosti, nebo nedostupné možnosti (Perry, 2003).

Dispozice k disociaci je větší zejména u těch, kteří byli v mládí zneužíváni (v.d. Hart, 2008). Obecně rozumíme disociací vzájemné odpojení funkcí, které jsou obvykle asociovány (vědomí, paměti, identity a vnímání). Příkladem může být člověk, který nemá, nebo není schopen vyjádřit žádné emoce ve vztahu k události, přestože pro něj byla ohrožující (ISSTD, 2007).

Masivnější formou disociace je **traumatická amnézie**, ke které dochází v okamžiku, kdy se oběti nedaří zcela mentálně opustit danou situaci. Zneužívané dítě si například představuje, že ulétá z okna, schovává se za tapetou. Probíhající trauma si tak neuvědomuje, popř. nepamatuje (v.d. Hart, 2008). Ve fyziologické rovině disociace snižuje srdeční rytmus, v psychické rovině zmírňuje vnímání úzkosti a bolesti. Působí tedy protektivně (Perry, 2003).

Nutno podotknout, že samotná existence disociace neukazuje automaticky na trauma. Disociační mechanismy využíváme i za běžných denních situací, jako je denní snění, postupný přechod do bdělého stavu po probuzení apod. Jsou rovněž součástí klinických postupů pro navozování hypnózy a jsou typické pro hypnózu obecně (Erickson & Rossi, 2009).

Způsob odpovědi na trauma je individuální, o následných symptomech rozhoduje převažující **adaptační styl** jedince. Zatímco někteří reagují vybuzením, jiní reagují disociací. U většiny dětí nebo dospělých se však jedná o mix obou reakcí. V průběhu akutní reakce dochází k nabuzení a jedinec prochází dílčími (výše uvedenými) fázemi a v určitý moment jsou poté aktivovány disociační mechanismy. Primární adaptační mechanismy se mohou lišit na základě řady faktorů. **Disociace** se častěji vyskytuje u mladších dětí, žen a ve spojitosti traumaty provázenými bolestí nebo nemožností úniku, zatímco **vybuzení** se častěji vyskytuje u starších

dětí, mužů a ve spojitosti s traumaty, kde jedinec hrál aktivní roli, nebo byl v roli svědka (Perry, 2003).

Po skončení traumatické události následuje **akutní posttraumatická perioda**. Mysl i tělo se postupně začnou vracet zpět v kontinuu vybuzení nebo disociace přes fáze násilí, strachu, poplachu až do klidového stavu. Fyziologické (srdeční tep, krevní tlak...) i psychické adaptační funkce se normalizují. **Normalizace disociační reakce** se projevuje nárůstem pozornosti vůči vnějším stimulům (např. uvědomí si, kde se nachází a co se kolem děje). **Normalizace vybuzení** se projevuje jako nárůst pozornosti vůči stimulům vnitřním (např. uvědomí si náhle bolest, či fyzické zranění). V prvních dnech a týdnech po traumatické události se objevují tři typické skupiny symptomů, které představují vysoce adaptivní fyziologickou a psychickou odpověď na trauma: Opětovné prožívání, snaha vyhnout se vzpomínkám na trauma, fyziologická a psychická reakce na trauma (Perry, 2003).

Snaha vyhnout se vzpomínkám na trauma se projevuje stažením se ze sociálních interakcí, oploštělými emocemi. Negativní vzpomínky na událost jsou často zablokovány, nebo dochází k jejich zneprístupnění, „ztrátě“ paměti (Koplewicz & Cloitre, 2006). **Opětovné prožívání** se projevuje jako opakovaně se vracející vtíravé obrazy v mysli, tematicky spojené s traumatem. Dochází k jejich znovuprožívání, které se navenek může projevovat potřebou o tom hovořit, psát (Perry, 2003). V případě dětí se často projevuje nočními můrami, reakcemi na podněty připomínající událost, děti mohou jednat, jako by událost prožívaly znovu (Koplewicz & Cloitre, 2006). Psychologická reakce na trauma se může rovněž projevit opožděně (**efekt spáče**) a stupňovat se (Shaw, Espinel & Shultz, 2007).

Pro akutní posttraumatickou fázi je typické **vybavování vzpomínek** spojených s traumatem na základě asociace s různými podněty (pach, pocit...), na které může dotyčný reagovat na psychické i fyziologické úrovni. Častou reakcí je přehnaná podezřívavost, podrážděnost, zvýšený svalový tonus a srdeční rytmus (tachykardie) (Perry, 2003), poruchy koncentrace, spánku, dezorganizované chování, u dětí pozorujeme častý pláč, změny chuti k jídlu. Často se vylekají a projevují úzkost a obavy o blízké osoby a obavy z budoucnosti (Koplewicz & Cloitre, 2006).

Podnět z prostředí spojený s traumatem může spustit fyziologickou a psychologickou reakci „Uteč nebo boj“, s následkem **retraumatizace** (Healing

Hands, 2010). Retraumatizační reakci může iniciovat zdánlivě nevinný podnět jako je pach nebo hluk. Výrazně těžšími symptomy se projevuje retraumatizace u jedinců s více traumaty v historii, u kterých je často taktéž nižší compliance v léčbě. Prevence retraumatizace je nezbytnou součástí zdravotnické péči (ITTIC, 2015).

Traumatická paměť zahrnuje věcné kognitivní informace (místo, čas, osoby) uložené v kortexu, emoční (strach, smutek) uložené v limbickém systému, pohybově-vestibulární (pozice těla, hraní na klavír) uložené ve středním mozku, cerebellum, zatímco v mozkovém kmeni jsou uloženy prožitky úzkosti a nabuzení (Perry, 2003). Nabuzení se může projevovat jako nervozita, podrážděnost, horší koncentrace, změny chuti, dezorganizované chování a vyšší citlivost na podněty spojené s traumatickou událostí. Způsob, jakým dítě reaguje na trauma se u jednotlivých věkových kategorií liší (Koplewicz & Cloitre, 2006).

Čím extrémnější nebo delší traumatický zážitek byl, tím je těžší se s ním za pomoci standardních psychických mechanismů vypořádat a zvyšuje se riziko protrahování symptomů. Pokud se tyto původně adaptivní mechanismy stanou dlouhodobým stavem, zvyšuje se riziko chronických emočních, behaviorálních, kognitivních a fyziologických změn. Pokud akutní posttraumatická fáze trvá déle než 6 měsíců, je diagnostikována posttraumatická stresová porucha (Perry, 2003).

2.3. Posttraumatická stresová porucha

Posttraumatická stresová porucha (Posttraumatic Stress Disorder – PTSD) je opožděná reakce na mimořádně stresovou událost. Projevuje se nejprve nespecificky, doprovázena úzkostmi, následovaná po 4-6 týdnech pocity bezmoci, ztráty kontroly a někdy i zlosti. V chronické fázi zasahuje životní hodnoty (Raboch & Zvolský et al., 2001).

PTSD byla klasifikována v roce 1980 v reakci na obtíže veteránů z války ve Vietnamu (Read & Benthal, 2012). Později však byla popsána i u dětí vystavených fyzickému násilí, nebo sexuálnímu zneužívání, komunitnímu nebo domácímu násilí, dopravním nehodám, přírodním katastrofám aj. (Perry, 2003).

U dětí se projevuje částečným úbytkem předchozího fungování a zhoršeným osvojováním si nových činností. Může dojít i k regresivním projevům. V rovině chování se často projevuje formou impulzivního chování, hyperaktivitou, zvýšenou

ostrážitostí, nebo naopak stažením do sebe, nebo depresí. Objevují se spánkové obtíže (nespavost, noční můry) a úzkost. Ve fyziologické rovině je častá hyperaktivita, zvýšený srdeční rytmus a vysoký krevní tlak (Perry, 2003).

V průběhu života je vystaveno traumatické události, pramenící z hrozby zranění nebo smrti, asi 70 % mužů a 50 % žen, přibližně u desetiny z nich se postupem času vyvine PTSD (Shaw, Espinel & Shultz, 2007).

Pravděpodobnost PTSD narůstá s mírou ohrožení života během události a s mírou negativního vlivu na sociální fungování a fungování rodiny (Perry, 2003). U dětí, které byly vůči PTSD rezilientní, byly identifikovány tyto faktory: dobré, podpůrné vztahy, pozitivní náhled na vlastní budoucnost a optimismus, sebedůvěra a pozitivní vnímání sebe sama, orientace na cíl a vytrvalost, tolerance vůči frustraci, vnímavost vůči vlastním pocitům, realistický náhled a přijetí minulosti (Koplewicz & Cloitre, 2006).

V průběhu války ve Vietnamu (1964-1974) sloužilo celkem 3,14 milionu mladých lidí, u nichž se v 1 milionu případů rozvinula PTSD. Oproti tomu v americké populaci je ročně 5 milionů dětí vystaveno zneužívání, násilí nebo traumatizujícím událostem. Ve srovnatelně dlouhém období (1975-1985) zažilo v USA traumatizující událost více než 50 milionu dětí (Perry, 2003). Pokud se u desetiny z nich rozvinula posttraumatická stresová porucha, znamená to, že za deset let války ve Vietnamu bylo PTSD v Americe postiženo 5 milionů dětí a 1 milion válečných veteránů.

Další posun ve vnímání PTSD přinesly studie z konce dvacátého století, které zjistily, že samotná psychóza může být zdrojem následné PTSD (Morrison, Frame & Larkin, 2003), mluvíme tedy o **postpsychotické posttraumatické stresové poruše (PP-PTSD)**. Do té doby chápala tradiční psychiatrie PTSD a psychózu jako dva oddělené konstrukty. Nyní se předpokládá, že kognitivní, sociální a biologické důsledky traumatu mohou zbrzdit zotavení z psychotické epizody a mohou vést k postpsychotické PTSD (Bendall, Alvarez-Jimenez, Hulbert, McGorry & Jackson, 2012).

PTSD byla diagnostikována v průměru u třetiny pacientů s první psychotickou epizodou, prevalence v různých studiích se pohybuje v rozmezí 11 % - 67 %. PP-PTSD je moderována dvěma proměnnými: **pozitivními symptomy**, které jsou v pozitivním vztahu se závažností pozitivních symptomů a způsobem hospitalizace

(dobrovolná/ nedobrovolná), u které jsou důležité zejména disfunkční strategie vyhodnocování a zvládnání stresových situací (např. **prožitek ztráty kontroly**) (

Stávající výzkumy naznačují, že riziko PTSD u jedinců s první psychotickou epizodou je vyšší, pokud již mají předchozí historii traumatu, čelí stresu dysfunkčními vyhodnocovacími a zvládacími strategiemi a vykazují komorbidní depresivní symptomy (Ibáñez, Sevillano, Serven & Sánchez, 2013). Riziko PP-PTSD narůstá 27-násobně u jedinců s předchozí historií traumatu v dětství a 30-násobně u jedinců s historií PTSD v dětství (Bendall et al., 2012).

Pro **diagnózu** posttraumatické stresové poruchy stanovují jednotlivé diagnostické manuály odlišná kritéria. Oproti MKN-10 je diagnostika DSM-IV podstatně více propracovaná. Pro diagnostiku PTSD u dětí existují navíc alternativní kritéria podle Scheeringa (Malá, 2002).

2.4. Epidemiologie

Spolehlivé statistiky traumatizovaných jedinců nejsou k dispozici. Počty traumatizovaných lidí se odhadují ze statistik traumatizujících událostí, ty však často udávají odlišné počty. Důvodem jsou konceptuální a metodologické rozdíly jednotlivých studií, případně jejich nedostatky (Saunders & Adams, 2014).

Například každoroční Národní studie obětí trestných činů (NCSV) amerického ministerstva spravedlnosti, prezentující data z 90 000 domácností, nezaznamenává oběti trestných činů mladší 12 let, ani nezaznamenává případy dětí, které se staly svědky sexuálního, či fyzického násilí. Kritizován je rovněž neadekvátní způsob sběru citlivých údajů o znásilnění a sexuálním zneužití. Studie o násilí na dětech bývají podhodnoceny z řady důvodů. Agresori o svých činech mlčí, děti často taktéž. Bojí se agresora, stigmatizace, ostudy, často mají pocit viny nebo strach, že agresorovi způsobí obtíže. Dalším důvodem může být ustavení násilí jako standardu v rodině. Týrané dítě pak považuje domácí násilí za spravedlivý trest apod (Saunders & Adams, 2014).

Podle Americké psychologické asociace je nejčastějším zdrojem traumatu u dětí **svědectví komunitního násilí** (39–85 %) a **sexuální násilí** (25 – 43 %). Vodítkem potenciálně traumatizujících událostí jsou rovněž zdravotnické statistiky. Například v roce 2006 bylo v USA ošetřeno 7,9 milionu dětí (2,6 % americké populace)

z důvodu neúmyslného zranění (dopravní nehody, pády, požáry, pokousání psem, topení se, atd.) a 400 000 dětí (0,001 % americké populace) zraněných v důsledku násilí (APA, 2008).

Statistiky nehod a násilí ale nelze automaticky interpretovat jako statistiky traumatizovaných obětí. Reakce dětí na trauma se liší v závislosti na řadě faktorů, jako je věk a pohlaví, míra vystavení události, schopnost porozumět situaci, osobnostní styl a fungování před událostí, podpůrná síť a sociální dopady (Koplewicz, Cloitre, & et. Al, 2006). Rozhodující roli při vzniku traumatu hraje podmíněná odolnost a schopnost zvládat životní události, souhrnně označována jako **rezilience** (Sobotková, 2012). Většina dětí je po vystavení traumatické události rezilientní, dlouhodobé symptomy se vyskytnou pouze u některých z nich (Dvir, Denietolis & Frazier, 2013).

Nějakou formu mezilidského nebo komunitního násilí před osmnáctým rokem zažije přibližně jedna čtvrtina dětí. 2 miliony dětí (0,6 % americké populace) se stanou terčem fyzického násilí, nebo sexuální zneužívání. Celkem je tak každý rok v USA vystaveno traumatizující události na 5 milionů dětí (1,6 % americké populace) (Perry, 2003).

Podle podrobnějších dat zažilo **fyzické napadení** (střelnou zbraní nebo nožem, s úmyslem zabít či zranit, nebo vyžadující lékařské ošetření) 17 % amerických adolescentů. Posmívání, nebo **emoční šikanu** zažilo v průběhu života 29 %. Téměř dvě třetiny (70 %) se v průběhu života staly svědky vážného **domácího násilí** mezi rodiči nebo pěstouny (9 %), nebo vážného **komunitního násilí** (38 %). Zatímco chlapci se častěji stanou svědky násilí za použití zbraní či krádeže, dívky (4 %) se častěji než chlapci (2 %) stávají svědky **sexuálního napadení** (Saunders & Adams, 2014).

Obdobná čísla byla zjištěna ve Velké Británii, kde v osobní historii 28 % dětí ve věku 12 let bylo zaznamenáno úmyslné násilí ze strany buď dospělých, nebo vrstevníků a 3 % úmyslné násilí ze strany dospělých a současně ze strany vrstevníků (Arsenault et al., 2011).

V České republice jsou k dispozici například oficiální policejní statistiky, které vykazují poměrně konstantní trend přibližně okolo 600 nahlášených znásilnění

ročně, přičemž přibližně ve dvou třetinách případů je zahájeno trestné stíhání a přibližně 200 pachatelů ročně je odsouzeno (Blatníková, Faridová & Zeman, 2014).

Jak je patrné z výzkumu sexuálního chování české populace, nahlášená znásilnění tvoří ale jen zlomek z celkového počtu. V České republice bylo někdy v životě nuceno násilím k sexuálnímu styku 11 % žen, ale pouze v 5 % případů nahlásily ženy tuto skutečnost na policii. V dětství (do 15 let) uvedlo 7 % českých žen a 3 % mužů, že byli sexuálně zneužiti jinou osobou, u žen šlo nejčastěji o incestní zneužití. Zneužití nahlásily na policii pouze 4 % dívek a 9 % chlapců (Weiss & Zvěřina, 2009).

2.5. Léčba traumatu

Na diagnostiku traumatu a PTSD existuje nejméně 35 diagnostických testů, které zjišťují míru vystavení traumatu, symptomatické projevy, míru disociace a řadu specifických hledisek (Strand, Sarmiento & Pasquale, 2005). Z důvodu absence české verze se většina z nich v České republice neužívá, čímž je stanovení diagnózy značně komplikované, protože PTSD navíc vykazuje **vysokou komorbiditu** (současný výskyt více nemocí) a symptomy PTSD (úzkost, deprese a impulzivita v jednání) se shodují s kritérii jiných diagnóz, jako jsou poruchy pozornosti a nálady, úzkostné poruchy a řada jiných (Perry, 2003).

Počet dospělých, kteří splňují diagnostická kritéria pro alespoň jednu psychiatrickou poruchu je 80 %, což má za následek značnou **diagnostickou nejistotu**. V důsledku toho jsou pak např. týrané ženy nejčastěji léčeny na gynekologické obtíže, obtíže v souvislosti s CNS, včetně bolestí zad, a na chronické obtíže v souvislosti se stresem (Kačeňák, 2011).

Psychoterapie by měla sestávat výhradně z kognitivně-behaviorální terapie (KBT) traumatu, nezávisle na době, která od traumatu uplynula (Assist Trauma Care, 2015). Terapie se soustředí na zvládnání úzkosti, redukci vybuzení a emočního stresu, a na změnu negativních myšlenek (Praško et al, 2001).

Podle směrnice NICE by terapie PTSD neměla být nasazována dříve jak 4 týdny po traumatické události, do té doby by měly být nabízeny především podpora a informace. Kromě kognitivně-behaviorální terapie (KBT) v rozsahu 8-12 sezení se často rovněž používá terapie desenzibilizace pomocí očních pohybů a reprocesování (EMDR). Terapie přesáhne 12 doporučených sezení v případě

mnohonásobného traumatu, traumatického truchlení, při současném výskytu komorbidních poruch či sociálních obtíží a v případech, kdy v důsledku traumatu vznikl chronický hendikep (Assist Trauma Care, 2015). Významnou roli má rovněž skupinová terapie (NHS, 2015).

Medikace není u PTSD léčbou první volby (Assist Trauma Care, 2015), má spíše podpůrnou roli a užívá se jen v případě závažného nebo chronického průběhu (Praško et al, 2001). V takovém případě jsou obvykle předepisovány antidepresiva typu paroxetin, sertralin, mirtazepin (NHS, 2015).

3. TRAUMA JAKO PŘÍČINA SCHIZOFRENIE

V předchozích dvou kapitolách jsem samostatně představil trauma a schizofrenii, abych vytvořil dostatečný znalostní základ pro tuto kapitolu, ve které se budu specificky zabývat již pouze vztahem mezi nimi.

Nejprve osvětlím historický vývoj náhledu na vztah mezi traumatem a psychózou a vyjmenuji hlavní současné teorie. Uvedu výsledky současných výzkumů a samostatně se budu zabývat nově vznikající diagnostickou entitou postpsychotické posttraumatické stresové poruchy.

Sestavím výčet proměnných, které vznik psychózy v důsledku traumatu moderují, a definuji typy traumat, u kterých bylo potvrzeno riziko následného vzniku psychózy. Poté se zaměřím na vztah mezi typem traumatu a povahou psychotických symptomů. V závěru popíšu stávající možnosti diagnostiky a léčby.

3.1. Historický vývoj chápání vztahu mezi traumatem a psychózou

První dvě třetiny 20. století se výzkum omezoval na roli traumatu coby spouštěcího faktoru pro akutní psychózu, nazývanou tradičně jako **hysterickou psychózu**, nebo **psychogenní psychózu** (Ibáñez et al, 2013).

Podcenění významu traumatu bylo do značné míry podhodnoceno bagatelizováním počtu obětí zneužívání v dětství, které se podle některých autorů historicky váže již k Sigmundu Freudovi, který zjištění o sexuálním zneužívání svých klientů interpretoval jako jejich sexuální fantazie. Ještě v roce 1975 tvrdila přední americká učebnice psychiatrie, že četnost incestu v populaci je jeden případ z milionu. Teprve na konci dvacátého století se v důsledku ženského hnutí objevily studie dokládající alarmující statistiky zneužívání dětí (Read & Benthal, 2012). Psychiatrie ve 20. století chápala trauma (resp. v roce 1980 nově vytvořenou diagnostickou entitu PTSD) a psychózu jako dvě samostatné diagnostické entity bez bližší souvislosti.

První dekáda 21. století přinesla výzkumy naznačující souvislost mezi životními událostmi, příp. traumatem a pozdějším vznikem psychózy, jejich závěry však byly nekonzistentní. Souvislost mezi traumatem v dětství a vznikem psychózou potvrdila studie provedená v roce 2004 na populačním vzorku 4045 osob (Janssen et al, 2004).

O rok později byla rešerše Johna Reada a kolektivu přijata britskými psychology a novináři jako revoluční důkaz obracející dosavadní náhled na vznik psychózy a schizofrenie naruby (Morgan & Fischer, 2006). V této rešerši, zaměřující se na teoretické a klinické implikace, dochází kolektiv autorů k závěru, že zneužívání v dětství je kauzálním faktorem při vzniku psychózy, či schizofrenie (Read, van Os, Morrison & Ross, 2005). Některými autory však bylo zpochybnováno, zda výpovědi pacientů s psychózou o traumatu prodělaném v dětství jsou spolehlivé (Dvir, Denietolis & Frazier, 2013). Spolehlivost, konzistence a stabilita výpovědí v čase byla potvrzena v roce 2011 (Fisher et al., 2011).

Dalším milníkem se stala studie Varese s kolektivem (Varese et al., 2012), publikovaná v časopise Schizophrenia Bulletin v roce 2012. Tato meta-analýza 36 studií z celkem 6 zemí přinesla silné důkazy o spojitosti traumatizujících událostí v dětství se zvýšeným rizikem psychózy v dospělosti napříč všemi výzkumnými designy (Dvir, Denietolis & Frazier, 2013).

S ohledem na novost tématu je prozatím vztah mezi traumatem a pozdějším vznikem psychózy či schizofrenie v literatuře zastoupen ojediněle. Drtivá část vědeckých prací na téma schizofrenie se zabývá biologickými příčinami (ca. 15 %), nebo lékovou terapií (ca. 19 %). Publikací o vlivu traumatu (0,3 %) je ještě méně než publikací o vlivu chudoby (0,8 %) na vznik schizofrenie (Read et al. 2008).

3.2. Teorie vysvětlující vliv traumatu na vznik psychózy

Zatímco existence vztahu mezi traumatem a pozdějším nástupem psychotického onemocnění je již empiricky podložena, nebyl doposud objasněn mechanismus, jakým trauma vznik psychózy ovlivňuje.

Z počátku nedoceňovaný, nyní opět populární **teorie zátěže a dispozice** (Model vulnerability-stress) autorů Zubina a Springa z roku 1977 zavádí pojem získané zranitelnosti a rozvoj onemocnění přičítá vlivu psychosociálních (trauma, rodinné a komunitní interakce) a biologických faktorů, jako jsou specifická onemocnění, perinatální komplikace (Read et al. 2008).

Kognitivně integrativní model předpokládá, že zážitek traumatu podporuje negativní vnímání sebe, ostatních a okolního světa a tím pozměňuje atribuční schémata. Tato teorie byla podpořena i výzkumem, který potvrdil vyšší četnost

zážitku traumatu u lidí s diagnostikovanou schizofrenií, přímou úměru mezi závažností traumatu a závažností pozdějších psychotických symptomů, a hlavně korelaci mezi negativními atribučními styly a specifickými psychotickými symptomy (Dvir, Denietolis & Frazier, 2013).

Vztah mezi posttraumatickou stresovou poruchou (PTSD) a psychózou se snaží vysvětlit **Jednosměrná teorie**, která předpokládá obousměrnou kauzalitu (příčinný vztah). **Model kontinuity** mezi PTSD a psychózou považuje nástup psychózy za zhoršení stavu PTSD. **Teorie společných rizikových faktorů** předpokládá existenci třetí proměnné, která vztah mezi PTSD a psychózou zprostředkovává (Ibáñez et al, 2013).

Neurobiologický model považuj za příčinu disfunkci osy hypotalamus-hypofýza-kůra nadledvin (HPA) způsobující deregulaci uvolňování kortizolu v reakci na stres (Ibáñez et al, 2013). **Experimentální model poškození hipokampu** předpokládá zvýšenou citlivost na dopaminergní stimulaci po skončení puberty v důsledku poškození hipokampu, které má mj. a následek i poruchu funkce prefrontální mozkové kůry (Raboch & Zvolský et al., 2001).

3.3. Vztah mezi traumatem a psychózou

Vzájemný vztah mezi traumatem a psychózou je již dostatečně podložen odbornou literaturou (Dvir, Denietolis & Frazier, 2013).

V roce 1980 poukázali Neale s Oltmannsem na skutečnost, že dvě třetiny pacientů s diagnózou schizofrenie uvedli stresující událost během tří týdnů předcházejících první epizodě, oproti kontrolní skupině s jinou diagnózou, ve které za stejné období zažila stresující událost pouze jedna pětina (Carr, 2005). Toto zjištění inspirovalo několik dalších studií.

Milníkem v prokázání souvislosti mezi traumatem a psychózou se stala meta-analýza, kterou provedl v roce 2012 Varese s kolektivem, ve které vyhodnotili studie provedené v letech 1980–2011 v šesti zemích, včetně USA, Velké Británie a Holandska. Bylo zjištěno, že pacienti s psychózou byli 2,72krát pravděpodobněji vystaveni nepříznivé životní události v dětství. Odhadli přisuzované riziko v populaci na 33 %. To znamená, že pokud by bylo možné zabránit nešťastným událostem v dětství, počet lidí s psychózou by klesl o třetinu (Dvir, Denietolis & Frazier, 2013).

Dále bylo zjištěno, že v rámci různých typů traumatu (přírodní a živelné události, mezilidské a komunitní násilí, aj.) predikují vznik psychózy zejména specifické typy traumatu. Jedná se zejména o **fyzické násilí nebo sexuálního zneužívání** (Například Conus s kolektivem (2010) zjistil, že mezi pacienty s první psychotickou epizodou (n=658) byla jedna třetina (34 %) v minulosti vystavena sexuálnímu nebo fyzickému násilí (Conus, Cotton, Schimmelman, McGorry & Lambert, 2010).

U pacientů s historií sexuálního zneužití byla zaznamenána signifikantně vyšší míra disociativních tendencí. **Disociace** zprostředkovává vztah mezi traumatem a následnými halucinacemi, což bylo potvrzeno zejména v případech sexuálního zneužití. Disociace nicméně neměla vliv objektivní testování reality (Varese, Barkus & Bendall, 2012).

Na souvislost mezi traumatem a psychózou poukazuje rovněž vyšší výskyt posttraumatické stresové poruchy mezi pacienty s diagnózou schizofrenie. Zatímco v běžné populaci se PTSD vyskytuje v rozmezí 3 % - 5 %, u pacientů se schizofrenií se vyskytuje v 17 % - 46 % případů*. (vyšší výskyt PTSD byl ale rovněž zaznamenán u jedinců s diagnostikovanou bipolární poruchou 11 % - 24 % (Schäfer & Fischer, 2011).

Obdobně naopak byl mezi válečnými veterány zaznamenán vyšší výskyt psychotických projevů. Přibližně pětina bývalých bojovníků (17–20 %) vykazuje sekundární pozitivní symptomy asociované s traumatem, jak např. paranoidní halucinace. Zde je nutno podotknout, že stávajícím studiím bojovníků je vytýkáno, že nedostatečně kategorizují vtíravé představy (Přesné stanovení je tedy komplikováno možnou záměnou vtíravých vzpomínek a flashbacků za klamy a halucinace, záměnou vyhýbavého chování za negativní symptomy (Dvir, Denietolis & Frazier, 2013).

3.4. Posttraumatická stresová porucha se sekundární psychózou

U některých dospělých, převážně šlo o válečné veterány s posttraumatickým stresovým syndromem (PTSD), byla zaznamenána psychóza, která vznikla sekundárně v návaznosti na PTSD v reakci na trauma spojené s bojištěm. Bylo potvrzeno, že riziko psychotických symptomů u jedinců s PTSD je nejméně dvakrát

vyšší než u běžné populace (odds ratio = 1,8 - 3,5 %), s vyšší predispozicí k halucinacím (Dvir, Denietolis & Frazier, 2013).

S ohledem na současná diagnostická kritéria existuje vysoké riziko, že pacienti s PTSD a sekundární psychózou budou nesprávně diagnostikováni a léčeni. Waldfogel a Mueser popsali již v roce 1988 případ muže s výraznými psychotickými obtížemi (zejména halucinacemi), které se rozvinuly v souvislosti s PTSD jako následek sexuálního napadení v armádě. Muž byl několik let léčen na schizofrenii v nemocnici pro válečné veterány. Teprve po vysazení antipsychotik a zahájení kognitivně behaviorální terapie pro PTSD se jeho obtíže rapidně zredukovaly a byl propuštěn (Waldfogel & Mueser, 1988, in Larkin & Morrison, 2007).

Milníkem výzkumu v oblasti posttraumatické stresové poruchy se sekundárním vznikem psychózy se stala práce Braakmana, Kortmanna a v.d. Brinka (2008). Po přezkoumání 24 studií z období 1980 až 2008 došli k závěru, že byly poskytnuty dostatečné fenomenologické a biologické důkazy pro samostatnou diagnostickou entitu **Postrumatické stresové poruchy se sekundární psychózou (PTSD-SP)**, ve které je posttraumatický stresový syndrom doprovázen vznikem psychotických symptomů. Autoři došli k závěru, že traumatické události v dospělosti mohou vést ke vzniku PTSD-SP. Studie poukázala na potřebu dalšího výzkumu za účelem stanovení přesných diagnostických kritérií, zejména odlišení od deprese, popř. od deprese s psychotickými příznaky.

Ze stávajících výzkumů víme, že míra bizarního chování u dospělých se společným výskytem traumatu a psychózy se oproti dospělým s psychózou neliší. Dospělí se společným výskytem traumatu a psychózy se však odlišují v myšlení, které je jen výjimečně dezorganizované (volné asociace, rychlý sled myšlenek). Namísto toho je jejich myšlení často **lineární a organizované**. Emoce jsou oploštělé s depresivním, podrážděným, nebo úzkostným obsahem. Míra vhledu je různá, řada jedinců chápe své halucinace jako **nereálné a obtěžující** (Dvir, Denietolis & Frazier, 2013).

U pacientů s první epizodou psychózy zvyšují předchozí traumatické pravděpodobnost, že pozitivní symptomy budou mít větší afektivní náboj (Burns, Jhazbha & Esterhuizen, 2011).

U pacientů s první psychotickou epizodou a historií traumatu v dětství byl zaznamenán větší počet **pokusů o sebevraždu** a **horší premorbidní sociální fungování**. Před nástupem psychózy se u nich rovněž častěji vyskytovala PTSD a **zneužívání návykových látek** (Conus et al., 2010).

Jakmile se však u jedinců s posttraumatickou stresovou poruchou vyvine psychóza, pozitivní symptomy psychózy se stávají **pervazivními a rekurentními**, vyskytují se i v nepřítomnosti akutních znovuprožívaných symptomů PTSD (Dvir, Denietolis & Frazier, 2013).

3.5. Proměnné ovlivňující vznik psychózy v důsledku traumatu

Kromě studií, které se soustředily na vztah mezi traumatem (zejména v dětství) a pozdějším vznikem psychózy, vznikly rovněž studie, které zkoumaly, jaké proměnné tento vztah posilují, nebo oslabují.

Na **vliv genderu** poukázala Studie Helen Fisherové a kolektivu. U vzorku 181 pacientů došli k závěru, že fyzické, či sexuální násilí v dětství souvisí se vznikem psychózy u žen, nikoliv však u mužů (Fisher et al, 2009).

Fisherová s kolektivem (2013) v pozdější studii 6692 dětí ve Velké Británii zjistila, že vztah mezi traumatem v dětství, pocházejícím z domácího násilí, a pozdějším vznikem psychózy je moderován **afektivními symptomy** (úzkost, deprese).

Vztah mezi drsnou výchovou dětí a psychotickými symptomy je plně zprostředkován především **depresivními symptomy**, a dále **externím těžištěm kontroly, nízkým sebevědomím a úzkostí**. U šikany a domácího násilí tyto mediátory (úzkost, deprese, externí těžiště kontroly a nízké sebevědomí) zprostředkovávají vztah se vznikem psychózy částečně (Fisher et al., 2013).

Jako další proměnná byl identifikován **kumulativní efekt traumatu**. Zneužívání (ať dospělými, či vrstevníky) zvyšuje riziko rozvoje psychotických symptomů. U dětí traumatizovaných úmyslným násilím (ze strany buď rodičů, nebo vrstevníků), byla identifikována trojnásobně (3,27) vyšší pravděpodobnost rozvoje psychózy, u dětí vystavených obou typům traumát (ze strany rodičů a současně i vrstevníků) vzrostla pravděpodobnost psychózy na šestinásobek (5,68) (Arsenault et al, 2011).

Jako proměnná byly rovněž identifikovány **disfunkční kognitivní schémata** (Ibáñez, Sevillano, Serven & Sánchez, 2013), signifikantně ovlivňující zejména intenzitu psychotických symptomů. Dále byla zaznamenána souvislost mezi každodenním stresem a dětským traumatem. Předpokládá se zvýšená **citlivost vůči stresu**, zkoumán je vliv kortikální síly a nerovnováhy kortizolu (Schäfer, & Fischer, 2011).

V uplynulé dekádě bylo zjištěno, že riziko psychotických příznaků roste, pokud kromě traumatu byla navíc užívána **marihuana** (Schäfer, & Fischer, 2011). Dosavadní výzkumy jsou však prozatím nejednotné v míře účinku. Houston s kolektivem zjistil sedminásobné riziko psychózy u lidí s historií traumatu (n=7403) a zneužíváním marihuany, oproti šestinásobnému riziku u lidí pouze s historií traumatu (Houston, Murphy, Shevlin & Adamson, 2011).

Sideli s kolektivem (2015) oproti tomu identifikoval pozitivní vliv na rozvoj psychózy pouze u jedinců s historií zneužívání v dětství, kteří kombinovali kouření tradičního hašiše s občasným užíváním marihuany. U uživatelů, kteří komunikovali denně pouze marihuanu, bylo potvrzeno zvýšené riziko vzniku psychózy, ale nebyla nalezena silná interakce mezi užíváním marihuany a zneužíváním v dětství.

Z neurobiologických faktorů byl zaznamenán pozitivní vztah mezi **objemem hippokampu a amygdaly** a dětským traumatem u pacientů s první psychotickou epizodou (Ibáñez, Sevillano, Serven & Sánchez, 2013).

Částečný vliv má rovněž genetická predispozice. Alemany s kolektivem (2011) potvrdili ve studii 533 jedinců z běžné populace silný vliv zneužívání v dětství na vznik psychotických prožitků a odhalili částečný vliv **genetických dispozic** (BDNF-Val66Met polymorfismu) na individuální odlišnost, s jakou reagují jedinci na traumatickou událost. Přispěli tedy k objasnění, proč se po traumatickém zážitku vyvine psychóza pouze u některých jedinců, zatímco ostatní zůstávají vůči traumatu rezilientní.

3.6. Události a traumata predikující vznik psychózy

Mezi prediktory pozdějšího psychického onemocnění se v současné době řadí **ztráta rodiče, odloučení v dětství, spory v rodině, šikana** (Schäfer & Fisher, 2011), stejně jako **nedostatečná výživa, vysoká míra stresu v těhotenství,**

svědectví dítěte v případě násilí mezi rodiči, obtíže na straně rodičů (zneužívání návykových látek, psychické či fyzické onemocnění, kriminální chování), psychické a fyzické **týrání dítěte, onemocnění dítěte, nebo válečné trauma**. Sociálním prediktorem je **chudoba** (Read & Bentall, 2012).

Nejvýznamnějším rizikovým faktorem je však trauma, a to jak z důvodu jeho dlouhodobého dopadu, tak z hlediska jeho síly (Schäfer & Fisher, 2011).

Rozličné komunitní studie potvrdily specifický vztah mezi traumatem v dětství a výskytem halucinací v dospělosti, obzvláště pokud traumatická událost zahrnovala **sexuální zneužívání** (Zde je nutné podotknout, že k útokům dochází nejen před nástupem onemocnění, ale i během hospitalizace ve zdravotnickém zařízení. Sexuální útoky zažila většina ženských pacientů a přibližně čtvrtina mužských. Byl nalezen signifikantní vztah mezi sexuálními útoky a specificky schizofrenií, zatímco s mánií, depresí, hraniční poruchou, či zneužívání návykových látek žádná korelace potvrzena nebyla (Read et al. 2008). Trauma pramenící z nedobrovolného pohlavního styku vykazuje silnější asociaci s pozdějším vznik psychózy oproti bezkontaktnímu sexuálnímu obtěžování (Bebbington et al., 2011 in Schäfer & Fischer, 2011). Houston a kolektiv zjistili, že u osob s historií sexuálního zneužívání v dětství je šestinásobně vyšší riziko pozdější diagnózy psychózy (Houston et al., 2011).

U dětí ve věku 12 let zažívajících **týrání** ze strany dospělých byla zjištěna signifikantně vyšší četnost psychotických symptomů, zatímco děti, které postihla nehoda (zažily neúmyslné fyzické poškození), tyto následky nevykazovaly (Asenault et al., 2011).

Na souvislost s **domácím násilím** u dětí před devátým rokem a psychotickými symptomy ve věku okolo 13 let poukázala studie Fisherové a kol. (2013), stejně jako na souvislost psychózy s šikanou.

Schreier s kolektivem (2009) zjistil, že **šikana** v období 8-10 let věku zvyšuje riziko psychotických symptomů v období raného dospívání na dvojnásobek. V případech dlouhodobé nebo závažné šikany se toto riziko zvyšuje ještě více, a to nezávisle na IQ, nebo již dříve diagnostikovaných psychiatrických onemocněních, či psychosociálních stresorech v rodině. Vliv šikany na vznik psychotických symptomů potvrdila i studie Asenaulta a kolektivu (2011).

Na rozdíl od jiných diagnóz byla v rodinné anamnéze lidí s diagnózou schizofrenie zaznamenána signifikantně vyšší míra **ztráty matky v dětství**, a to i ve studiích s kontrolou historie psychického onemocnění v rodině. Dvojnásobné riziko pro narozené dítě ale znamená už **nechtěné těhotenství** (Read et al., 2008).

Vztah mezi psychózou a **válečným traumatem** byl zaznamenán jak u válečných veteránů, tak i u obětí z řad civilního obyvatelstva, které čelily pronásledování, bombardování nebo útěku před režimem, což dokládají statistiky ze Somálska, Severního Irska, Pol Potova režimu, i přeživších holokaust (Read et al., 2008).

3.7. Vztah mezi typem traumatu a povahou psychotických symptomů

Kromě potvrzení vztahu mezi traumatem a rozvojem psychózy jsou již k dispozici částečné informace o vztahu mezi specifickým druhem traumatu a následným obsahem, či typem psychotických prožitků.

Mezilidské a komunitní násilí je spojováno s pozitivními symptomy psychózy obecně (Dvir, Denietolis & Frazier, 2013). Zážitky **viktimizace** (fyzického týrání a šikany) predikují paranoiu, obdobně jako **výchova v institucionalizované péči**, která zvyšuje riziko paranoidních prožitků 11násobně (OR 11,08). U odebrání dítěte z rodiny úřady nebyl zjištěn signifikantní vztah. Zdá se, že odebrání ohroženého dítěte z rodiny má naopak protektivní vliv (Bentall, Wickham, Shevlin & Varese, 2012).

Halucinace se pojí hlavně s traumaty **sexuálního zneužívání** (Kilcommons & Morrison, 2005) a **šikany** (Dvir, Denietolis & Frazier, 2013) a souvisí s **negativními atribučními styly** pramenícími z traumatu (Kilcommons & Morrison, 2005), přičemž obsah halucinací může být často vztahován k danému traumatu (Schäfer & Fisher, 2011). Dle Hardyho s kolektivem (ve zkoumaném vzorku čtyřiceti pacientů s historií traumatu) vykazovalo 45 % pacientů halucinace s tématy podobnými k jejich traumatu a 12,5 % zažívalo halucinace nejen s podobnými tématy, ale i traumatu podobným obsahem. Pacienti s traumatem kategorizovaným jako obtěžující, měli obtěžující halucinace (Hardy et al, 2005, in Dvir, Denietolis & Frazier, 2013).

Znásilnění v dětství zvyšuje riziko halucinací devětkrát (OR 8,9) (Bentall et al., 2012) a je spojováno především se zvýšeným rizikem verbálních halucinací (Freeman & Fowler, 2009).

3.8. Diagnostika a léčba

Řada odborníků se vyhýbá **terapii traumatu** u pacientů s psychózou z obavy ze zhoršení příznaků a relapsu (návratu do onemocnění). Tyto obavy však nejsou v souladu se současnými poznatky vědy. Směrnice britského Národního institutu pro zdraví a kvalitu zdravotní péče (NICE) naopak doporučuje terapii desenzibilizací pomocí očních pohybů a reprocessování (EMDR) a kognitivně behaviorální terapii traumatu jako bezpečnou a efektivní formu intervence pro pacienty se současným výskytem psychózy (či schizofrenie) a traumatu v anamnéze. Poukazuje na skutečnost, že třetina pacientů s psychózou vykazuje symptomy PTSD, jejichž vyléčení je nezbytným předpokladem k tomu, aby terapie schizofrenie byla úspěšná (NICE, 2014).

Bezpečností terapie traumatu u jedinců s diagnostikovanou schizofrenií se zabývalo několik studií, nejlépe vědecky podložené jsou v současnosti metody kognitivně behaviorální terapie.

Příkladem je studie bezpečnosti provedená na vzorku 10 pacientů, která prokázala jak bezpečnost terapie, tak její vynikající výsledky. 7 pacientů po skončení terapie nesplňovalo diagnostická kritéria pro PTSD, 2 pacienti terapii nedokončili. Nebyl sledován negativní dopad ani na symptomy schizofrenie, obecnou psychopatologii, ani na sociální fungování (de Bont, v. Minnen & de Jongh, 2013).

Ve větším měřítku (n=108) pokračoval ve výzkumu kolektiv v.d. Berga (2016). 8 sezení terapie prodlouženou expozicí a desenzibilizací pomocí očních pohybů nevedlo bezprostředně, ani v periodě 6 měsíců po skončení terapie, ke zhoršení sledovaných symptomů (paranoia, deprese, halucinace, disociace, suicidalita), ale naopak vedlo k celkovému zmírnění symptomů oproti kontrolní skupině (n=47) a k signifikantní redukci paranoidních prožitků. Rovněž další studie potvrdily, že relativně malá terapeutická intervence může přinést výrazné zlepšení symptomů traumatu a zároveň potvrdily odůvodněnost takové terapie u pacientů s psychózou a současně historií traumatu (Bendall, Jackson, Hulbert & McGorry, 2011).

II VÝZKUMNÁ ČÁST

4. VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

V této kapitole je upřesněn výzkumný problém, je zde tedy vymezeno, co je předmětem řešení bakalářské práce a na jaké otázky je hledána odpověď. Z důvodu jednoznačnosti byly stanoveny operační definice zkoumaných jevů a následně i cíle práce. Jako poslední byly formulovány výzkumné otázky.

4.1. Výzkumný problém

Výzkumným problémem bakalářské práce byl vliv traumatu na vznik schizofrenie. **Deskriptivní částí** výzkumného problému bylo zjišťování a popis životních událostí a potenciálních traumat v osobní a rodinné anamnéze vybraných respondentů s diagnózou schizofrenie. **Relační částí** výzkumného problému bylo zjišťování a popisování vztahu mezi zkoumanými jevy (traumatem, schizofrenií). Ferjenčík (2010) uvádí, že výzkumný problém jasně formuluje, jaké vztahy mezi proměnnými zkoumáme a doporučuje výzkumný problém formulovat formou otázky. V této souvislosti rovněž upozorňuje na potřebu operačních definic, které jednoznačně vymezují pojmy popsané v rámci výzkumného problému (Ferjenčík, 2010). **Výzkumný problém** této diplomové práce zněl: Vede trauma ke vzniku schizofrenie?

Pro potřeby výzkumu byly stanoveny následující **operační definice** zkoumaných jevů: Traumatem rozumíme událost ohrožující jedince nebo ostatní zraněním, smrtí, nebo narušením fyzické integrity, která je v okamžiku vzniku doprovázena hrůzou, násilím, nebo bezmocností (APA, 2008). Schizofrenií rozumíme výskyt obtíží, nebo symptomů, v životě jedince, na jejichž základě mu byla lékařem dle diagnostického manuálu MKN-10 přidělena diagnóza z okruhu schizofrenie.

4.2. Cíle práce

Hlavním cílem bakalářské práce bylo prozkoumání životních událostí v životě pacientů s diagnózou schizofrenie a identifikace událostí, které splňují definici traumatu. Cílem práce bylo zjistit, jakým způsobem životní události a traumata ovlivnily život pacienta, vznik a rozvoj schizofrenie, a opačně, jaký dopad měl rozvoj a průběh schizofrenie na životní okolnosti pacienta a případný vznik traumatu.

Vyšším cílem bylo identifikovat specifické potřeby pacientů s diagnózou schizofrenie a historií traumatu v anamnéze v oblasti péče a léčby.

4.3. Výzkumné otázky

Předkládaná diplomová práce si kladla otázku, jaká je prožívaná zkušenost (a její významy, komponenty a struktury) u pacientů s daným fenoménem. V rámci tohoto vymezení byly formulovány dvě výzkumné otázky:

Výzkumná otázka č. 1: Vyskytuje se v anamnéze pacientů s diagnózou schizofrenie trauma?

Výzkumná otázka č. 2: Vyskytují se v anamnéze pacientů s diagnózou schizofrenie proměnné, které při společném výskytu s traumatem zvyšují riziko vzniku schizofrenie?

5. METODOLOGICKÝ RÁMEC A METODY

V této kapitole je specifikován typ výzkumu a výzkumný přístup. Je zde popsáno, jakým způsobem byla získána a tvořena surová data, jakým způsobem byla zpracována a analyzována. V samostatných kapitolách jsou rozebrány okolnosti, průběh realizace a etické aspekty výzkumu.

5.1. Typ výzkumu

Cílem výzkumné části bylo získat za pomoci rozhovorů hlubší vhled do životní historie respondentů s diagnózou schizofrenie a porozumět významu a možnému dopadu životních událostí a psychických traumat na vznik onemocnění. Dle definice Hendla (2016) splňuje toto vymezení kritéria **fenomenologického výzkumu**.

Z pohledu metodologie byl zvolen **kvalitativní přístup**, který, jak uvádí Miovský (2006), využívá k popisu, analýze a interpretaci vlastností zkoumaných fenoménů kvalitativních metod. A to bez ohledu na to, zda se jedná o fenomény reality vnitřní či vnější, zda zkoumané fenomény lze či nelze kvantifikovat.

Pro kvalitativní přístup je charakteristické, že téma je zkoumáno v celé šíři a ve všech možných rozměrech, ambicí výzkumníka je pochopení vzájemných souvislostí a návazností (Ferjenčík, 2010). V rámci kvalitativního přístupu pracujeme s reflexivní povahou psychologického zkoumání (Miovský, 2006). Tím jsou vytvořeny nezbytné předpoklady pro exploraci zkoumaného fenoménu a navrhování teorií.

Výsledkem kvalitativního přístupu je komplexní, holistický obraz, kterého bylo dosaženo prostřednictvím porozumění zkoumaného problému výzkumníkem (Vévodová & Ivanová et al., 2015).

Na základě doporučení autorů citovaných výše se kvalitativní přístup jevil jako nejvhodnější k mému výzkumnému záměru, právě díky možnostem explorovat zkoumané fenomény a vytvářet hypotézy.

5.2. Metody získávání a tvorby dat

Jako metodu získání dat jsem zvolil **rozhovor**, neboť dle Hendla (2016) mezi jeho hlavní výhody patří zaznamenání minulých událostí a kontrola situace při sběru dat.

Rozhovor se mi jevil užitečným výzkumným nástrojem také z toho důvodu, že umožňuje vizuální pozorování a záznam neverbálních projevů, které jsou významným zdrojem doplňujících informací, což se v průběhu výzkumu potvrdilo.

Na počátku výzkumu jsem zvažoval použití testových metod, rozhovor jsem však upřednostnil na základě těchto důvodů:

1. Lékař užívá při sběru anamnézy především rozhovor s pacientem. V klinické praxi budou pro lékaře přínosné zejména poznatky, které může sám použít v rámci anamnestického rozhovoru.
2. Klinický psycholog v českém prostředí je limitován dostupností standardizovaných testových metod v českém jazyce, jejichž nabídka je podstatně menší než v anglickém jazyce a jejich dostupnost v praxi problematická.
3. Někteří autoři považují použití dotazníkových metod u pacientů s psychózou, ev. schizofrenií za neetické. Seikkula (personal conversation, August 16, 2016) mě upozornil, že znemožnit pacientovi s diagnózou schizofrenie vnášet vlastní témata do rozhovoru může zapříčinit chronifikaci symptomů, což je kontraindikací dotazníkových metod. Přestože jednou z podmínek účasti na výzkumu byl stabilizovaný stav, nelze nikdy 100 % zaručit, že aktuálně u respondenta k psychotickým projevům nedochází.

U respondentů, kteří souhlasili s nahráváním rozhovoru, byl pořízen audiozáznam ve formátu MP3 pomocí mobilního telefonu. V průběhu rozhovoru jsem si značil do poznámkového bloku anamnestické údaje.

U respondentů, kteří s pořízením záznamu nesouhlasili, jsem data zaznamenával do struktury anamnézy. Prohlášení respondentů, která se mi jevila jako zásadní nebo ilustrující, jsem si poznačil formou citace.

Pro účely rozhovoru byly na základě doporučení Miovského (2006) stanoveny tematické okruhy otázek, které byly pokládány v průběhu rozhovoru, jednalo se tedy o získávání dat formou **polostrukturovaného rozhovoru**, který sestával z jádra interview a následných inquiry.

Jádro interview bylo tvořeno tematickými okruhy, které byly probrány v rámci každého rozhovoru:

- okolnosti vzniku onemocnění schizofrenií (průběh, relaps, zotavení, hospitalizace, včetně projevů a důsledků onemocnění, jejich prožívání)
- životní události, které respondent považuje ve svém životě za důležité, výrazné, nebo významné (a jejich prožívané komponenty, výskyt charakteristik a okolností splňujících definici traumatu)
- jiná onemocnění, úrazy, nepsychiatrické hospitalizace (a jejich možný traumatický charakter, okolnosti jejich vzniku a role jiných lidí v této události, výskyt událostí splňujících definici traumatu)
- prožívání a okolnosti předškolní a školní docházky, zaměstnání (vztahy v kolektivu a s vrstevníky, účast v kolektivech, možný traumatický charakter událostí)
- harmoničnost vztahů (v rodině, se sourozenci, s rodiči, zdroje a okolnosti disharmonie a jejich možný traumatický dopad)

Na základě doporučení Uhrové (2012, 70) jsem zahajoval rozhovor pomocí „**výzvy neurčitým způsobem**“, bez direktivního strukturování od samotného počátku. Například:

Co se Vám honilo hlavou během cesty sem?

Co Vás zaujalo na tomto výzkumu, že jste se rozhodl zúčastnit?

Cílem nedirektivního zahájení rozhovoru je dát respondentovi prostor ke zveřejnění toho, co považuje za důležité. Tak může sdělit další informace, nebo indicie, kterými je možné se později podrobněji zabývat. Tento přístup jsem zvolil proto, že dle mého názoru umožňuje nenásilným způsobem zahájit konverzaci. Zároveň zde vzniká prostor pro ověření metody – pokud by respondent uvedl téma, které by bylo pro výzkum relevantní, ale zároveň by bylo jasné, že je mimo dosah otázek rozhovoru, byla by to informace o chybě výzkumného designu.

Při **formulaci dotazů** jsem zohlednil rizika plynoucí z odlišné sociální reality zúčastněných. V této rovině jsem identifikoval dvě výzkumná rizika: Znehodnocení výzkumu posunem významu a záměnou reflektované a nereflektované reality.

Riziko **znehodnocení výzkumu posunem významu** jsem identifikoval v nejednoznačnosti významu slova 'trauma'. V odborné literatuře je patrná nejednotnost definice a chápání traumatu. Zcela odlišné pak může být laické

pochopení, v běžné řeči jsou jako 'trauma' často označovány situace, které z odborného hlediska naplňují definici stresu, nikoliv však traumatu. Vzniká tak riziko, že otázky s užitím slova trauma budou nesprávně pochopeny.

S tím souvisí **riziko záměny reflektované a nereflektované reality**, na které upozorňuje Šedová a Švaříček (2013). Cílem výzkumu je zjistit výskyt traumatu v anamnéze respondentů objektivně, nikoliv zjišťovat, které události ve své životě považuje respondent za traumatické, přestože subjektivní hledisko prožívání události je jedním z parametrů definice traumatu. Rozlišením mezi reflektovaným a nereflektovaným traumatem jsem se snažil eliminovat:

- a) **riziko převzetí respondentova náhledu** (spojené s nesprávnou kategorizací události traumatická/ netraumatická)
- b) **riziko přehlédnutí traumatické události** (v důsledku bagatelizace události respondentem, nebo v důsledku nedostatečné reflexe následků události respondentem)

Zohlednění těchto rizik jsem považoval za důležité zejména s ohledem na specifika posttraumatické stresové poruchy, v jejímž důsledku může dojít k amnézii a posttraumatické symptomy mohou být mylně identifikovány a považovány za samostatné projevy, nebo onemocnění.

Tato rizika jsem se snažil eliminovat tím, že jsem otázky konstruoval na základě dílčích charakteristik operační definice traumatu. Ptal jsem se tak například:

Jak jste tuto událost prožívala?

Co jste v té situaci cítila?

Měla ta událost nějaké následky?

To znamená, že jste se tak cítil, nebo z čeho tak usuzujete?

Nepátral jsem tedy po výskytu slova „trauma“ nebo „traumatický“, ale po výskytu:

- objektivních charakteristik traumatu (domácího násilí, záměrného násilí, šikany, sexuálního násilí, svědectví takové události...)
- subjektivních charakteristik traumatu (prožitků bezmoci, strachu, děsu)
- postraumatických projevů (vegetativních příznaků, úzkosti při expozici traumatu, amnézii, vyhýbání, disociaci...)

Na základě doporučení Miovského (2006) jsem upravoval **znění a pořadí otázek** jsem volil dle potřeby tak, abych docílil maximální výtěžnosti rozhovoru. Zohledňoval jsem však doporučení Uhrové (2012) postupovat od obecného ke konkrétnímu.

Přesnějších odpovědí jsem docílil pomocí pokládání zpřesňujících otázek, které Miovský (2006) označuje jako **následné inquiry**. Jejich prostřednictvím jsem si ověřoval, zda chápu danou odpověď správně, pokládal jsem zpřesňující otázky, popřípadě jsem si nechal přesněji vysvětlit, jak danou odpověď respondent myslí.

„Co to znamená *‘zkolabovala’*? Jak se to projevilo?“

„Co to znamená? *Že tam sedí Ježíš, nebo někdo, kdo tak vypadá?*“

Tab. 1: Délka strukturovaného rozhovoru

poř. .č.	jméno	délka polostr. rozhovoru (min.)
1	Lenka	115
2	Diana	45
3	Iva	40
4	Petr	40
5	Emma	65
6	Petra	75
7	David	55

V průběhu polostrukturovaného rozhovoru došlo k nasbírání určitého objemu **anamnestických dat**. Po skončení rozhovoru jsem požádal respondenta, jestli si můžeme projít ve zkratce zjištěné údaje, abychom si byli jisti, že jsem jeho vyprávění pochopil a zaznamenal správně. Společně jsme prošli anamnézu a doplnili jsme chybějící faktické údaje, popř. mě respondent opravil, nebo údaj zpřesnil, jako např. uvedení diagnózy stanovené lékařem, užívanou medikaci, nežádoucí účinky. Tím bylo záměrně **redukováno riziko zkreslení anamnestických dat**.

Celkovou anamnézu jsem sestavoval na základě doporučení Orla a kolektivu (2012). Alergologickou anamnézu jsem samostatně nezjišťoval, pouze případná omezení v rámci farmakologické anamnézy. V anamnéze jsem zohlednil, že Uhrová (2012) rozšiřuje navíc pracovní anamnézu o anamnézu školní. Pro účely výzkumu

byl průběh školní docházky důležitý pro potřeby ověření výskytu šikany v anamnéze. Z toho důvodu jsem **okruhy anamnézy** specifikoval následovně:

- psychiatrická anamnéza (PsychA, ověření, že respondent splňuje kritéria účasti, dosavadní kontakt s psychiatrickou péčí, počet atak a psychiatrická hospitalizace)
- osobní anamnéza (OA, onemocnění, úrazy, kompletní osobní historie od dětství po současnost)
- rodinná anamnéza (RA, psychiatrická a jiná onemocnění v rodině)
- sociální a pracovní anamnéza (SPA, sociální zázemí, vztahy, vzdělání, průběh školní docházky a práce, koníčky a zájmy)
- sexuální anamnéza (SexA, intimní vztahy)
- návykové látky (CAD, cigarety, alkohol a drogy)
- farmakologická anamnéza (FA, užívaná farmaka, jejich nežádoucích účinky)

Osobní pohovor umožnil rovněž sběr doplňujících dat, jako jsou objektivní pozorování, neverbální komunikace, tón hlasu apod. Pozorovaná zjištění jsem na základě doporučení Orla a kolektivu (2012) shromáždil v samostatném oddílu nazvaném **přítomný stav psychický**. Zde jsem si zaznamenal:

- motivaci respondenta k účasti na výzkumu a okolnosti setkání
- zevnějšek (včetně péče o sebe)
- celkové psychomotorické tempo (pohyby, držení těla, chůze apod.)
- řeč (rychlost, intenzita apod.)
- bdělost (vigilita) a jasnost (lucidita) vědomí
- orientace (v místě, čase, osobách)
- emoce, nálady, afekty (emoční a tělesný doprovod, jeho adekvátnost vůči situaci)
- vnímání (individuální obraz světa) včetně ne/přítomnosti psychotických symptomů
- myšlení (včetně suicidálních, vtíravých, neadekvátně optimistických apod. myšlenek) a jeho forma (logika, plynulost, rychlost)
- soustředění a pozornost (udržení, či kolísání)
- paměť (krátkodobá, dlouhodobá)
- intelekt (orientační posouzení slovní zásoby, vyjadřování, znalostí)

- suicidální tendence
- náhled (na onemocnění, na sebe sama, na aktuální stav)

V dalším samostatném oddílu jsem zpracoval **záznam pozorování**. Zde jsem se zaměřil na výskyt (zejména neverbálních) projevů emoční významnosti, vizuálně pozorovatelných vegetativních a posttraumatických projevů v průběhu rozhovoru a zejména jejich změny ve vztahu k popisované realitě, ať už vnitřní či vnější.

Rozhovor jako celek sestával z výzkumného rozhovoru a **pečujícího rozhovoru**. Obě části se prolínaly v individuálním pořadí a míře dle potřeb respondenta. Důvodem k pečujícímu rozhovoru bylo zajištění psychické pohody a bezpečí respondenta v kontextu rozhovoru o závažných tématech. Pečující rozhovor sestával zejména z mapování a zviditelňování zdrojů respondenta, které mu umožnily těžké životní události překonat a kladl si za cíl vyvážit pomocí pozitivních zjištění explorované negativní vzpomínky a preventivně zabránit retraumatizaci. Příklady zviditelňování zdrojů:

A v čem je to důležité? Co Ti to přinese?

A v těch situacích ti pomáhá co?

Co se Ti ještě osvědčilo?

V čem je to lepší?

Pečující rozhovor se řídil pravidly **systemické krizové intervence** (Gaudia, 2016), včetně pravidla, že krize není stanovena obecnými kritérii, ale je identifikována interventem (zde v roli výzkumníka) na základě znalosti kontextu a vlastního zhodnocení situace. V určité míře bylo intervenováno u všech respondentů, vedlejším přínosem mapování zdrojů bylo **osvětlení copingových strategií** respondentů. Tuto strukturu jsem použil rovněž na základě doporučení Marilyn O' Neill (personal conversation, May 23, 2016) z australského Červeného kříže, která tento způsob doporučila jako obzvláště **vhodnou a bezpečnou metodu** pro rozhovory s oběťmi traumatu.

Zcela jiný charakter měl rozhovor s Emmou, kde bylo nutné použít krizovou intervenci opakovaně. Po skončení jedné intervence vnesla respondentka téma druhé, které vyžadovalo další krizovou intervenci. V závěru bylo ověřeno a

konstatováno, že intervence byla úspěšná, respondentka sdělila své plány, které v krátkodobém a střednědobém horizontu podnikne a rozhovor zakončila pozitivním prohlášením, které bylo odpovědí na dotaz, co by poradila dalším lidem, kteří se dostali do obdobné životní situace: „*Aby bojovali a nevzdávali se, aby dělali to, co je baví a chodili mezi lidmi, neuzavírali se do sebe a nepodlehli té nemoci.*“

5.3. Metody zpracování a analýzy dat

U respondentů, kteří souhlasili s pořízením audiozáznamu, jsem přepsal audiozáznam formou **doslovného přepisu**. V souladu s ujednáním v informovaném souhlasu jsem provedl **anonymizaci** citlivých údajů, začernil jsem osobní údaje, u kterých respondent nesouhlasil s jejich uveřejněním. Po přepsání audiozáznamu do textové podoby jsem rozhovor použil pro kontrolu anamnézy, kterou jsem podle přepisu doplnil, případně zpřesnil. Podstatná sdělení respondenta jsem použil formou doslovné citace.

Extrahovaná data jsem spolu s vybranými anamnestickými údaji sestavil do **kazuistiky**. Kazuistiku jsem zvolil na základě doporučení Baštecké (2015) pro její popisný a poučný charakter, umožňující vytvářet hypotézy užitečné pro klinická rozhodnutí, přezkoumání a přizpůsobení praxe. Kazuistika rovněž prokázala historicky svou opodstatněnost při objasňování onemocnění, jak uvádí Mihál (2013) na příkladech objasnění elementární funkce štítné žlázy, typických syndromů získané poruchy imunity (AIDS), nebo na příkladu nemoci šílených krav.

Získaná data jsem podrobil **analýze**, během které jsem hledal objektivní a subjektivní charakteristiky traumatu, posttraumatické projevy a proměnné, které jsem **vytřídil** a **kategorizoval** do samostatných tematických oddílů.

Tematické oddíly jsem doplnil o citace sdělení respondentů. V jednotlivých oddílech anamnézy jsem uvedl **základní tvrzení**, o nichž získaná data svědčí. Výsledná kazuistika tedy sestává z těchto oddílů:

- základní údaje o respondentovi (jméno, věk)
- výtah z anamnézy
- přítomný stav psychický
- traumatické události
- vznik a průběh onemocnění

- proměnné zvyšující při společném výskytu s traumatem riziko vzniku schizofrenie
- záznam pozorování

Základní tvrzení o posttraumatických projevech byla stanovena na základě zohlednění diagnostického manuálu MKN-10 a DSM-IV.

Posledním oddílem kazuistiky je **rozběr případu**, kde interpretují svá výzkumná zjištění u každého respondenta samostatně.

Komparace interpretovaných zjištění ve zkoumaném vzorku následuje v samostatných kapitolách rozdělených do okruhů podle výzkumných otázek:

- Výskyt traumatu v anamnéze respondentů
- Výskyt proměnných, které při společném výskytu s traumatem zvyšují riziko vzniku schizofrenie

5.4. Realizace výzkumu

Výběr respondentů pro výzkum probíhal formou pobídky na sociální síti Facebook od 24.10.2016 do 20.11.2016 a v organizacích pracujících s lidmi s diagnózou schizofrenie. Osloveni byli členové diskuzní skupiny „Schizofrenie“ sdružující lidi s diagnózou schizofrenie na sociální síti Facebook, čítající jeden tisíc členů. Dále byly osloveny místní sociální služby působící v Brně: Sdružení Práh Brno – organizace sociálních služeb, Celsus Brno – Centrum pro lidi sociálně znevýhodněné při Charitě. Další nábor proběhl v Brně na setkání platformy Otevřené dialogy.

V rámci náboru byla prezentována tištěná/ elektronická **prezentace** v PowerPointu v rozsahu 6 stran, jež je nedílnou součástí přílohy. Byla rovněž avizována finanční odměna za účast ve výzkumu. Výzkum byl v prezentaci nazván jako „Vliv životních událostí na vznik schizofrenie“, protože cílem práce byl holistický pohled na problematiku, nikoliv pouze výskyt traumatu bez širšího kontextu. Zdůrazňování traumatu by bylo navíc nežádoucí proměnnou, která by mohla zásadně zkreslit výzkum jak vstupním filtrováním, tak vytvořením očekávání. S přesným záměrem výzkumu zkoumat vliv traumatu byl respondent seznámen v textu prezentace v části nazvané „Cíle teoretické části“ a „Cíle praktické části“.

V průběhu výzkumu byli rovněž respondenti požádáni o nábor respondentů ve svém okolí. Tato metoda výběru populačního vzorku formou „sněhové koule“ je založena na kombinaci účelového a prostého náhodného souboru (Miovský, 2013). Získání tak byli dva respondenti (Lenka → Iva → Petra).

Tab. 2: Způsob výběru vzorku respondentů

poř. č.	jméno	nábor	kontakt inicioval
1	Lenka	Slyšení hlasů	výzkumník
2	Diana	Otevřené dialogy	výzkumník
3	Iva	Doporučení Lenky	respondent
4	Petr	Facebook	respondent
5	Emma	Facebook	respondent
6	Petra	doporučení Ivy	respondent
7	David	Celsus	respondent

Při plánování výzkumu byl zohledněn potenciální **zdravotní stav účastníků**. Předpokládal jsem, že pro řadu lidí v invalidním důchodu může vycházení z domu, návštěva neznámého prostředí, cestování, i rozhovor samotný představovat vyšší námahu, která by mohla být důvodem neúčasti ve výzkumu.

Z toho důvodu bylo jako místo realizace výzkumu zvoleno dobře známé místo v centru města, u zastávky tramvaje. Při prvním kontaktu (chat na Facebooku, telefonicky) byl rovněž respondentům nabídnut doprovod z tramvajové zastávky do kanceláře. První kontakt na veřejném místě si kladl za cíl rovněž zvýšení pocitu bezpečí při setkání s neznámým člověkem.

První setkání na místě MHD a doprovod využili všichni účastníci, nabídku doprovodu zpět na zastávku MHD (přibližně 120 metrů) využili všichni respondenti kromě Petra.

Tab. 3: Usnadnění účasti a doprovod na místo realizace výzkumu

poř. č.	jméno	přišel/ přišla	doprovod tam	doprovod zpět
1	Lenka	sama	ano	ano
2	Diana	sama	ano	ano

3	Iva	v doprovodu	ano	ano
4	Petr	sám	ano	ne
5	Emma	sama	ano	ano
6	Petra	sama	ano	ano
7	David	sám	ano	ne

Respondentům byla nabídnuta **odměna za účast na výzkumu** ve výši 200 Kč. Finanční odměnu jsem předem stanovil na základě vlastní zkušenosti s cílovou skupinou, předpokládal jsem nízkou míru ochoty zúčastnit se výzkumu a sdělovat neznámým lidem osobní informace. Výše odměny byla zároveň stanovena tak, aby kompenzovala vynaložené úsilí (pro řadu respondentů v invalidním důchodě může být účast na výzkumu namáhavá), a aby byla motivující pro člověka žijícího z omezených finančních prostředků (plynoucích z pracovní neschopnosti, nebo invalidního důchodu). V průběhu realizace se tento předpoklad ukázal jako správný a výše odměny jako dostatečná. Všichni respondenti uvedli, že finanční odměna ovlivnila jejich rozhodování, zda se výzkumu zúčastnit.

V průběhu rozhovoru byly kontrolovány **environmentální proměnné**, na základě doporučení Miovského (2006) standardizovat prostředí. Rozhovor byl realizován ve stanovené kanceláři, v pracovní dobu, k dispozici byly dvě židle, nahrávací zařízení a džbán a sklenice s vodou. Všechny rozhovory provedl tentýž výzkumník, stejně oblečený (kalhoty, košile).

V rámci úvodního rozhovoru byl respondent seznámen s prostory kanceláře, byla mu nabídnuta voda a následovalo **představování**. Stručně jsem představil své profesní curriculum vitae, Univerzitu Palackého, záměr a plánovaný průběh výzkumu.

Vysvětlil jsem **informovaný souhlas** a respondent byl požádán, aby se kdykoliv, i v průběhu rozhovoru, zeptal na případné nejasnosti, nebo se ozval, kdyby mu nějaká otázka byla nepříjemná, nebo na ni nechtěl odpovídat. Jednu kopii podepsaného informovaného souhlasu si ponechal respondent, druhá byla archivována pro potřeby výzkumu.

Část respondentů udělila **souhlas s pořízením audiozáznamu**. Respondenti, kteří s pořízením audiozáznamu nesouhlasili, si většinou výslovně vyžádali, aby nebyl pořízen audiozáznam a aby nebyly zaznamenány žádné osobní údaje, na jejichž základě by bylo možné je identifikovat. Také měli řadu doplňujících otázek ohledně

účelu výzkumu, použití, záměru, tyto otázky jim byly zodpovězeny. Na základě společné diskuze byly ujasněny a ošetřeny (ujednáním v informovaném souhlasu) případné obavy z prozrazení identity respondenta, msty ze strany zdravotnického personálu, zneužití osobních údajů, a podobně. Poté následovala výzkumná část.

Délka polostrukturovaného rozhovoru se pohybovala v rozmezí 45 až 115 minut, byla ovlivněna zejména individuálním tempem řeči a množstvím témat. U dvou respondentů byla délka polostrukturovaného rozhovoru shodně 45 minut, u třech byla délka polostrukturovaného rozhovoru v rozmezí 1-1,5 hodiny. Více než 1,5 hodiny trval polostrukturovaný rozhovor u jednoho respondenta. V délce rozhovoru není započítán úvodní rozhovor, sběr a kontrola anamnestických dat a rozloučení.

Po ukončení rozhovoru byla respondentovi vyplacena slíbená odměna. Každý z respondentů byl dotázán, zda mu stačí doprovodit ke vchodovým dveřím, nebo zda chce doprovodit na zastávku. S výjimkou Petra využili všichni respondenti možnost doprovodu na tramvajovou zastávku.

5.5. Etické aspekty výzkumu

Základním etickým požadavkem bylo, aby žádný z účastníků neutrpěl výzkumem újmu, což bylo splněno. Výzkum proběhl v předem stanovených mezích a v jeho rámci nedošlo k etickému pochybení.

Jedním ze základních požadavků výzkumu je, že respondent nesmí být v průběhu výzkumu klamán. Etickým dilematem v souvislosti s **prezentací záměru výzkumu** byla jeho prezentace respondentům v rámci náboru. Záměr výzkumu byl pracovním názvem „Význam životních událostí při vzniku schizofrenie“ z důvodu eliminace nežádoucích proměnných (první dojem, Haló efekt, vstupní filtr, nežádoucí očekávání...). Pravidlo etiky bylo dodrženo v prezentaci (elektronické, osobní) při představení teoretických a praktických cílů výzkumu, kde byl respondent přesně seznámen se záměry výzkumu, včetně zkoumání role, jakou trauma hraje při vzniku schizofrenie. Tím bylo zajištěno, že respondenti nebyli o záměru a účelu výzkumu klamáni.

Etické aspekty byly zohledněny již při designu výzkumu, pro získávání a tvorbu dat byl zvolen postup, který umožňuje respondentovi vnášet svá vlastní témata. Tato struktura reflektuje názor některých současných výzkumníků, že direktivní vedení

rozhovoru, popř. dotazníkové metody mohou vést u pacientů s psychotických onemocnění k **riziku chronifikace symptomů** a trvalému poškození pacienta. J. Seikkula (personal conversation, August 16, 2016) v této souvislosti uvedl, že v průběhu rozhovoru s psychotickým pacientem může nastat okamžik, kdy sám vnese vlastní téma. V takovém případě považuje za nezbytně nutné se tomuto tématu věnovat. Tato zásada koresponduje s principem dialogu namísto monologického diskurzu (Seikkula & Arnkil, 2013). Z toho důvodu byl výzkum realizován formou polostrukturovaného rozhovoru, aby riziko poškození bylo eliminováno.

Účast na výzkumu byla dobrovolná a anonymní. Na doporučení Zháněla, Hellebrandta, Sebery (2014) byla zajištěna **důvěrnost**. Pro účely výzkumu byly zaznamenány pouze křestní jméno (nebo zvolený pseudonym), pohlaví, věk (ročník narození), diagnóza a anamnéza. V rámci rozhovoru byli respondenti dotázáni, pod jakým jménem si přejí být uvedeni ve výzkumu. Čtyři respondenti si přáli být uváděni vlastním jménem, tři požadovali fiktivní pseudonym, který si sami vymysleli.

Podmínkou účasti na výzkumu byl **informovaný souhlas** (úplné znění viz příloha), který zajistil, že respondent nebyl klamán a nebyly mu zatajovány informace související s prováděným výzkumem. Souhlas podepsali všichni respondenti.

Respondenti byli dotázáni, zda souhlasí s audiozáznamem za účelem pořízení přepisu rozhovoru. **Souhlas s pořízením audiozáznamu** rozhovoru byl zaznamenán do formuláře informovaného souhlasu. Souhlas s pořízením audiozáznamu nebyl podmínkou realizace rozhovoru na základě zohlednění skutečnosti, že řada respondentů s diagnózou paranoidní schizofrenie audiozáznam nepreferuje, což se potvrdilo v průběhu realizace výzkumu.

Lenka, Iva, Emma a Petra v rámci úvodního rozhovoru prezentovaly nějakou formu obav z prozrazení osobních údajů, což bylo ošetřeno podrobným objasněním záměru výzkumu a zohledněním požadavků v rámci informovaného souhlasu.

Tab. 4: Informovaný souhlas a anonymizace údajů

poř. č.	jméno	inf. souhlas	audiozáznam	anonym. identita
1	Lenka	ano	ano	ne

2	Diana	ano	ano	ne
3	Iva	ano	ne	ano
4	Petr	ano	ano	ne
5	Emma	ano	ne	ano
6	Petra	ano	ne	ano
7	David	ano	ne	ne

V průběhu výzkumu docházelo ke vzniku **etických dilemat**, průběžně jsem musel reagovat na potřeby výzkumu, lidské a psychické potřeby respondenta a mé lidské potřeby v pozici výzkumníka. Vyvažoval jsem poměr mezi výzkumnými otázkami směřujícími na zodpovězení výzkumných otázek, otázkami směřujícími na zajištění psychických potřeb bezpečí respondenta (např. mapováním jeho zdrojů, zviditelňováním událostí, které zvládnul) a mými potřebami v pozici výzkumníka (realizovat výzkum, pomáhat lidem).

Jako nejzávažnější jsem vnímal **dilema intervence**, která však nebyla předmětem kontraktu a mohla by negativně zkreslit výzkum. Zejména v situacích respondentů, které jsem vyhodnotil jako krizové a přistoupil jsem ke krizové intervenci, jsem musel neustále reflektovat svou pozici, zda se pohybuji ještě v intencích výzkumníka, nebo již krizového intervenanta, zda se jedná ještě o krizovou intervenci, nebo již směřuji k intervenci terapeutické. Tyto situace byly v průběhu výzkumu zdrojem řady dilemat, kdy jsem musel zohledňovat výše uvedená etická hlediska.

6. VÝZKUMNÝ SOUBOR

Minimální počet respondentů ve výzkumu byl stanoven na pět, horní hranice nebyla omezena. Pro účast ve výzkumu byly stanoveny podmínky, jejichž splnění bylo s účastníkem ověřeno před započítáním rozhovoru. Pro výběr vzorku respondentů byly použity sociální sítě (Facebook) a nízkoprahové organizace (Celsus, Práh), diskuzní platforma Otevřené dialogy a svépomocná skupina Slyšení hlasů.

Pro výběr respondentů byly stanoveny tyto **podmínky pro účast ve výzkumu**:

- Minimální věk 18 let, svéprávnost
- Stabilní zdravotní stav
- Obeznamenost s tématem výzkumu, dobrovolná účast
- Informovaný souhlas
- Diagnóza onemocnění schizofrenního okruhu stanovená lékařem: F20 Schizofrenie, F21 Schizotypální porucha a jiné psychotické poruchy, F22 Poruchy s trvalými bludy, F25 Schizoafektivní poruchy

V anamnestických údajích účastníků dominovala diagnóza paranoidní schizofrenie (F20.0) zaznamenaná v šesti případech – Pouze jeden respondent výzkumu měl přidělenou diagnózu schizoafektivní poruchy (F25).

Jeden respondent měl více než 20 let, dva více než 30 let a zbylí čtyři respondenti měli více než 40 let. U dvou respondentů byla délka trvání onemocnění méně než 10 let, u tří více než 10 let a u dvou více jak 20 let. Čtyři respondenti byli toho času v plném invalidním důchodu.

Tab. 5: Základní údaje o diagnóze

poř. č.	jméno	věk	diagnóza	délka on.	inv. důch.
1	Lenka	41	F25	25	plný
2	Diana	47	F20.0	5	ne
3	Iva	31	F20.0	13	plný
4	Petr	29	F20.0	7	ne
5	Emma	49	F20.0	23	plný
6	Petra	46	F20.0	17	plný
7	David	33	F20.0	16	ne

Pozn: Věk a délka onemocnění jsou uváděny v letech, diagnóza uvádí kód dle MKN-10.

7. VÝSLEDKY

V této kapitole nejprve odprezentuji výzkumná zjištění u jednotlivých respondentů formou kazuistiky. Poté provedu komparaci výsledků v rámci výzkumného vzorku. Postupně uvedu druhy identifikovaných traumatických událostí, typy identifikovaných traumatických prožitků a výskyt posttraumatických projevů v minulosti a v přítomném stavu psychickém. Na závěr odprezentuji nálezy proměnných, které zvyšují riziko vzniku schizofrenie v důsledku traumatu.

7.1. Kazuistiky respondentů

Respondent Lenka, 41 let

Z anamnézy:

- PsychA: Diagnóza schizoafektivní poruchy, (od 1993), 5 - 7x psychiatrická hospitalizace (neví již přesně). V ambulantní péči, dochází do nízkoprahového zařízení a do svépomocné skupiny.
- OA: Léčí se 2 roky pro reflux jícnu, před rokem se objevily úzkostné ataky v MHD. Sledována pro pozitivní test na mutaci BRCA hereditárního karcinomu prsu. RA: matka (62) zemřela v roce 2013 na rakovinu (pozitivní BRCA), otec (69) v důchodu, bez zdravotních obtíží, čínorodý, pěstuje včely, pracuje na zahradě. Babička z matčiny strany trpěla na deprese.
- SPA: Svobodná, žije sama v bytě, od roku 1993 v invalidním důchodu. Maturita na gymnáziu, poté plný invalidní důchod. Rodinné vztahy středně harmonické. Rodiče VŠ vzdělání, otec a dědeček významný sociální status. Ambiciózní, punitivní výchova s fyzickými tresty otcem. Otec přísný, matka hodná. Bratr (42) žije s vlastní rodinou, navštěvují se. Otec jí vypomáhá finančně a s opravami v bytě. Ve škole od šesti let, po celou dobu základní školy vynikající prospěch s prospěchovým průměrem 1,0, gymnázium dokončila s vyznamenáním, poslední ročník opakovala. Vztahy s vrstevníky během školní docházky dobré. Absolvovala tři kurzy práce v sociálních službách, chtěla by pracovat jako peer pracovník. Přátele má ze svépomocných skupin i mimo ně. Obtíže se spánkem nemá.
- SexA: Bez obtíží, aktuálně 2 roky ve vztahu.

- CAD: nekuřák, abstinent. FA: Quetiapin 200 mg 1-0-2, Lithium 300 mg 1-1-0, Abilify 15 mg 1-0-1, Akineton 1-0-0, Lyrica: 75 mg: 1-1-1, Cipralex 1-0-0. Před půl rokem snížila Lithium z 1-1-1 na 1-1-0, následovalo zlepšení ve vyjadřování, začala dokončovat věty a mluvit plynně v souvětích. Lyricu užívá rok z důvodu úzkostných atak. Na reflux jícnu užívá Emanera 40 mg 1-0-0.

Přítomný stav psychický: Postoj a okolnosti setkání: Motivací k účasti obecný prospěch, vliv však měla i finanční odměna (ve finanční tísní). Complientní. Obavy z účasti na výzkumu nemá, pouze si nepřeje nikde uvádět jména lékařů a zaměstnání rodinných příslušníků. Zvýšený zájem o vlastní zdraví spojený s rizikem nadužívání lékových preparátů. Přichází sama, kontakt prostřednictvím Hearing Voices. Zevnějšek: Upravený. Celkové psychomotorické tempo: držení těla vzpřímené, tempo chůze a pohybů střední. Řeč: tempo řeči normální, mluví v souvětích typicky se vsuvkami. Občasně nedokončuje věty, nebo použije jiný rod (změna záměru během produkované věty). Vigilní, lucidní. Orientace: Plně se orientuje v čase, místě a osobách. Jednou oslovila širší obecnost nahrávky (vy namísto Ty). Emoce přiléhavé, odpovídají popisovanému obsahu. Nálada přemýšlivá. Vnímání normativní. Myšlení plynulé, logické, bez poruch vnímání, bez bludů. Používá ironii a sarkasmy. Soustředění a pozornost: Soustředění kolísá, na konci rozhovoru patrné známky únavy. Paměť dlouhodobá v normě. Poruchy krátkodobé paměti, zaznamenány obtíže s vybavováním již řečeného v rámci rozhovoru, předpokládaný vliv medikace. Odhadovaný nadprůměrný intelekt s předpokládaným deficitem v testech v důsledku nadměrné medikace a aktuální poruchy krátkodobé paměti. Slovní zásoba střední, používá zkomoleniny odborných výrazů. Suicidální tendence nemá. Zvýšený zájem o zdraví spojený s rizikem nadužívání medikace. Má plný náhled na onemocnění, na sebe sama i na aktuální stav.

Vznik a průběh onemocnění: Prodromální období s nástupem v 17 letech (1993) projevující se nápadnou změnou chování: „*Začala jsem být najednou divná, taková pomalá, chodila jsem po městě, kolem školy, nechtělo se mi prostě vůbec nic dělat, byla jsem furt zalezlá v posteli, a to už naši viděli, že něco se děje, ale nevěděli vůbec co.*“ Rodiče ji odvezli k psychologovi, poté následovala čtyřměsíční hospitalizace.

Druhá hospitalizace v 18 letech, po dvou týdnech opakované konzumace alkoholu došlo na dovolené v Itálii nejprve k subdepresivnímu ladění, poté k nástupu psychotické ataky s dezorientací v prostoru a osobách. Po návratu dvouměsíční hospitalizace spojená s nedobrovolnou elektrokonvulzivní terapií na základě souhlasu uděleným rodiči.

V následujících letech absolvovala 3-5 dalších hospitalizací (neví již přesně), obvykle z důvodu relapsu po vysazení léků. Nepřipadala si nemocná, proto léky nechtěla užívat. Do 2-3 měsíců po vysazení nástup magického myšlení, podezřívavého chování, výjimečně hlasů. V případě ataky s hlasy slyší v hlavě hlasy z budoucnosti, které ji prosí, aby je zachránila před následky obtíží, které vznikly v naší současnosti naprogramováním škodlivého softwaru, který v budoucnosti ohrožuje existenci civilizace. Výjimkou byla hospitalizace pro toxickou psychózu po návštěvě diskotéky s nálezem pervitinu v krvi, okolnosti intoxikace neví.

Traumatické události: Traumatizující událost zažila v šesti letech, v průběhu fyzického trestu omdlela, k vědomí se probudila za několik sekund: *„Taťka, on byl opravdu hrozně přísný a my jsme dostávali s bráchou pár facek a jednou jsem dostala pár facek a normálně jsem se složila. A tohle by tatínci podle mě neměli dělat dětem.“* Své prožitky v průběhu incidentu specifikovala jako lítost, strach a děs.

Ve 13 letech uvedla stresor – na skautském táboře neoprávněně získala vedoucí zkoušky. Ve 14 letech (v 8. třídě) opět na skautském táboře se ve spojitosti se stresorem došlo ke znovuvybavování vzpomínek a dostavily se výčitky. Následovaly úzkostné stavy provázené bušením srdce, které se stupňovaly a měly na ni paralyzující efekt. Byla ponechána v klidovém stavu na lůžku bez lékařského ošetření do konce táborového pobytu. Lékařsky nebyla vyšetřena ani po návratu domů, matka událost bagatelizovala. Tuto událost vnímá jako klíčovou při vzniku pozdějšího onemocnění:

Začalo mi strašně mlátit srdce, strašně jsem se bála, měla jsem hroznou úzkost, bála jsem se, že se mi něco stane, jako že mě někdo odsoudí. Prostě jsem tam zkolabovala... No jako jo, já jsem byla úplně mimo. A oni místo aby mě poslali domů, tak mě tam prostě nechali... Hrozný, prostě hrozný... to byl ten spouštěč právě.

Jako traumatizující vnímala první (čtyřměsíční) psychiatrickou hospitalizaci, v jejímž průběhu prožívala nejprve nenávisť k ošetřujícími personálu a bezmoc, poté stupňující se strach a úzkostné stavy: „Rozdíl mezi mnou a (jinou) holkou, která onemocněla (schizofrenií), je ten, že ona onemocněla a hned se začala léčit. Jenže já jsem... něco se mi dělo, šla jsem do nemocnice a tam mě zmasakrovali. Teprve pak jsem se začala léčit.“

Traumatizující událost zažila v průběhu druhé hospitalizace, kdy podstoupila nedobrovolně (na základě souhlasu rodičů proti její vůli), elektrokonvulzivní terapii, provázenou prožitky bezmoci, strachu a hrůzy:

Teď já jsem byla úplně v šoku, já, já, já... jsem nechtěla nic takového, jo. Že ráno už se s tebou nikdo nebavil, teď já jsem pořád chtěla říct, že jako že to, že to nechci, že s tím nesouhlasím, ale já jsem se jich bála. Takže mě tam pak šoupli... Já jsem byla úplně pološílená. Ještě jak mi tam dávali na tu hlavu ty, ty... elektrody. Protože pro mě to bylo něco tak strašného.

Na traumatickou událost reagovala nejprve vyhybavě, zážitek odsunula zcela stranou: „Začala jsem se zabývat budoucností. Úplně jsem to vypustila. S nikým jsem se o tom nebavila, našim jsem začala to vyčítat až pozdějš.“ V odstupu okolo 3-6 měsíců od události se jí však začaly vracet vtíravé vzpomínky a znovu vybavovat vzpomínky na trauma. Součástí posttraumatických projevů byla zvýšená vzrušivost s návaly zlosti:

Ono se to celý jako by vrátilo, ale v tom smyslu, že mně to došlo. Že mně došly některý věci a já jsem to začala vyčítat našim. A protože taťka si nic vyčítat nenechá, tak to odnesla maminka. Maminka, ta, která se o mě starala, a o taťku, a bez které bysme to nikdy nezvládli, tak já jsem jí prostě strašně ubližovala a vyčítala jsem jí, a tu první hospitalizaci, ty elektrošoky, to všechno. Strašně mě to dneska mrzí, že jsem taková byla.

Proměnné zvyšující při společném výskytu s traumatem riziko vzniku schizofrenie: V dětství byla vychovávána přísně s fyzickými tresty za použití facek (úderů dlaní, nejčastěji do obličeje). K tomu uvedla: „Hrozně mi to ubližovalo, měla jsem tatínka moc ráda... Myslela jsem si, že mě nemá rád.“ Další charakteristikou výchovy byly vysoké požadavky ambiciózních rodičů, po celou dobu docházky na

základní školu měla prospěchový průměr 1,0: „*Rodiče mě tlačili, chtěli, abych měla pořád samý jedničky.*“

V průběhu první hospitalizace zažívala relativní sociální nerovnost a znevýhodnění, cítila se pozitivně diskriminována z důvodu protekce kvůli společenskému postavení rodiny a subjektivně vnímala její negativní dopady:

A hlavní je to, že já jsem měla protekci, protože můj dědeček byl [REDAKCE] kdysi, a taťka byl [REDAKCE]. Takže to byl bohužel takový průšvih. Protože ať mi říká, kdo chce, co chce, tak jsem měla protekci, a kdybych ji neměla, bylo by to možná lepší. Protože oni se tak snažili, že prostě... Ale je to jedno hlavně dneska už.

V anamnéze je patrný kumulativní efekt traumatických událostí.

Záznam pozorování: Při vyprávění veselé příhody se usmívá a vtipkuje, při vyprávění emočně významné příhody pokleslá nálada a slzy v očích.

Emočně významné jsou pro ni okolnosti přísné výchovy spojené s fyzickými tresty, incident na skautském táboře a okolnosti první a druhé hospitalizace, zde měla slzy v očích a změnila tón hlasu.

Při popisu průběhu elektrokonvulzivní terapie byly v přítomném stavu psychickém pozorovatelné symptomy posttraumatické stresové poruchy, přestože od traumatizujících událostí uplynulo nejméně 23 let. V projevu byla patrná úzkost při expozici vzpomínkám na událost. Vizually nápadné zejména byly vegetativní příznaky v průběhu vyprávění o události: Při popisu nedobrovolného podstoupení elektrokonvulzivní terapie u ní byl vizuálně patrný třas rukou, zrudnutí v obličeji, rozčilení, neklid, zadržávání, projevy dechové nedostatečnosti, slzy v očích:

Ted' já jsem byla úplně v šoku, já, já, já.., jsem nechtěla nic takového, jo. Jenže ráno už se s tebou nikdo nebavil, ted' já jsem pořád chtěla říct, že jako že to, že to nechci, že s tím nesouhlasím, ale já jsem se jich bála. Takže mě tam pak šoupli.. Je to strašně nepříjemný. Já vím, že je to v tom.. v té narkóze, ale.. je to, je to.. když se něčeho bojíš, tak to potom jako.. No, já jsem byla úplně pološílená. Ještě jak mi tam dávali na tu hlavu ty, ty.. Ufff. No. No, ty elektrody. Ale.. jo, elektrody. To oni to tak dají, já.. tohle ještě dneska fakt nemám zpracovaný. Protože pro mě to bylo něco tak strašného, že..

Vyprávění nebyla schopna dokončit, vypila sklenici vody, během pití držela sklenici z důvodu třasu oběma rukama.

Rozbor případu: V anamnéze byly identifikovány traumatické události před nástupem onemocnění a v průběhu hospitalizace.

V anamnéze byly identifikovány rizikové faktory pro vznik schizofrenie v důsledku traumatu. Jedná se o přísnou, ambiciózní výchovu s fyzickými tresty a externalizací těžké kontroly, ke které se později přidal kumulativní efekt traumatu a relativní vnímaná sociální nerovnost.

Před nástupem onemocnění došlo ke dvěma traumatizujícím událostem. K prvnímu traumatu došlo v 6 letech v souvislosti s výchovným trestem, trauma provázely prožitky strachu, děsu a vegetativní příznaky končící mdlobou.

K druhé traumatizující události došlo ve 14 letech. Po expozici okolnostem stresující události z věku 13 let (prožívané jako subjektivně bezvýznamné, bez charakteristik traumatu) došlo k úzkosti, znovuvybavování vzpomínek a vegetativním příznakům (bušení srdce). Tyto posttraumatické projevy byly provázeny prožitky viny a strachu, k jejich ústupu došlo po skončení expozice. Projevy nesou charakteristiky retraumatizace. Událost byla v přítomném stavu psychickém prožívána jako emočně významná.

K medicínskému traumatu s prožitky bezmoci a strachu došlo při první hospitalizaci vlivem bezmocnosti, dezorientace, zdravotnického prostředí, nesouladu mezi sebou a neznámým prostředím. Tuto událost zažívala jako emočně významnou i v přítomném stavu psychickém. K medicínskému traumatu došlo nedobrovolnou elektrokonvulzivní terapií během druhé hospitalizace. Prožívala bezmoc, strach, hrůzu a ohrožení života, v přítomném stavu psychickém přetrvávají posttraumatické symptomy v podobě úzkosti při expozici události, vegetativních příznaků (zrudnutí, třas rukou, chvění hlasu, dechová nedostatečnost, zadržávání).

Medicínské trauma má charakter přetrvávající postpsychotické posttraumatické stresové poruchy (PP-PTSD) s charakteristickými znaky nedobrovolné hospitalizace/ terapie, disfunkčními strategiemi vyhodnocování a zvládnání stresových situací, prožitkem ztráty kontroly.

Implikací pro respondentku je terapie PTSD zaměřená na eliminaci posttraumatických projevů a redukci vzniku psychotické symptomatiky. S ohledem na etiologii je nezbytně nutné v průběhu terapie eliminovat riziko retraumatizace.

Respondent Diana, 47 let

Z anamnézy:

- PsychA: Od 2012 diagnóza paranoidní schizofrenie (ataky s hospitalizací 2012, 2014, 2017). V péči ambulantního psychiatra.
- OA: V dětství živé, bystré dítě, až hyperaktivní, rodiče ji usměrňovali pomocí fyzických trestů a zákazů. Do 4 let opakované angíny, léčba antibiotiky, poté vytržení mandlí. Zvýšená teplota a horečky při psychické zátěži (návštěva babičky, školní události). Ve věku 15 let diagnostikována mentální bulimie. Počátek onemocnění: na školním výletu zážitek úlevy a psychické pohody po zvracení. Úbytek hmotnosti během tří týdnů na stabilních 37 kg z původních 49 kg. Po roce přistižena matkou, pod pohružkou hospitalizace došlo k mírnému zvýšení hmotnosti. Obtíže přetrvávají, kulminují periodicky v obdobích zvýšené psychické zátěže. V chování u ní dochází ke změnám, uvedla výskyt problematických projevů (rychle a euforicky pobíhá a mluví/ přejídá se a následně zvrací/ zacyklené myšlení).
- RA: Z úplné rodiny, otec voják z povolání (65) zemřel 2008 na rakovinu plic, rychlý průběh. Matce je nyní 68. Teta a bratranec z matčiny strany se léčí na schizofrenii.
- SPA: První sňatek v 19 letech, ve 26 letech rozvod. Jako důvod sňatku uvádí splnění sociální normy, očekávání okolí: „*Kdo se v devatenácti nevdal, nebyl normální.*“ Manžel žárlivý, alkoholik. Na VŠ se nehlásila pro manželův nesouhlas. Po roce manželství se narodila dcera: „*Po 7 letech jsem řekla 'dost', hlavně kvůli dceři, aby neviděla šílené opilecké stavy jejího tatínka.*“ Exmanžel je „ve vzpomínkách stále, ale málo“. Zemřel 4 roky po rozvodu, příčinu úmrtí nezná. 2016 druhý sňatek, manželství harmonické. S dcerou (27 let) má problematické vztahy – splácí dceřiny dluhy. 2012 ztráta blízkých osob (babičky a tety). Docházka na ZŠ s prospěchovým průměrem 1,0. Vzdělání středoškolské s maturitou. Na poprvé se na VŠ nedostala, poté již bránil manžel. Pracovala

jako obchodní zástupce a jako administrativní pracovnice v ČR a v Německu, kde žila rok s partnerem. Od 2015 v plném invalidním důchodu. Přivydělává si drobným šitím a úpravou oděvů. Záliby: rukodělná činnost, dobrovolnická práce. Má vlastní webové stránky a píše dva blogy. Hovoří plynně německy.

- SexA: bez obtíží, rok ve druhém manželství, s intimním životem spokojená.
- CAD: nekuřák, alkohol výjimečně (ca. 1 litr vína/ rok), má k němu odmítavý vztah.
- FA: Zyprexa (olanzapin) 15 mg 0-0-1, Prolong (quetiapin) 0-0-1. Nežádoucí účinky zvýšení váhy, jinak dobře snáší. Úpravy medikace v případě akutních obtíží provádí pouze po dohodě s ošetřující lékařkou.

Přítomný stav psychický: Přichází sama, hlavní motivací je osobní prospěch. Jako další důvod uvedla finanční odměnu. Complientní. Zevnějšek: Upravený. Celkové psychomotorické tempo: střední, pohyby plynulé, občasně trhavé. Tempo řeči v normě, občasné sklony ke zrychlování, kultivovaný projev. Vigilní, lucidní. Orientace v místě, čase a osobách dobrá. Emoce mírně oploštělé, nálada hloubavá. Vnímání normativní, bez poruch vnímání, bez bludů. Myšlení logické, strukturované. Při vyprávění občas působí dojmem zahlcenosti vlastními myšlenkami, místy nepřítomně, reaguje však ihned a relevantně. Soustředění a pozornost bez zjevných defektů. Paměť dlouhodobá a krátkodobá orientačně v normě. Odhadovaný Intelekt v pásmu nadprůměru, bez zjevného defektu. Suicidální tendence nemá. Má plný náhled na onemocnění, na sebe sama, na aktuální stav.

Vznik a průběh onemocnění: První ataka ve věku 43 let, tři měsíce od úmrtí blízkých osob (babičky a tety), v období stupňované nespokojenosti ve vztahu s partnerem – pravidelným konzumentem alkoholu. Několik dnů po semináři osobního rozvoje došlo ke změnám chování, byla dezorientovaná, agitovaná. Do odpadkových košů skládala věci, které podle jejího názoru k sobě patřily, slyšela hlasy, které ji naváděly: „*Samá voda, přihorívá, hoří*“ a vyhazovala věci, které zhodnotila, že již do jejího života nepatří. Provokovala manžela, způsobila mu poranění hlavy tím, že mu rozbila o hlavu dva keramické poháry. Vběhla do koupelny, kde uviděla za mléčným sklem siluetu mrtvého exmanžela v podobě zombie, utíkala před ním pryč. Hlasy jí nabádaly, že musí utéct, jinak může v domě uhořet. Po dvou dnech o nástupu symptomů vyběhla z bytu bosá ven na ulici, taxikář zavolal sanitku. Při převozu prožívala muka, že ji vezou do márnice.

V nemocnici dezorientovaná v místech i lidech, po 3 dnech došlo vlivem antipsychotik ke stabilizaci, poté 6 týdnů hospitalizace na lůžkovém oddělení a 6 týdnů denní stacionáři (9-16) s terapií a kognitivním tréninkem. Po návratu se pohádala s partnerem, bála se, že ji uhodí, poté partnera opustila.

Druhá hospitalizace ve věku 45 let (2014) s nástupem 14 dní po semináři osobního rozvoje. Během ataky slyšela hlas lektorky ze semináře, který říkal: „*Diano, musíš se někdy v životě rozhodnout.*“ Nespavost, změny chování, přestala mluvit, manžel s matkou zavolali záchranou službu, poté hospitalizace 10 měsíců. Přiznán plný invalidní důchod. Dochází k progresi bulimie.

Třetí hospitalizace ve věku 48 let (2016) následovala opět po semináři osobního rozvoje, kde se zabývala vztahem s dcerou a vztahem k sobě samé. Rychlý nástup ataky, pobíhala po bytě a skládala věci, v průběhu ataky vytvářela seznam: „*Co by mě naplňovalo: Práce s muži, práce s lidmi, pomáhat týraným ženám, pomáhat ženám závisláků.*“ Hospitalizace 4 týdny.

Traumatické události: Od 19 do 26 let zažívala dlouhodobě domácí násilí ze strany manžela (žárlivý, alkoholik) s psychickými útoky a ponižováním: „*Děvka byla to nejlepší slovo, co jsem od něj slyšela.*“ Manžel se snažil ji izolovat doma, VŠ nestudovala, protože si to nepřál. Útoky začaly již před svatbou: „*Matka mi říkala, proč si ho proboha bereš, když z každého rande chodíš domů s pláčem.*“ První žádost o rozvod ve 24 letech stáhla, protože ji vydíral sebevraždou, rozvedla se o dva roky později. V průběhu manželství byla dvakrát fyzicky napadena, držel ji zezadu za krk a cloumal s ní. Po odchodu přetrvávalo subdepressivní ladění se znovuvybavujícími se myšlenkami a vzpomínkami, po roce nastal ústup: „*Po roce přišla úleva od teroru, úleva od neustálých vulgarit, takže se dá říct, že se to projevilo myšlenkami. Začala jsem si zase věřit. Nikdo mě nebuzeroval, jak chodím oblíkaná a tak.*“ Vzpomínky přetrvávají dlouhodobě v mírnější formě: „*Ve vzpomínkách mám exmanžela stále, ale málo.*“

Proměnné zvyšující při společném výskytu s traumatem riziko vzniku schizofrenie: V dětství vychovávána za použití fyzických trestů: „*Dokud jsem nedostala, tak jsem prý nedala pokoj.*“

V anamnéze jsou patrná disfunkční kognitivní schémata, projevující se jako neúměrně vysoká výkonnostní měřítko na sebe kladená: „*Cítila jsem silnou vnitřní*

potřebu být výborná.“ Po celou dobu docházky na základní školu měla prospěch 1,0. Pokřivené vnímání vlastního těla se projevilo v 15 letech nástupem bulimie. Uspokojení z dosažení ideálu fyzické krásy jí přineslo snížení tělesné hmotnosti ze 49 kg na 37 kg.

V souvislosti s odolností vůči stresu byly zaznamenány somatoformní poruchy s nástupem v dětství. Když jí bylo oznámeno, že pojede na návštěvu za babičkou, z radosti dostala do druhého dne zvýšenou teplotu. Na střední škole měla časté absence z důvodu zvýšené teploty, která se dostavila den poté, co se dle vlastních měřítek nestihla na výuku dostatečně připravit.

Záznam pozorování: Přichází se zpožděním, porucha autobusu. Zpoždění avizovala dopředu telefonicky, v telefonátu mírně agitovaná, patrná snaha o plnění dohodnutého úkolu. V osobním projevu mírná emoční oploštělost, nižší míra očního kontaktu, v rozhovoru působí občasně nepřítomně, má však úplnou orientaci, reaguje pohotově. Nelze spolehlivě stanovit, zda se jedná o negativní symptomy, nežádoucí vedlejší účinky medikace, disociativní projevy, nebo jejich kombinaci.

Rozbor případu: Zatímco většina studií se zaměřila na výskyt traumatu v dětství u jedinců s nástupem onemocnění typicky v ranné dospělosti, tato anamnéza je atypická jak pozdějším výskytem komplexního traumatu již v dospělosti, tak pozdějším nástupem onemocnění v atypicky pozdním věku 43 let.

V dětství zaznamenány rizikové faktory ke vzniku psychózy v důsledku traumatu v podobě drsné výchovy (přesněji ambiciózní výchovy s fyzickými tresty) a disfunkčních kognitivních schémat.

Na základě výskytu somatoformních poruch lze nepřímě usuzovat na další rizikový faktor – zvýšenou citlivost vůči stresové zátěži. Patrné jsou rovněž disfunkční strategie vyhodnocování a zvládnání stresu za pomoci bulimie (iniciované pocity psychické úlevy po prvním zvracení na školním výletě), četnost bulimických projevů v anamnéze koresponduje s aktuální mírou stresové zátěže. Na střední škole přinášela somatoformní porucha rovněž sekundární zisk z nemoci (pokud se nestihla do školy připravit dle svých měřítek, druhý den již měla zvýšenou teplotu a z důvodu nemoci musela zůstat doma).

V období 19-26 let života zaznamenán výskyt komplexního traumatu v podobě dlouhodobého domácí násilí, sestávajícího zejména z ponižování, omezování

osobní svobody a psychického teroru se dvěma ojedinělými incidenty fyzického napadení.

V období jednoho roku po opuštění manžela identifikována posttraumatická symptomatika v podobě zvýšeného výskytu vtíravých vzpomínek, které v omezené míře přetrvávají doposud. V přítomném stavu psychickém patrná mírná emoční oploštělost, zde však nelze rozlišit, zda se jedná o posttraumatickou disociaci, negativní symptomy, nežádoucí účinky léků, nebo vliv situačního kontextu, či jejich kombinaci.

K nástupu všech třech psychotických atak došlo v důsledku retraumatizace, typicky během 14 dní po semináři osobního rozvoje, kde se snažila řešit svůj život a své vztahy. Poté došlo ke změnám chování a přesmyku do psychózy s manickými prvky a halucinacemi.

Obsah vizuálních halucinací (manžel-tyran v podobě zombie) a myšlenkového obsahu koresponduje s traumatem, v zápiscích pořízených v průběhu psychózy uvedla: „*pomáhat týraným ženám a ženám závisláků*“.

Zjištění naplňují hlavní charakteristiky posttraumatické stresové poruchy se sekundární psychózou PTSD-SP.

Implikací pro respondentku je terapie PTSD zaměřená na eliminaci posttraumatických projevů a redukci rizika následného přesmyku do psychózy. S ohledem na etiologii je nezbytně nutné v průběhu terapie eliminovat riziko retraumatizace. Jako další cíl intervence se jeví nácvik funkčních strategií zvládnání stresu, jejichž osvojení přispěje ke snížení rizika rozvoje psychotické symptomatiky. Poté, co strategie zvládnání stresu zvracením nebude již třeba, může dojít rovněž k redukci bulimických projevů.

Respondent Iva, 31 let

Z anamnézy:

- PsychA: Diagnóza paranoidní schizofrenie od roku 2004, 1x hospitalizace (2011), v ambulantní péči. 2012 změnila psychiatra, původní lékařka pouze předepisovala léky, současný psychiatr si s ní i povídá. Dochází do nízkoprahového zařízení.

- OA: V 5 letech hospitalizace se zlomenou rukou (úraz při hře), jiná onemocnění ani úrazy neuvádí.
- RA: Otec zemřel ve věku 52 let na rakovinu střev (2010), léčen dlouhodobě od 2000. Matka (57) pracuje jako lékařka. Bez výskytu psychiatrické hospitalizace, abúzu, nebo sebevražedných tendencí.
- SPA: Docházku na základní školu označuje za běžnou a bezproblémovou, měla kamarádky, s některými se stýká občas doposud. Měla řadu výtvarných koníčků (keramiku, batikování, aj.). Maturita na gymnáziu. Dva roky studovala na pedagogické fakultě, studium z důvodu onemocnění nedokončila. Na gymnáziu od 2002 (16 let) pracovala v létě jako vedoucí na dětském táboře. Žije v rodinném domě s matkou a mladší sestrou. Svobodná, ráda by našla partnera a měla děti. Má 1 starší sestru (33), 2 mladší bratry (22, 26), mladší sestru (13 let, nejmladší sourozenec). Od 2004 v invalidním důchodu. Nyní ve výukovém kurzu vaření v nízkoprahovém zařízení, ráda by si našla na částečný úvazek práci v kuchyni. Čas tráví doma, popř. v nízkoprahovém zařízení.
- SexA: Aktuálně bez partnera, omezený sociální kontakt z důvodu zdravotních obtíží. Plánuje manžela a děti.
- CAD: nekuřák, abstinent.
- FA: Olazax 10 mg disperzní. Nežádoucí účinky léků – okulogyrní krize s nástupem typicky v poledne. Z důvodu žaludeční nesnášenlivosti výběr léků omezen na variantu s aplikací pod jazyk. V roce 2004 epizoda epileptického záchvatu po nasazení antipsychotik (20 sek. v bezvědomí).

Přítomný stav psychický: Přichází v doprovodu peer pracovníka, sama nezvládne. Motivaci k účasti na výzkumu finanční odměna. Zevnějšek mírně zanedbaný. Celkové psychomotorické tempo zpomalené. Řeč pomalá. Vigilní, lucidní. Orientuje se v čase v osobách. Slabší orientace v místě, nejistá, kde se nachází a zda trefí zpět. Emoce nepřiléhavé, obličejový výraz osciluje v polohách blazeovaný/ nechápavý). Myšlení zabíhavé, podezřívavé, v přítomném stavu ale bez zjevných halucinací, s přítomností bludných přesvědčení. U negativní symptomatiky není jasné, zda se jedná o projevy onemocnění, nebo nežádoucí účinky medikace. Kolísavá pozornost. Paměť krátkodobá orientačně velmi dobrá, v průběhu rozhovoru mě přesně opravila, že to už na začátku rozhovoru říkala. V dlouhodobé paměti nejasnosti, řadu událostí si nepamatuje či vybavuje pouze fragmenty, často

sděluje, že neví. Odhadovaný intelekt v oblasti průměru/ nadprůměru bez zjevného defektu. Tempo vyjadřování lehce zpomalené, ale plynulé, hovoří spisovně, názvy a pojmy používá přesně, má dobrou slovní zásobu. Suicidální tendence nemá. Nemá plný náhled na onemocnění, ani na sebe sama.

Vznik a průběh onemocnění: Počátek onemocnění v roce 2004 (v 18 letech), projev kožní obtíže. Uvádí, že opakovaně navštěvovala obvodní lékařku s kožní vyrážkou, která však u lékařky vždy zmizela, takže jí lékařka nevěřila. Při třetí návštěvě jí lékařka vynadala a při dalších návštěvách ji odmítala přijmout, poté jí odeslala s žádankou na psychiatrii. Domnívá se, že se jí lékařka mstila, podezřívá ji z nevráživosti vůči své matce (bývalá lékařčina spolužačka). Dále se cítí podvedena psychiatrickou, která jí slíbila, že jí dá léky na vyrážku, ale předepsala jí antipsychotika, což prý netušila. Po několika letech chtěla medikaci ukončit, ale zjistila, že je na nich závislá. Obtíže s vyrážkou se již neobjevily, vidí v tom důsledek samoléčby česnekem.

První hospitalizace v roce 2011 (ve 25 letech) po vysazení medikace, důvodem byly obavy z úmrtí v důsledku užívání léků: „*V příbalovém letáku jsem se dočetla, že 'mohou způsobit náhlá a nevysvětlitelná úmrtí', bylo to napsané na obale.*“ Asi 2-3 měsíce po vysazení léků šla večer pozdě z čajovny do bytu, kde bydlela. Začala slyšet hlas, který na ni mluvil, hlas vnímala jako by jí někdo telefonoval. Nechápala, co se děje. Neví, jak se dostala do bytu, ani co jí hlas říkal, jen že musela rychle něco udělat. Skočila z balkónu, nebo ze střechy (nepamatuje si), následoval převoz do úrazové nemocnice a poté na psychiatrii. Je vděčná, že jí lékaři zachránili nohu, šrouby jí vytahovali rok po operaci, nyní chodí již normálně.

Od té doby slyšela hlas ještě dvakrát, to už ji nevyvedlo z míry, protože věděla, že to se někdy děje, řešeno ambulantně. V těchto případech však hlas pouze volal její jméno.

Traumatické události: Neuvádí žádné události traumatického charakteru v období před nástupem onemocnění. Potenciálně traumatickou událost ohrožující zraněním/ smrtí uvádí dva roky po nástupu onemocnění (ve věku 20 let), kdy byla na táboře jako vedoucí. Při noční hře v lese k ní přistoupil zezadu neznámý muž a ohrožoval ji nožem: „*Dal mi zezadu nůž na krk a říkal Já jsem muž a mám nůž.*“ Uvedla, že ji držel nějakou dobu s nožem na krku, ale nic jí neudělal. Později zjistila,

že to byl kamarád někoho z vedoucích. V noci se jí dobýval do chatky, utekla oknem a spala společně s dětmi, poté ji už nekontaktoval.

Proměnné zvyšující při společném výskytu s traumatem riziko vzniku schizofrenie: Nebyly zaznamenány.

Záznam pozorování: V průběhu rozhovoru bylo nutné vracet pravidelně respondentku k tématu rozhovoru. Většinu otázek negovala. V případě, že se nějaké téma objevilo, na doplňující otázky odpovídala, že neví, nebo si nepamatuje.

U události, kdy ji v noci držel v lese neznámý muž s nožem na krku, nebyla schopna událost komplexně popsat, ani si vybavit emoce během události, k popisovanému zážitku přistupovala jako k neznámému příběhu cizího člověka. Plochosť emočního prožívání byla výrazná i v přítomném stavu psychickém, větší část rozhovoru měla v obličeji nadnesený výraz, který se při popisu fragmentů vzpomínek dočasně měnil na nechápavý. V průběhu rozhovoru nebyly zaznamenány události, které by pro respondentku byly emočně významné.

Bez výskytu vegetativních nebo posttraumatických příznaků.

Rozbor případu: V anamnéze nebyly identifikovány traumatické události, ani faktory, které přispívají ke vzniku psychózy v důsledku traumatu. Subjektivní charakteristiky prožívání traumatu nebylo možné ověřit, respondentka byla prakticky disociovaná od emočního prožívání, nebyla schopna popsat emoce při událostech v minulosti, ani neprojevovala emoce v současném stavu psychickém. U potenciálně traumatické události ohrožení zraněním/ smrtí (útočník s nožem v lese) nebyla schopna upokojivě ujasnit, zda se cítila ohrožena, ani co prožívala. S ohledem na okolnosti nelze ani jasně stanovit, zda se jedná o negativní symptomatiku, nežádoucí účinky léků, či disociační poruchu. Bez výskytu vegetativních nebo posttraumatických příznaků.

Respondent Petr, 29 let

Z anamnézy:

- PsychA: Od roku 2010 diagnóza paranoidní schizofrenie, intenzita atak (2010, 2013, 2015) má snižující tendenci. Třikrát psychiatrická hospitalizace. V péči ambulantního psychiatra.

- OA: V předškolním věku 2x hospitalizován pro spálové onemocnění, třetí spála na ZŠ již bez hospitalizace. Noční děsy v předškolním věku, spával v rodiči ještě během prvního stupně ZŠ. Operace menisku v 16 letech.
- RA: V rodině se nevyskytuje psychiatrické onemocnění, ani sebevražedné pokusy. Bratr alkoholik, 1x již léčen v protialkoholní léčebně.
- SPA: Svobodný, nezadaný. VŠ, student doktorského studia. Otec (59), matka (59). Rodiče se rozvedli (2015), vztahy v rodině středně harmonické. Žije střídavě s rodiči, nebo v místě školy, dle aktuální potřeby. Má silný vztah k matce. Starší bratr (31 let). Záliby: historie, ekologie, aktivismus. Člen Strany zelených, navštěvuje mše organizace Světlo křesťanů.
- SexA: Obtížně navazuje partnerské kontakty, Intimním vztahům se cíleně vyhýbá, obává se zamilovanosti, která spustila první ataku.
- CAD: Před nástupem první ataky 4 roky užíval marihuanu (1-2x měsíčně), nyní abstinuje. Alkohol příležitostně (sklenku červeného vína). Kuřák (20-25 cigaret/den), nyní se snaží omezit.
- FA: Prosulpin 1-0-1, leponex 1-0-1, fluanxol injekčně 1x měsíčně. S medikací spokojený. Přetrvávající projevy: Uvádí, že občas říká potichu věci, které nejsou pravda, a nechce, aby je někdo slyšel. U katolíků říká „Já jsem satanista“, na katedře říká „podváděl jsem při státnicích“ a u návštěvy tety s malým dítětem říká „jsem pedofil“.

Přítomný stav psychický: Motivace k účasti na výzkumu osobní (příležitost dozvědět se něco o sobě a zužitkovat to k osobnímu rozvoji) a obecný prospěch. Přihlásil se sám, reagoval na výzvu na sociálních sítích. Zevnějšek upravený v mezích normy. Celkové psychomotorické tempo střední, pohyby občasně zrychlené. Ze schůzky odběhl obdobně jako děti, když běží po skončení výuky ze školy. Řeč plynulá, odpovídá převážně v jednoduchých větách. Pokud se rozpovídá, patrná bohatá slovní zásoba. Vigilní, lucidní. Dobrá orientace v čase, místě i osobách. Nálada optimistická v mezích normy. Bez poruch vnímání, bez bludů. Myšlení strukturované, logické, s obsedantními situačními prvky. Soustředění dobré, pozornost nekolísá. Paměť dlouhodobá i krátkodobá orientačně dobrá, vybavuje si bez obtíží události z minulosti i již řečené v průběhu rozhovoru. Odhadovaný intelekt nadprůměrný bez zjevného deficitu. Suicidální tendence

nemá. Má náhled na onemocnění, na sebe sama i aktuální stav. V léčbě compliantní.

Vznik a průběh onemocnění: Nástup onemocnění ve 23 letech. Prožíval velmi intenzivně neopětovanou zamilovanost do spolužačky, začal se jí vyhýbat, což způsobilo ještě větší intenzitu prožívání. Pracoval ve studentském rádiu, za kolegu měl satanistu, který rovněž kouřil marihuanu. Začal mít strach ze satanistů, byl přesvědčený, že ho pronásledují, protože ho chtějí přijmout mezi satanisty. On však chtěl zůstat na straně světla. Začal podezřívat rodiče, že platí lidi, aby se s ním kamarádili. Následovala hospitalizace.

Druhá hospitalizace ve věku 24 let, svěřil se lékaře, že má paranoidní myšlenky, krátce hospitalizován, k atace nedošlo. Přidělen invalidní důchod.

Třetí hospitalizace ve věku 27 let, období neopětované intenzivní zamilovanosti vyústilo ve druhou ataku. Cítil se pronásledován katolíky, bál se, že ho chtějí přijmout mezi sebe, což se mu nelíbilo, protože katolíci nevěří na reinkarnaci.

Čtvrtá hospitalizace ve věku 29 let, nadměrná psychická zátěž (soustředění, vypětí, zacyklení myšlení) během přípravy ke státní zkoušce vyústila ve 3. ataku. Po státnicích nabyl dojmu, že ho pronásleduje mafie a rovněž policie. Policii někdy vnímal negativně (že ho pronásleduje), ale někdy i pozitivně, že se snaží chytit mafiány. Vadilo mu ale, že ho sledují. Hospitalizace 6 týdnů (3 dny akutní péče, měsíc stabilizační, poté dva týdny psychoterapie ve stacionáři).

Traumatické události: Ve 4 letech hospitalizován se spalovým onemocněním. V průběhu odloučení od rodičů zážitek šikany, ohrožován starším spolupacientem, který mu kradl hračky: „*První hospitalizace bylo peklo. Byl tam starší kluk, který mi bral plyšáky, bál jsem se ho.*“ Uvedl prožitky strachu a hrůzy. Jednalo se o jednorázovou traumatickou událost, další spála byla již léčena ambulantně.

V souvislosti s hospitalizací došlo k nástupu děsivých snů, bez zjevné spojitosti s kontextem traumatické události: „*Já jsem v dětství míval strach z duchů. Já jsem usnul, když tam rodiče ještě chodili, ale pak jsem dostal strach. Když jsem se probudil, tak jsem dostal strach.*“ Usínání bez obtíží, v noci jej probudily děsivé sny, poté utekl k rodičům do ložnice. Obtíže přetrvávaly ještě na prvním stupni základní školy.

Proměnné zvyšující při společném výskytu s traumatem riziko vzniku schizofrenie: V anamnéze zaznamenáno odloučení od rodičů ve 4 letech během hospitalizace z důvodu spalového onemocnění.

Čtyři roky (od 19 do 23 let) užíval marihuanu, až do nástupu první ataky ve 23 letech. Marihuanu kouřil 2x měsíčně, s občasnými přestávkami max. 2 měsíce. K první konzumaci došlo v rámci party, jako motivaci uvedl spirituální prožitky. Motivem dlouhodobého užívání byla zábava.

Záznam pozorování: V průběhu rozhovoru se podařilo navázat dobrý kontakt. Popisované události neprožíval jako emočně významné. Bez výskytu vegetativních nebo posttraumatických příznaků.

Rozbor případu: Před nástupem onemocnění došlo k traumatické události ve věku čtyř let (šikanován starším spolupacientem), událost má rovněž charakter medicinského traumatu – v průběhu hospitalizace nebylo dítěti zajištěno dostatečné bezpečí. Trauma vzniklo v kontextu odloučení od rodičů z důvodu hospitalizace. Z proměnných, které zvyšují riziko vzniku psychózy v důsledku traumatu bylo identifikováno odloučení od rodičů v dětství a užívání marihuany po dobu tří let před nástupem onemocnění.

Respondent Emma, 49 let

Z anamnézy:

- PsychA: Diagnóza paranoidní schizofrenie od roku 1993. V ambulantní péči psychiatra. Jednou týdně ji navštěvuje doma peer pracovnice, dochází každý týden do nízkoprahového centra.
- OA: Sledována pro diabetes mellitus, dodržuje dietní opatření, inzulinovou terapii nepotřebuje. V průběhu prvního manželství depresivní stavy, sebepoškozování, dvakrát pokus o sebevraždu podřezáním zápěstí, z toho jednou hospitalizována. Před nástupem onemocnění hospitalizována z důvodu fyzického napadení manželem.
- RA: Otec alkoholik. Sestra deprese, suicidální tendence, alkoholička (2010 dokonaná sebevražda), bratr od střední školy obtíže s alkoholem, léčí se pro alkoholismus. Syn od 2014 diagnózu schizofrenie, zneužívání marihuany.

- SPA: Rodiče již nežijí. Otec vznětlivý, alkoholik, matka hodná. Rodiče měla přesto ráda. Doma zažívala šikanu: „*Pořád mě ponižovali a zesměšňovali, otec i bratr.*“ Bratr se s ní nechce stýkat, jen si občas telefonují. Sestra pracovala jako učitelka, do školy chodila opilá, poté spáchala sebevraždu. Sekundární rodina: Má dvě děti z předchozího manželství (dcera 30 let, syn 24 let). První manželství s alkoholikem, disharmonický vztah s přítomností domácího násilí. Odchod od manžela po návratu z první psych. hospitalizace (ve 26 letech, formálně rozvedeni o 4 roky později), důvodem rozhodnutí byla snaha chránit děti. Synovi v té době bylo 5 let, dceři 11. K odchodu se rozhodla při první hospitalizaci navzdory nízkému příjmu z invalidního důchodu: „*I když jsem neměla peníze pro sebe na jídlo, vždycky jsem se snažila, aby děti měly ovoce a nic jim nechybělo.*“ Ve 30 letech byla formálně rozvedena. Nyní žije 5 let se současným partnerem, o kterého 24 hodin denně pečuje (v domácí léčbě, paliativní léčba rakoviny) a synem. Lituje, že se se současným manželem nepotkala dříve, děti by měla s ním. Vzdělání středoškolské, plný invalidní důchod od svých 26 let. Záliby: Knihy (romány, svépomocné a osobnostní rozvoj) a pes (6 let, labrador), jeho pořízením si splnila dětský sen. Syn má od roku 2014 invalidní důchod, diagnózu schizofrenie, ataka následovala po rozchodu s přítelkyní. Nechce brát léky, protože si myslí, že není nemocný. Tajně mu léky dává do jídla, lékaři o tom řekla.
- SexA: Intimní vztah nemá, současný manžel dlouhodobě nemocný, na lůžku.
- CAD: Silný kuřák (20 cigaret denně). Abstinent. Jednou zkusila marihuanu, po konzumaci žaludeční nevolnost a nepříjemné psychické stavy, od té doby se drogám vyhýbá.
- FA: Zyprexa 15 mg 0-0-1, Depakine 500 mg 0-0-2, Asentra 100 mg 1-0-0.

Přítomný stav psychický: Přichází sama. Motivaci k účasti na výzkumu osobní: „*Anonymně si popovídat s někým, kdo mě vůbec nezná.*“ Další důvod finanční (koupí si knihu). Zevnějšek upravený, skromné líčení. Celkové psychomotorické tempo v normě. Řeč tichá. Vigilní, lucidní. Orientuje se dobře v čase, místě i osobách. Nálada se subdepresivním laděním. Emoce nepřiléhavé. Bez poruch vnímání, bez bludů. Myšlení lineární, strukturované s přítomností obav z úmrtí manžela a ztráty sociální opory. Soustředění dobré, pozornost nekolísá, občasně převažuje zaměření se do sebe. Paměť dlouhodobá i krátkodobá orientačně dobrá.

Odhadovaný intelekt orientačně průměrný. Suicidální tendence aktuálně nemá, v průběhu rozhovoru poskytnuta krizová intervence s mapováním zdrojů, na konci rozhovoru uvedla, že se cítí dobře, pouze potřebuje jít na čerstvý vzduch a zapálit si. Lidem v podobné situaci by chtěla vzkázat: *„Aby bojovali a nevzdávali se, aby dělali to, co je baví a chodili mezi lidmi, neuzavírali se do sebe a nepodlehli té nemoci.“* Má plný náhled na onemocnění, na sebe sama i na aktuální stav. Je schopná mobilizovat zdroje podpory. Compliantní v léčbě a medikaci, výsledky předešlých hospitalizací vnímá pozitivně.

Vznik a průběh onemocnění: Ataka ve 26 letech (1994), slyšela hlasy a měla bludy, byla hospitalizována, okolnosti hospitalizace, ani obsah halucinací se nevybavuje, vymizely po nasazení medikace. Poté přidělen plný invalidní důchod.

Hospitalizaci si velmi pochvaluje, v léčbě je compliantní, léky užívá poctivě dle doporučení lékaře, vidí v nich záruku, že se ataka nevrátí.

Traumatické události: V anamnéze se kumulují četné traumatické události a komplexní traumata.

Dětství charakterizovala: *„Mí rodiče si mysleli, že jsme měli hezké dětství, já si to ale nemyslím.“* V dětství dlouhodobá expozice domácímu násilí (psychického, fyzického): *„Pořád mě ponižovali a zesměšňovali, otec i bratr.“* Otce popsala jako vznětlivého, domů chodil pod vlivem alkoholu, všechny tři děti fyzicky napadal a trestal, bála se ho a snažila se mu vyhýbat. Otec dětem vyhrožoval, že je vezme do sklepa a upálí v kamnech.

Zážitek ohrožení smrtí uvádí v 10 letech, otec ji odvedl do sklepa ke kamnům, aby spolu nakládali dřevo do kotle. Prožívala panickou hrůzu, ze sklepa utekla, byla přesvědčená, že ji chce upálit.

V dětství byla sexuálně zneužívána otcem, obecně zmínila více incidentů: *Bylo toho víc.* Konkrétně uvedla sexuální zneužití v 8 letech: *„A to... Když jsem byla malá, otec mě nutil, abych mu sahala na penis.“* Uvedla další události, které odmítla specifikovat: *„Bylo toho víc.“*

Vybavuje si rovněž, že byla svědkem pohlavního styku mezi rodiči. Na smrtelné posteli ji otec prosil za odpuštění. Snažila se mu odpustit, ale vzpomínky na tyto

zážitky se jí stále vracejí formou vtíravých představ, s těmi se však nikomu nesvěřila, ani psycholožce, ke které docházela.

V průběhu prvního manželství (od svých 18 do 26 let) zažívala dlouhodobé domácí násilí s fyzickým násilím: „*Manžel byl nevěrný, pil a měl jiné ženy.*“ Jednou byla v důsledku napadení hospitalizována.

V popisované reakci na domácí násilí jsou patrné disociační projevy. Při jednom napadení ji držel za vlasy a její hlavou tloukl o zeď, až ztratila bezvědomí, po probnutí se však nedostavila adekvátní emoční, ani jiná reakce: „*Ráno jsem vstala, upravila si vlasy a začala umývat nádobí.*“ Svou bezprostřední reakci popsala: „*Jako by se nic nestalo.*“

V průběhu manželství uvedla autoagresivní chování a suicidální tendence, dvakrát se pokusila o sebevraždu, pokaždé pořezáním zápěstí. Při jednom z pokusů zavolala sanitku a nechala se hospitalizovat. Důvodem nedokonat pokus bylo vždy uvědomění, že tu děti nemůže nechat sama.

Proměnné zvyšující při společném výskytu s traumatem riziko vzniku schizofrenie: V dětství byla vychovávána drsně za použití bití. V anamnéze je patrný kumulativní efekt traumatu.

Záznam pozorování: V přítomném stavu psychickém úzkost při expozici okolností spojených se stresem. Nápadné byly zejména vegetativní příznaky v situacích připomínajících traumatickou událost (somatizace úzkosti), při popisu traumatizujících událostí v dětství patrné stažení ramen, ztuhlost, strnulost. Rozšířené zorničky a třas těla při popisu pohlavního zneužívání v dětství.

Během rozhovoru si respondentka po dohodě dvakrát zapálila cigaretu. V průběhu rozhovoru se dívala většinou do země, za mě, výjimečně na mě. Oční kontakt jsme navázali pouze v situacích krizové intervence, kdy se téma rozhovoru přesunulo ke zdrojům respondentky.

Při popisu některých událostí došlo naopak ke znečitlivění a absenci emočních projevů. Okolnosti prvního manželství popisovala odtažitě, věcně, vyprávění budilo dojem, že popisuje zážitky cizí osoby: „*Manžel byl nevěrný, pil a měl jiné ženy.*“ Plochosť emočního projevu nekorespondovala s obsahem vyprávění o fyzickém násilí, které zažila.

K náhlé změně došlo při popisu pohlavního zneužívání v dětství. S uvedením tématu došlo k regresivním projevům, náhlé a výrazné proměně hlasu. Respondentka hovořila tenkým hlasem, v popisu se omezila na holé věty: „*A to... Když jsem byla malá, otec mě nutil, abych mu sahala na penis.*“

Nízkou emoční významnost měla naopak pro respondentku sebevražda sestry, kterou zdůvodnila její závislostí na alkoholu. K tomu uvedla: „*Nejhůř jsem dopadla já, protože mám schizofrenii.*“

Rozbor případu: V anamnéze respondentky se vyskytují závažná, komplexní traumata (pohlavní zneužívání, domácí násilí v dětství, domácí násilí v manželství) a traumatické události (ohrožení života, ohrožení zraněním) před nástupem onemocnění.

Jako rizikové faktory ke vzniku schizofrenie v důsledku psychózy byl identifikován kumulativní efekt traumatu a drsná výchova v dětství. V anamnéze jsou patrné rovněž depresivní stavy, autoagresivní chování a suicidální tendence včetně dvou pokusů u sebevraždu.

Z popisu události je patrné, že na traumatický incident (zbita manželem do bezvědomí) reagovala posttraumaticky disociací a vyhýbavou reakcí.

Posttraumatické projevy byly patrné i v přítomném stavu psychickém: Úzkost při expozici vzpomínkám na traumatické události spojená s vegetativními příznaky (třas, stažení ramen, strnulost, rozšířené zorničky). Při popisu zneužívání v dětství výrazně regresivní projev. Zneužívání v dětství se jí vrací formou vtíravých vzpomínek. Znecitlivění v přítomném stavu psychickém se projevilo specificky v průběhu popisu prvního manželství, z toho usuzuji, že se jedná rovněž o posttraumatický projev, nikoliv o negativní symptomatiku. Vyhýbavá reakce byla zaznamenána v souvislosti se zneužíváním v dětství, kdy uvedla obecně další události, nebyla však ochotná o nich hovořit.

Zjištění naplňují hlavní charakteristiky posttraumatické stresové poruchy se sekundární psychózou PTSD-SP.

V průběhu krizové intervence identifikovány zdroje respondentky, signifikantní byla zejména její schopnost mobilizovat zdroje sociální podpory a požádat o pomoc. V dětství se snažila trávit co nejvíce času s kamarádkami, po odchodu od prvního manžela byla schopná mobilizovat veškeré dostupné zdroje podpory (lékař, linka

první pomoci, nízkoprahové zařízení, peer podpora, pes, knížky). Výrazným motivem nevzdávat situaci je pocit vlastní užitečnosti a potřebnosti (péče o děti, nemocného manžela, psa).

Implikací pro respondentku je terapie PTSD zaměřená na eliminaci posttraumatických projevů a redukci rizika následného přesmyku do psychózy. S ohledem na etiologii je nezbytně nutné v průběhu terapie eliminovat riziko retraumatizace.

Respondent Petra, 46 let

Z anamnézy:

- PsychA: diagnóza paranoidní schizofrenie od 29 let (1999). Opakovaně hospitalizována, počet hospitalizací více než 5, přesně již neví. V ambulantní péči, dochází do nízkoprahového zařízení.
- OA: V dětství vymknutý kotník bez hospitalizace (přesný věk neví). V 10 letech operace očí, poté opět ve 22 letech. V adolescenci anémie, v zaměstnání před nástupem onemocnění se potýkala s chronickou únavou (možná záměna s prodromálním syndromem).
- RA: Bratranec a babička diagnózu schizofrenie.
- SPA: Jedináček, rodiče již nežijí. Přátelská, komunikativní, snadno navazuje vztahy. Předškolní období si nevybavuje, domnívá se, že s rodiči často cestovala po ČR, usuzuje tak podle fotek. Na základní škole dobré vztahy s vrstevníky, hojně navštěvovala sportovní kroužky (běh, štafeta, pochody, zálesáctví). Po příchodu na střední školu se uzavřela, stranila se kolektivu a s nikým nemluvila: „*Ve třídě se mě ptali, jestli nejsem hluchá.*“ SŠ strojírenská, po maturitě pracovala jako konstruktérka. Žije 3 roky v chráněném bydlení, má spolubydlící, dobře s nimi vychází a je spokojená. První láska v 19 letech, rozchod po půl roce, poté nástup onemocnění. Od 29 let v invalidním důchodu. Dlouhodobý harmonický vztah od 21 do 31 let, poté vztahy různého trvání. Má přítele, chtěla by však mít tři manžele, ty má již vybrané (spolužák ze školy, bývalý partner, kolega z bývalého zaměstnání). Navštívila bývalého kolegu, už je v důchodu, má rodinu a tři děti. Řekla mu, že jí Oko řeklo, že bude mít tři manžely a že on je

jeden z nich. On reagoval, že má rakovinu a asi brzo umře a že to moc nadějně nevidí.

- SexA: Má přítele, taktéž v invalidním důchodu, v intimním životě spokojená.
- CAD: Abstinentka, nekuřačka. Riziko závislosti na clonazepamu. Záliba v povzbuzovacích prostředcích na bázi kofeinu a výživových doplňcích: „*Bez nich bych nemohla vůbec fungovat.*“
- FA: Afludipen Depot 25mg 1x za 14 dní, Leponex 100 mg 0-0-2, při obtížích Rivotril 1 mg 0-0-1. 1-2 měsíce užívá 1-2 tablety Leponexu a 2-3 dávky Rivotrilu denně z důvodu rozostření vidění, to vymizí do 3 hodin po aplikaci Rivotrilu, uvádí, že se bez něj neobejde.

Přítomný stav psychický: Přichází sama, na doporučení Ivy z nízkoprahového zařízení. Motivace k účasti je finanční a osobní (popovídat si). Přijela MHD, bez problémů. Zevnějšek lehce zanedbaný, zbytky jídla na oblečení, čepice nasazená naruby. Celkové psychomotorické tempo zrychlené. Chůze zrychlená, výrazná, rychlá gesta, při rozhovoru se naklání zvědavě vpřed. Řeč plynulá, lehce překotná, bohatá mimika. Vigilní. Orientuje se v čase, lidech, v prostoru. Nálada srdečná, přátelská, mírně hypomanická. V přítomném prožívání není patrná psychotická symptomatika, vnímání je však zkreslené přítomností neobvyklých vizí a přesvědčení (teleologických, extrapotenčních), která ostatní nesdílejí, ošetřující lékař diagnostikoval bludy a halucinace. Myšlení zrychlené. Výrazná orientace na výkon. Patrné technické založení. Soustředění dobré, kolísání pozornosti v průběhu rozhovoru. Krátkodobá paměť orientačně dobrá. Výrazný deficit dlouhodobé paměti, může se jednat o důsledky léčby. Má zjevnou zálibu v číslech a seznamech, při vyjmenování uváděných položek (11 úkolů, 9 posláních...) však selhává. Uvedla, že se učí čínsky, nebyla ale schopná čínsky promluvit nebo napsat, na to tento rozpor reagovala: „*Já na to teď nemám moc čas.*“ Odhadovaný průměrný intelekt bez zjevného deficitu, dobrá slovní zásoba. Suicidální tendence nemá. Má částečný náhled na onemocnění, na sebe sama, na aktuální stav, vnímá rozpory mezi informacemi od Třetího oka a průběhem událostí. Bere v úvahu názor ošetřujícího lékaře, že se jedná o bludy, skutečnost však neumí posoudit.

Vznik a průběh onemocnění: Po maturitě nastoupila jako konstruktérka. Práce ji naplňovala, pracovala na plný výkon. Práce bylo moc, chtěli ji povýšit, novou pozici nezvládala, stresovalo ji to. Paralelně v 18 letech první láska, on byl vedoucí

Svazarmu a byl velmi aktivní, měl řadu funkcí v několika organizacích. Chtěla se mu vyrovnat a být výkonná jako on, přetěžovala se. Po půl roce následoval rozchod (v 19 letech), tou dobou začala zanedbávat péči o sebe.

Po nástupu první ataky následovala hospitalizace. Počet hospitalizací si nevybavuje, byla však hospitalizována opakovaně, vícekrát podstoupila elektrokonvulzivní terapii. Na psychoterapii nikdy nebyla. Obtíže v průběhu hospitalizace neuvádí, pouze jí vadilo, že je po léčích utlumená a snažila se to přebít. Schovávala si sáčky od čaje, vkládala si je do úst a s nimi pila teplou vodu z kohoutku, aby z nich vylouhovala co nejvíce kofeinu.

Po zahájení léčby se začala objevovat únava, přebíjela ji kávou. Byla léčena na anémii. Začala mít problémy se vstáváním, ty gradovaly ve 28 letech, nemohla ráno vstát z postele, nejdřív bylo obtížné docházet do zaměstnání na šestou, poté již na osmou, pak nezvládala přijít včas ani na desátou. U postele měla 13 budíků, které měla nastavené, aby zvonily po sobě, aby vstala. Závodní lékařka jí řekla, že vstát musí a že si vymýšlí. Nakonec docházku do práce nezvládla vůbec, ve 29 letech přidělen invalidní důchod.

Uvádí, že Třetí oko a 16 vedoucích jí tři hodiny denně radí, směřují ji. Podle informací od Třetího oka tu za tři roky budou Číňané, bude hořet v Domě (významu sdělení nerozumí). Podle svých vizí se stane novým Ježíšem a zbaví svět jaderného odpadu. Podle Třetího oka má mít 3 manžele, 1 dítě a stane se velvyslankyní v Číně.

Traumatické události: Nevybavuje si žádné události, které by svou povahou, nebo způsobem prožívání měly charakter traumatu.

Předškolní období se nevybavuje vůbec, období docházky na základní školu popisuje jako bezproblémové, šťastné období. Na období po nástupu onemocnění a okolnosti hospitalizací má pouze útržkovité vzpomínky. Obdobně si nevybavuje životní události, které by považovala za výrazné nebo významné.

Proměnné zvyšující při společném výskytu s traumatem riziko vzniku schizofrenie: Výskyt schizofrenie v rodinné anamnéze (bratranec a babička).

Záznam pozorování: Přátelská, sdílná, neuvedla žádné informace, které by pro ni byly emočně významné. V přítomném stavu bez výskytu vegetativních, nebo posttraumatických projevů.

Rozbor případu: Bez výskytu traumatických událostí v anamnéze. Z rizikových faktorů pro vznik schizofrenie v důsledku traumatu identifikován pouze výskyt schizofrenie v rodinné anamnéze.

Emočně významné situace neuvádí. Bez posttraumatických nebo vegetativních projevů v přítomném stavu psychickém.

Nasbíraná anamnestická data jsou nekompletní v důsledku deficitu dlouhodobé paměti.

Respondent David, 33 let

Z anamnézy:

- PsychA: diagnóza paranoidní schizofrenie od 16 let, 3x hospitalizován, ambulantní léčba.
- OA: V 7 letech našťípnutá ruka v důsledku nepodařeného skoku. V 17 letech operace polypu v Dětské nemocnici Brno. Dětství: Rodiče ho chtěli umístit do jeslí, ale v jeslích vždy onemocněl, od záměru upustili. Do dětské školky chodil rád. Na prvním stupni základní školy dobré vztahy se spolužáky, byl třídní bavič. Na druhém stupni základní školy na něj spolužáci žalovali, v kolektivu byl nespokojený, na jeho vlastní žádost ho ředitel přemístil do jiné třídy, poté bez problémů. Prospěch podprůměrný, školní docházka pro něj byla stresující. Absolvoval střední odborné učiliště, obor truhlář. Pracoval jako skladník, 2014 mu zaměstnavatel mu neprodloužil smlouvu. Zmocnil se ho existenční strach. Účastnil se oslavy, opil se, na druhý den lítost. Poté údržbář, práce mu vyhovuje, je pestrá, i na čerstvém vzduchu.
- RA: Bez výskytu psychiatrického onemocnění, bez suicidálních tendencí. Úmrtí matky v roce 2011 ve věku 52 let (rakovina).
- SPA: Žije s otcem (58) a sestrou (27), má vlastní pokoj v podkroví rodinného domku. Vztahy v rodině harmonické. Záliby jízda na kole, kondiční posilování (3x týdně, nyní po roční pauze se chce k fitness vrátit).
- SexA: Svobodný, rok bez intimního vztahu. Aktuálně nežádoucí vliv medikace na sex. funkci.

- CAD: příležitostně alkohol (2x do měsíce, oslavy narozenin apod. 1-2 sklenky vína).
- FA: Před třemi měsíci z důvodu nežádoucích účinků (vypadávání vlasů) změna medikace na Risperdal 37,5 ml, Zyprexa 10 mg. Valproat vysazen. Před tím užíval Risperdal consta depot 50 ml 1x 14 dní, Zyprexa 15 mg 0-0-1, Valproat chrono 500 mg 0-0-1. Přetrvávají nežádoucí účinky na potenci, další změnu medikace bude konzultovat s ošetřujícím lékařem.

Přítomný stav psychický: Přichází sám, na doporučení sociálního pracovníka. Motivací k účasti obecný prospěch a pocit užitečnosti. Compliantní. Zevnějšek upravený. Celkové psychomotorické tempo klidné, chůze a pohyby plynulé, držení těla vzpřímené. Řeč plynulá, bez vad, vyjadřuje se srozumitelně, strukturovaně a chronologicky. Lucidní, vigilní. Orientuje se dobře v místě i osobách i čase. Emoce přiléhavé, nálada přemýšlivá, mírně skleslá. Vnímání bez zjevných poruch, bez přítomnosti psychotické symptomatiky. Myšlení plynulé, lineární. Soustředění dobré, pozornost nekolísá. Paměť krátkodobá orientačně dobrá, v dlouhodobé paměti nejistě uvádí datování hospitalizace. Odhadovaný Intelekt průměrný, bez zjevného defektu. Má úplný náhled na sebe i onemocnění. Suicidální tendence nemá.

Vznik a průběh onemocnění: Počátek onemocnění v 17 letech. V prodromálním období začal mít strach z budoucnosti, že ho nic nečeká, přestal spávat. Obtíže se stupňovaly, poté již ráno nezvládnul vstát z postele a jít do školy. Rodiče ho odpoledne odvezli k obvodní lékařce, k psychologovi, následovala hospitalizace v psychiatrické léčebně, po týdnu byl na žádost rodičů převezen do fakultní nemocnice.

Ke druhé hospitalizaci došlo v 18 letech v důsledku relapsu po náhlém vysazení léků. Během výletu na bicyklu došlo k nástupu ataky spojené s dezorientací v čase a prostoru (nevěděl kde se nachází, zmizely ukazatele cesty), mystickým myšlením (listy mu rostly pod rukama, objekty obživly a měnily se) a rituálními prožitky (spálil kolo, SIM kartu od telefonu, peníze a část oblečení), pocity rituálu. Ve spodním prádle šel po silnici v lese, zastavilo auto a něco na něj volali, dostal strach, utíkal lesem. Během útěku lesem získal náhled, že se mu situace vymkla z kontroly. Došel k hotelu, recepčního požádal o telefonát rodičům. Otec jej převezl do nemocnice.

Ke třetí atace s obdobnými projevy došlo v důsledku relapsu po náhlém vysazení medikace ve 20 letech.

Traumatické události: Na druhém stupni základní školy šikana ze strany učitelky: „*Vyvolala mě, abych povstal a pak mě zesměšňovala před celou třídou... Ztrapňovala mě u tabule, posmívala se mi.*“ Vegetativní příznaky (bolesti břicha, pocity na zvracení), somatizace úzkosti během cesty do školy a v průběhu školní docházky. Uvedl, že byl „*ve stresu z učitelky*“. V průběhu školní docházky byl vystaven záměrného fyzického násilí, učitelka po něm (a po dalších dětech) házela předměty a tahala ho za vlasy: „*Házela po mně klíče a tahala mě za kotlety.*“ Šikana i záměrné fyzické násilí měly dlouhodobý průběh, trauma mělo komplexní charakter.

Po nástupu onemocnění utrpěl trauma při příjmu na uzavřené oddělení během první hospitalizace. Byl dezorientován v čase a prostoru, prostory léčebny se zamřížovanými okny a jednání personálu si vyložil jako věznici. Úvahou došel k závěru, že musel někomu ublížit, nebo někoho zabít, když jej odvedli do vězení. Prožíval strach. Uvedl úlek a strach z personálu na příjmu: „*Zdravotní sestra na mě křikla: Tak už konečně vybal, co sis šlehnul, ať Ti můžeme dát tu injekci.*“ Vyložil si to jako popravu injekcí, utekl na WC, kde se zamknul, nepovedlo se mu však utéct oknem. Plakal, zažíval děs ze smrti a strach. Poté se smířil s popravou a vyšel ven. Následovalo svléknutí a prohledávání, které prožíval jako ponižující. Po dobu hospitalizace měl strach a často plakal, na žádost rodičů byl po týdnu převezen do fakultní nemocnice. Během cesty sanitkou jeli okolo krematoria, vyložil si to, že ho vezou na smrt v plynové komoře, následovaly prožitky děsu a ohrožení smrtí. Za jízdy vyskočil z auta, ale nebyl schopen vstát a utíkat v důsledku zhmoždění pádem na silnici (v souvislosti se skokem ze sanitky za jízdy traumatické prožitky neuvádí). Pokračování hospitalizace ve fakultní nemocnici bylo bezproblémové, podle prostředí usoudil, že se nachází v nemocnici a že je pacient. Z prožitků uvádí pouze dezorientaci.

Proměnné zvyšující při společném výskytu s traumatem riziko vzniku schizofrenie: V anamnéze zaznamenáno odloučení v dětství (pobyt v jeslích), provázený zvýšenou nemocností. Dále kumulativní efekt traumatu (šikana provázená záměrným fyzickým násilím ve školním věku, zdravotnické trauma v 17

letech). V popisu reakce na šikanu na základní škole patrná somatizace úzkosti v souvislosti se stresem.

Záznam pozorování: Během rozhovoru se podařilo navázat dobrý kontakt. Uvedl dvě emočně významné události, v okamžicích popisu šikany na škole a popisu průběhu první hospitalizace měl slzy v očích.

Bez výskytu posttraumatických příznaků. Z vegetativních příznaků pozorovány pouze slzy v očích při popisu traumatizujících událostí.

Rozbor případu:

V anamnéze je před nástupem onemocnění přítomno komplexní traumatu šikany v období 10–15 let života, provázené symptomy znovuprožívání stresu v podobě vegetativních příznaků (bolesti břicha), v průběhu školní docházky tzv. somatizace úzkosti. Tyto projevy po ukončení expozice vymizely. Atypickým rysem šikany v tomto případě je, že agresorem nebyl spolužák, ale učitelka.

Nástup onemocnění charakterizován vyhýbavým chováním formou obav z budoucnosti, které vznikly s odstupem ca. 2 let od ukončení expozice traumatu.

Po nástupu onemocnění utrpěl zdravotnické trauma (iniciované medicinskými procedurami, omezením osobní svobody a vlivem léčebného prostředí) v průběhu hospitalizace, provázené prožitky strachu, bezmocnosti a ohrožením smrtí.

Z faktorů zvyšujících riziko vzniku traumatu v důsledku psychózy byly identifikovány kumulativní efekt traumatu, odloučení v dětství. Další potenciální proměnnou v souvislosti se stresem je výskyt somatoformní poruchy.

7.2. Výskyt traumatu v anamnéze respondentů

U respondentů byly zkoumány události, které mají objektivně traumatický charakter, způsoby subjektivních prožívání provázejícího trauma, a posttraumatické projevy v minulosti a v přítomném stavu psychickém.

Byly identifikovány tyto druhy traumatických událostí:

Komunitní násilí (šikana) před rozvojem onemocnění byla zaznamenána v anamnéze tří respondentů. Zatímco u Petra se jednalo o jednorázovou událost, v případě Emmy a Davida se šikana odehrávala dlouhodobě, trauma mělo komplexní charakter.

Petr byl šikanován starším chlapce v průběhu hospitalizace se spálovým onemocněním v předškolním období: „*Tam byl nějaký agresivní malý kluk, ale starší než já, a ten mi kradl plyšáky.*“

David byl dlouhodobě šikanován na základní škole třídní učitelkou: „*Vyvolala mě, abych povstal a pak mě zesměšňovala před celou třídou... Ztrapňovala mě u tabule, posmívala se mi.*“ Šikana měla i prvky **záměrného fyzického násilí**, respondent uvedl, že ho učitelka tahala za trest za vlasy a házela po něm (a po ostatních dětech) svazek klíčů: „*Házela po mně klíče a tahala mě za kotlety.*“

Domácí násilí před nástupem onemocnění bylo zaznamenáno u dvou respondentů, v obou případech mělo trauma komplexní charakter.

Domácí násilí sestávalo z **fyzické** komponenty, Diana byla v průběhu manželství dvakrát fyzicky napadena, manžel ji držel zezadu za krk a cloumal s ní.

Emma čelila v dětství fyzickým trestům, její otec byl vznětlivý a hodně pil, všechny tři sourozence bil. V prvním manželství, kde strávila dvanáct let, ji manžel dlouhodobě fyzicky napadal. Při jednom incidentu ji držel za vlasy a tloukl jí hlavou o zeď, dokud nepřišla o vědomí. V důsledku fyzického napadení manželem byla hospitalizována.

Psychickou komponenty domácího násilí popsala Diana jako teror, různé formy omezování (zákaz studia VŠ, výběr oděvu), vulgarity: „*Děvka byla to nejlepší slovo, co jsem od něj slyšela.*“

Emma uvedla: „*Pořád mě ponižovali a zesměšňovali, otec i bratr.*“

Sexuální zneužívání před nástupem onemocnění uvedla během rozhovoru pouze Emma. V 8 letech ji otec nutil, aby mu osahávala penis: „*A to... Když jsem byla malá, otec mě nutil, abych mu sahala na penis.*“ Vybavuje si rovněž, že byla svědkem pohlavního styku mezi rodiči. Zmínila další události, které odmítla specifikovat: „*Bylo toho víc.*“

Zdravotnické trauma bylo identifikováno u třech respondentů. Ve dvou případech vzniklo trauma v průběhu psychiatrické hospitalizace.

Ke vzniku prvního zdravotnického traumatu došlo během první hospitalizace vlivem bezmocnosti, dezorientace, zdravotnického prostředí a nesouladu mezi pacientkou a neznámým prostředím. Jako traumatizující vnímala prožívání otevřené budoucnosti (nevěděla, jak dlouho tam bude) a neinformovanosti o průběhu a účelu léčby: „*Mě tam prostě přivedli, neřekli mi kde su, proč tam su, jaký budu brát léky, jaký budu brát kapačky a nic. Prostě mi nic neřekli, tak jsem je začala nenávidět všechny a pak jsem se jich začla bát.*“

Ke vzniku druhého zdravotnického traumatu došlo během druhé hospitalizace, kdy podstoupila nedobrovolnou elektrokonvulzivní terapii na základě souhlasu rodičů: „*Ted' já jsem byla úplně v šoku, já, já, já.. jsem nechtěla nic takového, jo. Jenže ráno už se s tebou nikdo nebavil, ted' já jsem pořád chtěla říct, že jako že to, že to nechci, že s tím nesouhlasím, ale já jsem se jich bála. Takže mě tam pak šoupli.. Je to strašně nepříjemný. Já vím, že je to v tom.. v té narkóze, ale.. je to, je to.. když se něčeho bojíš, tak to potom jako.. No, já jsem byla úplně pološílená. Ještě jak mi tam dávali na tu hlavu ty, ty.. Ufff. No. No, ty elektrody.*“

U Davida vzniklo zdravotnické trauma v průběhu první hospitalizace vlivem léčebných postupů, nesouladu mezi sebou a zdravotnickým prostředím, omezením osobní svobody (společné pokoje, absence soukromí, ponižující osobní prohlídka), bezmocností a zdravotnickým prostředím (mříže v oknech, betonové prostory), na jehož základě usoudil, že se jedná o nápravné zařízení a že zřejmě musel někoho zabít, nebo někomu ublížit.

U Petra vzniklo zdravotnické trauma při nepsychiatrické hospitalizaci ve věku čtyř let vlivem bezmocnosti a nezajištění základního bezpečí. Během pobytu byl šikanován starším pacientem: „*První hospitalizace bylo peklo. Byl tam starší kluk, který mi bral plyšáky, bál jsem se ho.*“

Byly identifikovány tyto prožitky děsu, strachu, hrůzy, bezmoci a ohrožení zraněním nebo smrtí:

Dva roky po nástupu onemocnění uvedla **ohrožení zraněním** lva, které na dětském táboře v lese v noci přiložil neznámý muž zezadu nůž kolem krku: „*Dal mi zezadu nůž na krk a říkal Já jsem muž a mám nůž.*“ Z důvodu obtíží s pamětí a plochého emočního projevu se nepodařilo v průběhu rozhovoru získat bližší detaily potřebné pro posouzení potenciálního dramatického dopadu události.

Ohrožení smrtí před nástupem onemocnění zažívala Emma. Otec sourozencům dlouhodobě vyhrožoval, že je vezme do sklepa a upálí v kamnech. Strach o život měla, když ji otec vzal do sklepa, kde očekávala, že ji chce upálit v kamnech.

Ohrožení smrtí zažil David během příjmu do léčebny, kde vlivem medicinských procedur usoudil, že ho chtějí popravit injekcí: „*Zdravotní sestra na mě křikla: Tak už konečně vybal, co sis šlehnul, ať Ti můžeme dát tu injekci.*“ Utekl na WC, kde se zamknul, ven vyšel až se vyplakal a smířil s tím, že jde na popravu.

Podruhé se cítil ohrožen smrtí při převozu z léčebny do Fakultní nemocnice. Při zahlédnutí krematoria za oknem usoudil, že ho vezou do plynové komory, za jízdy vyskočil ze sanitky, aby si zachránil život, při pádu se zhmoždil. Tyto prožitky souvisely se specifiky léčebny a po převozu do nemocnice vymizely.

V obou případech bylo ohrožení smrtí spjato s **prožitky děsu, strachu, hrůzy**. Obavu z upálení za živa brala Emma jako reálnou. Když ji odvedl do sklepa do kotelny, utekla ve strachu o svůj život, bála se, že ji chce upálit v kamnech. Událost byla u Emmy doprovázena hrůzou a děsem.

Strach zažívala Lenka v průběhu traumatu na skautském táboře.

U Davida byly zážitky ohrožení smrtí rovněž doprovázeny strachem.

Prožitky strachu doprovázely předškolní hospitalizaci se spalovým onemocněním u Petra: „*První hospitalizace bylo peklo. Byl tam starší kluk, který mi bral plyšáky, bál jsem se ho.*“

Událost doprovázenou hrůzou zažila Lenka ve formě nedobrovolné elektrokonvulzivní terapie během druhé hospitalizace: „*Já jsem byla úplně pološilená. Ještě jak mi tam dávali na tu hlavu ty, ty.. elektrody. Protože pro mě to bylo něco tak strašného.*“

Zážitky hrůzy byly obvykle provázeny zážitkem **bezmocnosti**. Lenka zažívala bezmocnost v souvislosti s nedobrovolným podstoupením elektrokonvulzivní terapie: „*Ted' já jsem byla úplně v šoku, já, já, já.. jsem nechtěla nic takového, jo. Že ráno už se s tebou nikdo nebavil, ted' já jsem pořád chtěla říct, že jako že to, že to nechci, že s tím nesouhlasím, ale já jsem se jich bála. Takže mě tam pak šoupli.*“

Událost doprovázenou bezmocností zažil Petr během hospitalizace se spálovým onemocněním v předškolním věku, kdy nebyl schopen čelit staršímu chlapci, který mu bral hračky.

Jako bezmocnost prožíval David první hospitalizaci, kdy po útěku na toalety zjistil, že se oknem nedá utéct a že nemá na vybranou než vyjít ven, kde ho čeká domnělá poprava.

Byly identifikovány tyto posttraumatické projevy v anamnéze:

Úzkost při expozici okolnostem je patrná v anamnéze Lenky v popisu prožívání na skautském táboře.

Vyhýbavé chování bylo zaznamenáno u Lenky. Po skončení traumatického zážitku toto téma zcela odsunula stranou: „*Začala jsem se zabývat budoucností. Úplně jsem to vypustila. S nikým jsem se o tom nebavila, našim jsem začala to vyčítat až pozdějš.*“

Charakter vyhýbavého chování má rovněž výskyt strachu z budoucnosti a obavy, že ho v životě již nečeká, v anamnéze Davida. K rozvoji došlo s nástupem onemocnění, dva roky od skončení komplexního traumatu šikany. Tyto projevy však souvisejí s nástupem onemocnění, k dispozici není dostatek informací pro jednoznačné rozlišení posttraumatické a negativní symptomatiky.

V anamnéze Emmy byla zaznamenána **disociační reakce**. Emma uvedla, že ji opilý manžel držel za vlasy a hlavou jí tloukl o zed' do bezvědomí. Když se ráno probudila, vstala a šla uklízet a umýt nádobí: „*Ráno jsem vstala, upravila si vlasy a začala umývat nádobí.*“ Po probrání nenásledovala adekvátní emoční reakce. Svou reakci popsala: „*Jako by se nic nestalo.*“

V odstupu 3-6 měsíců u Lenky došlo k **opakovanému znovuvybavování** vtíravých traumatických představ, myšlenek, nebo prožitků, provázené **zvýšenou psychickou vzrušivostí**:

Ono se to celý jako by vrátilo, ale v tom smyslu, že mně to došlo. Že mně došly některý věci a já jsem to začala vyčítat našim. A protože taťka si nic vyčítat nenechá, tak to odnesla maminka. Maminka, ta, která se o mě starala, a o taťku, a bez které bysme to nikdy nezvládli, tak já jsem jí prostě strašně ubližovala a vyčítala jsem jí, a tu první hospitalizaci, ty elektrošoky, to všechno. Strašně mě to dneska mrzí, že jsem taková byla.

U Diany se se **vtíravé myšlenky a vzpomínky** projevovaly hojně v průběhu prvního roku po odstěhování od manžela, v menší míře přetrvávají: „*Ve vzpomínkách mám exmanžela stále, ale málo.*“ Vzpomínky na domácí násilí objevily v odstupu 16 let během nástupu první ataky. Před útekem z bytu v průběhu první ataky měla pocit, že viděla za mléčným sklem siluetu exmanžela, (který ji bil) v podobě zombie. V poznámkách, které vytvářela během před nástupem ataky, má uvedeno: „*Co by mě naplňovalo: Práce s muži, práce s lidmi, pomáhat týraným ženám, pomáhat ženám závisláků.*“

Autoagresivní chování a suicidální úvahy se vyskytují v anamnéze Emmy, která se během prvního manželství dvakrát pokusila o sebevraždu podřezáním si zápěstí, z toho jednou byla pro sebevražedný pokus hospitalizována.

Děsivé sny a hroživé snové situace u dětí, bez zjevné spojitosti s kontextem traumatické události byly zaznamenány v anamnéze Petra. Noční můry se objevily v předškolním věku a přetrvávaly během docházky na základní školu: „*Já jsem v dětství míval strach z duchů. Já jsem usnul, když tam rodiče ještě chodili, ale pak jsem dostal strach. Když jsem se probudil, tak jsem dostal strach.*“ Děsivé sny u Petra přetrvávaly ca. 6 let.

Byly identifikovány tyto posttraumatické projevy v **přítomném stavu psychickém**: U dvou respondentek výzkumu byly symptomy posttraumatické stresové poruchy zaznamenány v přítomném stavu psychickém a to přesto, že od traumatizujících událostí uplynulo v případě Emmy nejméně 19 let a v případě Lenky nejméně 23 let, což se projevilo **úzkostí při expozici okolností spojených se stresem**.

Vyhýbavé chování v přítomném stavu psychickém bylo zaznamenáno u Emmy. V souvislosti se sexuálním zneužíváním uvedla: „*Bylo toho víc.*“ Při pokuse rozvést téma blíže reagovala odváděním od tématu a blíže se nechtěla vyjádřit.

Snaha vyhnout se konverzaci u traumatu byla zaznamenána u Lenky, která nedokončila vyprávění popisu nedobrovolné elektrokonvulzivní terapie.

V přítomném stavu psychickém bylo nápadné zejména **opakované znovuprožívání** formou **vegetativních příznaků** v situacích připomínajících traumatickou událost, tzv. somatizace úzkosti.

Lenka se při obecném dotazu na elektrokonvulzivní terapii začala chovat neklidně a zrudla v obličeji. Při popisu nedobrovolného podstoupení elektrokonvulzivní terapie u ní byl vizuálně patrný třas rukou, zadrhávání, projevy dechové nedostatečnosti, slzy v očích, vyprávění nedokončila, vypila sklenici vody, během pití držela sklenici oběma rukama:

Ted' já jsem byla úplně v šoku, já, já, já.. jsem nechtěla nic takového, jo. Jenže ráno už se s tebou nikdo nebavil, ted' já jsem pořád chtěla říct, že jako že to, že to nechci, že s tím nesouhlasím, ale já jsem se jich bála. Takže mě tam pak šoupli.. Je to strašně nepříjemný. Já vím, že je to v tom.. v té narkóze, ale.. je to, je to.. když se něčeho bojíš, tak to potom jako.. No, já jsem byla úplně pološilená. Ještě jak mi tam dávali na tu hlavu ty, ty.. Ufff. No. No, ty elektrody. Ale.. jo, elektrody. To oni to tak dají, já.. tohle ještě dneska fakt nemám zpracovaný. Protože pro mě to bylo něco tak strašného, že...

U Emmy bylo v průběhu popisu traumatizujících událostí v dětství patrné stažení ramen, ztuhlost, strnulost. Rozšířené zorničky a chvění těla při popisu pohlavního zneužívání v dětství.

Při popisu pohlavního zneužívání v dětství došlo u Emmy k náhlým, výrazným situačním **regresivním projevům**. Byla patrná okamžitá, výrazná proměna hlasu. O událostech hovořila tenkým hlasem, v popisu se omezila na holé věty: „A to. Když jsem byla malá, otec mě nutil, abych mu sahala na penis.“

U Emmy bylo rovněž pozorováno situační **znecitlivění a chudost emočních reakcí**. Zcela odlišně popisovala Emma domácí násilí v průběhu prvního manželství. Okolnosti prvního manželství popisovala odtažitě, věcně, vyprávění budilo dojem, že popisuje zážitky cizí osoby: „Manžel byl nevěrný, pil a měl jiné ženy.“ Plochosť emočního projevu nekorespondovala s obsahem vyprávění o fyzickém násilí, které zažila.

7.3. Výskyt proměnných, které zvyšují riziko vzniku schizofrenie v důsledku traumatu

Kumulativní efekt traumatu (domácího násilí a pohlavní zneužívání v dětství, ohrožení smrtí rizikem upálení v kamnech, domácí násilí v manželství) je patrný v anamnéze Emmy. Uvedla rovněž potenciálně traumatizující sebevraždu sestry alkoholičky v roce 2010.

V anamnéze Lenky se kumuluje traumatický zážitek trestu, retraumatizace na skautském táboře a dvě zdravotnická traumata.

V anamnéze Davida se kumuluje komplexní trauma šikanování učitelkou na základní škole, následované zdravotnickým traumatem první hospitalizace.

Na **disfunkční kognitivní schémata** poukazují neúměrně vysoká internalizovaná výkonnostní měřítka, nepřipouštějící selhání, u Diany a Lenky. Diana uvedla: „*Cítila jsem silnou vnitřní potřebu být výborná.*“ Po celou dobu docházky na základní školu měla prospěch 1,0. Obdobně Lenka měla po celou docházku na základní školu prospěchový průměr 1,0: „*Já jsem byla... přesně ten typickej šprt, kterej pak má tu schizofrenii. Takže ... Když o tom s někým mluvím, jestli je dobrý mít samý jedničky, tak říkám: Ne, není to dobrý.*“

Diana uvedla pokřivené vnímání vlastního těla. Snížení tělesné hmotnosti na 37 kg jí přineslo uspokojení z dosažení ideálu fyzické krásy, poté byla se sebou spokojená.

V souvislosti se **zvýšenou citlivostí vůči stresu**, byly u dvou respondentů zaznamenány **somatomorfní poruchy** a **disfunkční strategie zvládnání stresu**.

V dětství, když bylo Dianě oznámeno, že pojede na návštěvu za babičkou, do druhého dne dostala zvýšenou teplotu. Obdobně později, pokud se Diana na střední škole nezvládla připravit na výuku dle své vnitřní normy, do druhého dne dostala zvýšenou teplotu, která ji zajistila omluvenou absenci z důvodu nemoci. Zde je patrný sekundární zisk z nemoci, somatoformní porucha plnila roli zvládací strategie. Aspekt zvládací strategie stresu mělo rovněž zvracení, u kterého byla motivem pocíťovaná psychická úleva. V anamnéze je rovněž patrný nárůst bulimických stavů v období zvýšené stresové zátěže.

V případě Davida provázely dlouhodobé bolesti břicha stresující školní docházku spojenou s traumatem šikany, uvedl, že byl „*ve stresu z učitelky*“. Rodiče rovněž upustili od jeslí, z důvodu opakované nemocnosti, zde však nejsou k dispozici komplexní informace potřebné k posouzení příčiny nemocnosti.

Odloučení v dětství se vyskytuje v anamnéze Petra a Davida. V případě Petra se jednalo o hospitalizaci ve věku 4 let z důvodu spalového onemocnění. David byl neúspěšně opakovaně umisťován do jeslí.

Drsná výchova kombinující přísnost s fyzickými tresty se vyskytuje v anamnéze Lenky a Diany. Ženy uvedly úderý otevřenou dlaní do tváře (facky) a na jiné části těla. Lenka uvedla: „*Tatka, on byl opravdu hrozně přísný a my jsme dostávali s bráchou pár facek a jednou jsem dostala pár facek a normálně jsem se složila. A tohle by tatínci podle mě neměli dělat dětem.*“

Diana uvedla, že byla živé, bystré až hyperaktivní dítě, rodiče ji trestali formou zákazů a úderů dlaní (facek): „*Dokud jsem nedostala, tak jsem prý nedala pokoj.*“

Relativní sociální nerovnost a znevýhodnění zažila Lenka, která se cítila pozitivně diskriminována z důvodu protekce kvůli vysokému společenskému postavení rodiny a subjektivně vnímala její negativní dopady:

A hlavní je to, že já jsem měla protekci, protože můj dědeček byl [REDAKCE] kdysi, a tatka byl [REDAKCE]. Takže to byl bohužel takový průšvih. Protože ať mi říká, kdo chce, co chce, tak jsem měla protekci, a kdybych ji neměla, bylo by to možná lepší. Protože oni se tak snažili, že prostě... Ale je to jedno hlavně dneska už.

Marihuana byla zaznamenána u dvou respondentů. Pouze jednorázově vyzkoušela marihuanu Emma. Po konzumaci se jí udělalo nevolno a zážitek již nechtěla opakovat.

Čtyři roky (od 19 do 23 let) užíval marihuanu Petr, až do nástupu první ataky ve 23 letech. Marihuanu kouřil 2x měsíčně, s občasnými přestávkami max. 2 měsíce. K první konzumaci došlo v rámci party, jako motivaci uvedl spirituální prožitky. Motivem dlouhodobého užívání však byla zábava.

8. DISKUZE

V této kapitole rozvedu hlavní dosažené výsledky. Nejprve se budu zabývat možnými zdroji chyb a zkreslení. Poté porovnáím uvedu výsledky do širšího kontextu poznatků o daném problému a budu zkoumat, zda mají zjištěné výsledky oporu v odborné literatuře. V závěru identifikuji možné přínosy výsledků pro klinickou praxi a potenciál pro další výzkum.

Potenciálním zdrojem zkreslení může být samotný **výzkumný vzorek**, který netvoří reprezentativní vzorek populace. Je to dáno způsobem výběru respondentů. Část náboru proběhla v sociálních službách v Brně, zbylá část byla doplněna nábořem na sociální síti Facebook ve skupině, která čítá pouze jeden tisíc členů. Zkoumaný populační vzorek rovněž nebyl vyvažován, ve výzkumném vzorku převažují ženy (5) nad muži (2). Kladem výzkumného vzorku je však variabilita věkové struktury a délky trvání onemocnění.

Možným zdrojem zkreslení byla rovněž **finanční odměna**. Jejím cílem bylo kompenzovat nechuť k účasti na výzkumu. Pro 2 respondenty se stala hlavním motivem účasti a další 3 uvedli, že finanční odměna hrála roli v jejich rozhodování. Přínosem stanovené odměny bylo získání účastníků, kteří by se jinak nepřihlásili. Rizikem však byla nižší míra compliance.

Tab. 6: Motivace respondentů k účasti na výzkumu

Poř. č.	Jméno	motivace k účasti na výzkumu		obavy z účasti
		hlavní	vedlejší	
1	Lenka	ob. prospěch	finanční	ano
2	Diana	ob. prospěch	finanční	ne
3	Iva	finanční		ano
4	Petr	osobní	ob. prospěch	ne
5	Emma	osobní	finanční	ano
6	Petra	finanční	osobní	ano
7	David	ob. prospěch	osobní	ne

Jako hlavní limit vnímám **lidské limity** při záznamu několika datových kanálů (verbální, neverbální, vegetativní, zadání výzkumu, sebereflexe) jedním výzkumníkem. V ideální výzkumné situaci by byla verbální a neverbální

komunikace zaznamenávána na video a vegetativní projevy zaznamenány snímací technikou (kardiovaskulární, elektrodermální a elektromyografický záznam apod.). Toto zkreslení jsem částečně eliminoval absolvováním psychoterapeutického výcviku v rozsahu 400 hodin v období před zahájením výzkumu.

Dalším zdrojem zkreslení je **absence audiozáznamu** u čtyř respondentů, kteří nesouhlasili s nahráváním. Zatímco přepis audiozáznamu má charakter surových dat, která jsou až následně zpracována do podoby autorského textu formou anamnézy s datovými úryvky, u písemného záznamu rozhovoru nevznikají surová data, ale kombinace surových dat (doslovné citace, pozorování) a autorského textu, čímž vzniká potenciál pro zkreslení bez možnosti zpětné kontroly toho, co bylo doslovně řečeno.

Jako zdroj chyby bylo rovněž identifikováno **zkreslení vlivem sociálních rolí** vplývající z rozdílu výzkumné situace a klinické praxe. Zatímco klinická praxe se odehrává ve zdravotnickém prostředí pod vlivem efektu bílého pláště, který pozitivně ovlivňuje complianci (Brase & Richmond, 2004; Landry, Dornelles, Hayek & Deichmann, 2013), tento výzkum byl realizován v nezdravotnické prostředí. Oproti tomu při posuzování vegetativních příznaků redukuje neformální oděv riziko zkreslení pozorování vegetativních projevů v důsledku Syndromu bílého pláště (Little at al., 2002).

Specifickým sociálním zdrojem chyby je **zkreslení vlivem vnímaného sociálního postavení**. Podle sociologického průzkumu CVVM (2016) se v České republice těší lékaři nejvyšší váženosti (90,2 z maxima 99 bodů), zdravotní sestra je třetím nejváženějším povoláním (72,9 z maxima 99 bodů). Oproti tomu výzkumník v pozici studenta se bude logicky těšit váženosti podstatně menší. Toto zkreslení bylo částečně redukováno designem výzkumu, v jehož počátku jsem investoval hodně času do prvního kontaktu a úvodního rozhovoru. Doplnění anamnézy v závěru rozhovoru následovalo teprve poté, co se v rámci polostrukturovaného rozhovoru povedlo vybudovat bezpečný vztah založený na důvěře.

Jako největší zdroj systematické chyby jsem v průběhu rozhovoru vnímal rozpor mezi potřebami výzkumu a potřebami respondenta, v jehož důsledku docházelo k **individuálním variacím v průběhu výzkumu**. Pro potřeby výzkumu by byla ideální situace, kdy lze respondentovi předložit sadu standardizovaných dotazníků.

U specifické problematiky traumatu jsem však předpokládal riziko negativního dopadu na klienta. Část rozhovoru tedy směřovala k naplňování psychických potřeb (bezpečí, psychické rovnováhy) respondenta, například mapováním jeho zdrojů. To ovlivnilo výzkum negativně tím, že v rámci kapacity rozhovoru byl redukován prostor pro pokládání a explorační výzkumných témat. Pozitivním přínosem však byla psychická stabilita a bezpečí respondenta, které umožnily pokračování rozhovoru a postupnou kompletizaci anamnézy.

Potenciálním zdrojem nepřesnosti je rovněž **znění otázek**, při jejichž konstrukci bylo záměrně vynecháno slovo „trauma“ pro jeho odlišné významy v odborné a laické řeči. Design rozhovoru byl postaven na zjišťování charakteristik a kritérií traumatu, nikoliv na respondentově výkladu slova trauma. Přínosem tohoto přístupu bylo sice shromáždění kritérií potřebných pro objektivní stanovení traumatu v anamnéze, na druhou stranu mohlo hypoteticky dojít k tomu, že by při dotazu na trauma zazněla odpověď, ke které jsme se v rámci nepřímých otázek nedopracovali.

Významnou slabinou výzkumu minulých událostí za pomoci rozhovoru je **paměť respondentů**. Ta byla specificky u účastníků tohoto výzkumu ovlivněna jak vedlejšími účinky užívané medikace, tak případnými nežádoucími účinky podstupené elektrokonvulzivní terapie minulosti. Rozhovor však není spolehlivou metodou ani u běžné populace, ke zkreslování vzpomínek dochází zcela běžně (Schacter, Guerin & Jacques, 2011).

Specifickým potenciálním zdrojem zkreslení jsou v případě výzkumu traumatu některé **obranné mechanismy**, které vybavování vzpomínek buď blokují (amnésie), nebo znesnadňují jejich odhalení pomocí rozhovoru (vyhýbavé reakce). U respondentů tedy objektivně nebylo možné všechny obranné mechanismy obejít, pouze je částečně redukovat budováním nehodnotícího vztahu založeného na důvěře v průběhu rozhovoru.

Významným bodem kritiky je argument, že **vzpomínky pacientů s psychotickým onemocněním** mají charakter bludu, či halucinace a nejsou věrohodným zdrojem informací. Tento předsudek byl vyvrácen pomocí výzkumů, které prokázaly, že vzpomínky pacientů s psychotickým onemocněním jsou spolehlivé, konzistentní a stabilní v čase (Fisher et al., 2011).

Limitem a zdrojem zkreslení při realizaci výzkumu byla má **malá klinická zkušenost** se stávající ze 100 hodin klinické praxe a omezený rozsah vlastní psychoterapeutické praxe v rámci psychoterapeutického výcviku.

I přes jednoduchý design výzkumu však byla získána řada významných zjištění, která nacházejí oporu v odborné literatuře.

Předně korespondují výsledky výzkumu s teorií **multifaktoriální etiopatogeneze** vzniku schizofrenie (Orel et al., 2012). U každého jednotlivého respondenta byl identifikován unikátní mix okolností a vlivů.

Významným výzkumným zjištěním je potvrzení **výskytu traumatu** v anamnéze 5 respondentů s diagnózou schizofrenie. Jednotliví respondenti se lišili časováním, komplexností i kumulací traumatu.

U každého z pěti respondentů s výskytem traumatu v anamnéze bylo identifikováno nejméně jedno trauma označované v manuálu APA (2008) jako **typické trauma**. Jednalo se o sexuální, záměrné fyzické, domácí a komunitní násilí a zdravotnické trauma.

V případě komunitního násilí byl v případě jednoho respondenta zaznamenán atypický agresor. Literatura obvykle popisuje jako zdroje šikany spolužáky nebo jiné členy komunity (Phillipová & Janošová, 2009). V tomto případě však byla agresorem učitelka. Obdobně jako u traumatizace pacienta zdravotníky, i o **šikaně žáka učitelem** není v odborné literatuře mnoho popsáno. Zerillo a Osterman (2011) zjistili, že učitelé jsou si často vědomi šikany žáků ze strany jejich kolegy, ale věnují tomu méně pozornosti než šikaně mezi vrstevníky, nebo šikaně s fyzickými následky. McEvoy (2005) uvádí, že školní směrnice na šikanu ze strany učitelů buď neexistují, nebo nefungují.

U jednoho respondenta (Diany) byla nalezena spojitost mezi **obsahem halucinací a povahou traumatu**, což koresponduje s výzkumnými zjištěními (Schäfer & Fisher, 2011; Dvir, Denietolis & Frazier, 2013). V případě dalších třech respondentů tomu tak však nebylo a jedné respondentky (Emmy) to nebylo možné určit, protože si průběh atak nevybavovala.

Bentall s kolektivem (2012) uvádí, že paranoidní prožívání je predikováno šikanou a zejména pak výchovou v institucionalizované péči, která zvyšuje riziko

paranoidních prožitků 11násobně (OR 11,08). V této souvislosti bylo typické **paranoidní prožívání** identifikováno u Petra (prožitky pronásledování satanisty, policí, katolíky, mafií apod.) a Davida (podezřívání z popraviny injekcí, upálením v plynové komoře, obavy že někoho zabil...). V anamnéze obou respondentů se vyskytuje **šikana**. Zajímavým zjištěním je, že přestože ani jeden z nich nebyl v institucionalizované péči vychováván, tak **institucionalizovaná péče** hraje v anamnéze významnou roli. Šikana v anamnéze Petra se odehrála během hospitalizace (institucionalizovaná péče) a v případě Davida došlo v rámci psychiatrické hospitalizace (institucionalizované péče) ke dvojnásobné traumatizaci. U respondentek žen se tato kombinace nevyskytuje, stejně jako se ve vzorku nevyskytuje respondent s výskytem šikany, u kterého institucionalizovaná péče nehrála roli.

Můžeme-li paranoidní prožívání považovat za extrémní formu ostražitosti v rámci pudu sebezáchovy, mohlo by hypoteticky paranoidní prožívání být projevem zkušenosti s ohrožením sebezáchovy v minulosti. Úvahou docházím k závěru, že pokud je šikana prediktorem paranoidního prožívání, tak institucionalizovaná péče s prvky nedobrovolnosti, omezení a bezmocnosti bude se zkušeností šikany rezonovat. Na základě toho je možné hypotetizovat o roli hospitalizace s restriktivními prvky v retraumatizaci a posílení paranoidního prožívání vlivem analogie mezi šikanou a restriktivní péčí.

Z genderových specifíků šikany vyplývá, že šikana mezi chlapci/ muži je specifická jak vyšší četností výskytu, tak vyšším podílem fyzické šikany (PREVNet, 2015). Na základě toho hypotetizují vyšší riziko vzniku paranoidního prožívání v důsledku retraumatizace u mužů s historií šikany v anamnéze, v průběhu institucionalizované péče s prvky nedobrovolnosti a fyzického omezení.

Efekt **retraumatizace** byl zaznamenán v anamnéze Diany. Všechny tři psychotické ataky nastoupily v průběhu 14 dní po absolvování kurzu osobního rozvoje, na kterém probírala osobní traumata související s traumatem prožitého domácího násilí. Tento průběh má oporu v modelu kontinuity (Ibáñez, Sevillano, Servén, Sánchez, 2013).

Dalším výzkumným zjištěním je **časová incidence traumatu**. U čtyřech z pěti respondentů došlo k výskytu traumatu v dětství, což koresponduje se zjištěními

výzkumů, které poukazují na výskyt traumatu v dětství u pacientů s psychózou (Varese et al, 2012). S těmito zjištěními se však rozchází anamnéza respondentky Diany, která je atypická jak pozdní incidencí traumatu domácího násilí ve věku 19-26 let, tak pozdním nástupem schizofrenie ve věku 43 let.

Nejasnou etiologii má traumatická událost Lenky na skautském táboře ve 14 letech. Symptomy odpovídají retraumatizaci v důsledku expozice okolnostem události, kterou zažila ve 13 letech. Událost, jejíž oživení ve vzpomínkách se stalo spouštěčem, však nevykazuje žádné známky traumatu. Před touto událostí byla identifikována jediná traumatická událost v podobě fyzického trestu v 6 letech. Tato souvztažnost je atypická tím, že v literatuře je popsán vliv drsné výchovy (mediátoru) na vznik psychózy následkem traumatu (Fisher et al., 2013). V tomto případě by se hypoteticky ale jednalo o předstupeň – vliv drsné výchovy na vznik traumatu v důsledku stresoru, přičemž trauma má charakter retraumatizace, vztahuje se k traumatu nepřímo, v obsahu zdánlivě nefiguruje. Vztah mezi pocity viny a nesplnění úkolu (stresorem), a traumatickým zážitkem trestu by musel zprostředkovat mediátor. V laické řeči by tato vazba byla vyjádřena jako „Varuju Tě, nesplnila jsi, co jsi měla, vzpoměň si, co následovalo tehdy.“ Hypotetizovaným mediátorem by v tomto případě byla nejenom ambiciózní, přísná výchova s fyzickými tresty, ale i disfunkční kognitivní schémata. Tento konstrukt však nemá oporu v odborné literatuře.

Závažným zjištěním je výskyt **zdravotnického traumatu** u tří respondentů, které má ve dvou případech charakter poškození pacienta zdravotnickým personálem.

U jednoho respondenta vzniklo trauma v důsledku nezajištění základního bezpečí v průběhu hospitalizace a šikanou ze strany jiného pacienta. Téma zajištění bezpečí je však v odborné literatuře zpracováno většinou se zaměřením na instituce obecně (Wolfe, Jaffe, Jetté & Pisson, 2001), nebo se jednostranně koncentruje pouze na sexuálně motivované útoky (ENA, 2016; ACEP, 2013). Nezajištění bezpečí v průběhu hospitalizace však bylo identifikováno i v anamnéze Davida, který při převozu za jízdy vyskočil ze sanitky a zhmoždil se v důsledku pádu.

U dvou respondentů došlo ke vzniku zdravotnického traumatu během psychiatrické hospitalizace. Téma zdravotnického traumatu je popsáno v odborné literatuře nedostatečně, téma medicinského traumatu v průběhu psychiatrické hospitalizace

ještě méně, téma bylo publikováno v rámci tzv. sekundární traumatizace (Zimmering & Gulliver, 2003).

Trauma elektrokonvulzivní terapie (ECT), ke kterému došlo u respondentky Lenky, lze dle MKN-10 diagnosticky zařadit do kategorie Y82 (Nežádoucí příhody související s jinými a neurčenými lékařskými přístroji, pomůckami). Toto specifické trauma jsem v odborné literatuře nenalezl. Téma je v odborné literatuře podchyceno obecně jako tzv. speciální problémy informovaného souhlasu u ECT (Culver, Ferrel, & Green, 1980). Veřejný ochránce práv však zdokumentoval nerespektování vůle pacienta při odvolání souhlasu s ECT a provádění ECT v rozporu se standardem Evropského výboru pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT), který požaduje výkon ECT mimo dohled ostatních pacientů (Veřejný ochránce práv, 2008).

V případě Lenky je zdravotnické trauma s chronickými posttraumatickými projevy specifické nedobrovolností terapie, disfunkčními strategiemi vyhodnocování a zvládání stresových situací, jm. prožitkem ztráty kontroly, a historií předchozího traumatu v anamnéze. Tyto proměnné byly v literatuře popsány jako typické pro vznik posttraumatické stresové poruchy PTSD v důsledku hospitalizace s psychózou PP-PTSD. Rovněž Bendall a kol. (2012) zjistili, že PP-PTSD narůstá 27násobně u jedinců s předchozí historií traumatu v dětství a 30násobně u jedinců s historií PTSD v dětství. Posttraumatické projevy respondentky v přítomném stavu psychickém lze považovat za projevy **postpsychotické posttraumatické stresové poruchy (PP-PTSD)**.

U druhé respondentky (Emmy) s posttraumatickými projevy v přítomném stavu psychickém se však posttraumatické projevy vztahují k traumatizujícím událostem, které nevznikly v kontextu psychózy. Tato zjištění mají oporu v konstruktu **posttraumatické stresové poruchy se sekundární psychózou PTSD-SP** (Braakman, Kortmann, v.d Brink & 2008).

Ve prospěch konstruktů PTSD-SP v případě respondentky Diany hovoří pozdní nástup onemocnění po pozdní incidenti traumatu v dospělosti, analogie psychotického obsahu s traumatem a charakter atak, které ve všech třech případech vznikly retraumatizací s přesmykem do psychózy.

Ojedinelé posttraumatické symptomy byly identifikovány i v anamnéze dalších dvou respondentů (Petra a Davida), v přítomném stavu psychickém však již nebyly pozorovány. V případě Diany v období jednoho roku po odchodu od manžela převažovaly vtíravé vzpomínky, ty se v mírné formě vyskytují stále.

V neprospěch **teorie PTSD-SP** coby univerzálního konstruktů vysvětlujícího vznik psychózy v důsledku traumatu hovoří skutečnost, že u ostatních respondentů nebyly zaznamenány posttraumatické symptomy v takové šíři, aby bylo možné usuzovat naplnění poměrně přísných diagnostických kritérií PTSD. To však může být způsobeno jak výzkumnou metodou, tak delším časovým odstupem od události. Existuje reálná možnost, že některé posttraumatické projevy, které již vymizely, nebyly v rámci výzkumu explorovány, protože je již respondent zapomněl, protože jim přisoudil jinou příčinu, nebo protože projevy neverbalizoval a neuvědomil si je.

Dalším z výzkumných zjištění bylo potvrzení **drsné výchovy** v anamnéze tří respondentů. To je v souladu s výzkumy potvrzujícími podíl drsné výchovy na vzniku psychózy zprostředkované depresivními symptomy, externím těžištěm kontroly, nízkým sebevědomím a úzkostí (Fisher et al., 2013). Typicky však tomuto popisu odpovídá pouze anamnéza Emmy.

U dalších dvou respondentek byla zjištěna výchova s použitím fyzických trestů, které sestávaly výlučně z úderů dlaní (facek). U obou respondentek však byla identifikována variace specifického vzorce **ambiciózní, přísné výchovy neumožňující selhání**. Obě respondentky byly vychovávány ambiciózně s nepřiměřenými výkonnostními měřítky, které internalizovaly. Obě měly po celou dobu základní školní docházky mimořádný školní prospěch s průměrem 1,0. Obě byly trestány za přestupky fackami a u obou se externalizace těžiště kontroly projevovala nemožností selhání.

Tento specifický vzorec jsem nenašel v odborné literatuře, koresponduje však částečně s dnes již opuštěnou teorií dvojné vazby. Teorie dvojné vazby postuluje vznik schizofrenie ve vztahu, ze kterého nelze uniknout, vlivem paradoxní komunikace navzájem protichůdných příkazů, které nelze splnit (Bateson, Jackson, Haley & Weakland, 1956). U obou respondentek se rozpor odehrával ve vztahu, ze kterého nemohly uniknout. Nebyly však identifikovány protichůdné příkazy ve smyslu dvojné vazby, ale konflikt ambicí rodičů nepřipouštějících selhání na straně

jedné, a individuálních limitů dívek při jejich plnění na straně druhé. Ambiciózní, punitivní výchova byla pro obě dívky stresorem, se kterým se neúspěšně potýkaly pomocí **disfunkčních copingových strategií**. U Lenky vedl konflikt k prožitkům bezmoci, paralýzy a úzkosti (koresponduje s externalizací kontroly). Diana si osvojila snižování psychického tlaku pomocí zvracení a vyhýbání se stresorům pomocí sekundárního zisku ze somatoformní reakce.

Somatoformní poruchy byly zjištěny celkem u dvou respondentů s výskytem traumatu v anamnéze. Lze usuzovat na souvislost se zvýšenou citlivostí vůči stresu, která je společně s dalšími proměnnými řazena mezi rizikové faktory pro vznik schizofrenie v důsledku psychózy (Schäfer, & Fischer, 2011).

Signifikantním zjištěním je, že u všech 5 respondentů se vyskytovaly **proměnné zvyšující riziko vzniku psychózy v důsledku traumatu**, ať už se jedná o kumulativní efekt traumatu, odloučení od rodičů v dětství, zneužívání marihuany či jiné, což má silnou oporu v odborné literatuře (Arsenault et al, 2011; Fisher et al., 2013).

Potenciální přínos tohoto výzkumu v českém prostředí spočívá v uvedení tématu jako takového:

- Formou teoretické rešerše bylo zjištěno, že dle současného stavu vědy vznikla třetina psychóz v důsledku traumatu. Obdobně, pokud by se podařilo ochránit děti od traumatických událostí, počet pacientů s psychózou by klesl o třetinu, což jsou v české vědě a v českém zdravotnictví neznámé skutečnosti.
- Formou teoretické rešerše byly identifikovány nejčastější typy traumatu, které se na vzniku psychózy podílejí, a byly popsány proměnné, které riziko vzniku schizofrenie u pacientů s výskytem traumatu v anamnéze zvyšují. Vzájemné vztahy byly ilustrovány formou klinických kazuistik, opět se jedná v českém prostředí o nové informace.
- Teoreticky byly popsány dva typy vztahu mezi traumatem a schizofrenií s odlišnou kauzalitou (postpsychotická posttraumatická stresová porucha PP-PTSD a posttraumatická stresová porucha se sekundární psychózou PTSD-SP). Oba teoretické konstrukty byly doplněny ilustrující kazuistikou.

Možným přínosem pro klinickou praxi jsou tyto identifikované potřeby:

- Potřeba prověřovat trauma v průběhu anamnestického šetření pacientů se schizofrenií a následně uzpůsobovat terapii. Zatímco v případě schizofrenie je první volbou medikace, v případě PTSD je naopak první volbou psychoterapie (Praško et al, 2001). Standard NICE (2014) považuje terapii PTSD za nezbytnou podmínku následné úspěšné léčby schizofrenie.
- Potřeba dodržovat a auditovat léčebné postupy. Z uvedené kazuistiky je patrné, že nedodržením pravidel se z léčebné metody stala metoda mučící, traumatizující.
- Potřeba identifikovat rizikové skupiny pro vznik posttraumatické stresové poruchy (oběti domácího násilí apod.) a cíleně u nich prověřovat, zda nedošlo ke vzniku PTSD a tím zabránit riziku pozdějšího vzniku psychózy.
- Potřeba specifické edukace pacientů o nebezpečí náhlého vysazování léků. Edukovat pacienty v tom smyslu, že bezpečné snižování psychofarmak musí probíhat postupně a pod dohledem lékaře.
- Potřeba edukovat pacienty o vlivu marihuany na vznik, popř. návrat onemocnění.
- Potřeba sestavit specifický manuál diagnostiky a léčby pacientů s psychózou/schizofrenií.

Možným impulsem pro další bádání jsou tato zjištění:

- Šikana žáků učitelem je bagatelizována, v odborné literatuře nedostatečně popsána, školami nedostatečně podchycena. Pro oběť však může mít zdrcující následky. Je potřeba situaci zmapovat výzkumem a vytvořit směrnice a předpisy, které umožní problém efektivně řešit.
- V odborné literatuře je nedostatečně popsáno zdravotnické trauma, přestože je řazeno mezi typické typy traumatu. Je potřeba výzkumně identifikovat zdroje zdravotnického traumatu a navrhnout opatření pro jeho minimalizaci. Kazuistiky dvou respondentů dokládají traumatizaci pacienta během psychiatrické hospitalizace.

Na základě výzkumných zjištění formulují tyto hypotézy:

- Ambiciózní, punitivní výchova s fyzickými tresty zvyšuje riziko vzniku schizofrenie v důsledku traumatu.

- Somatoformní poruchy zvyšují riziko vzniku schizofrenie v důsledku traumatu.
- Vznik schizofrenie v důsledku traumatu není časově omezen na incidenci traumatu v dětství. V důsledku incidence traumatu v dospělosti může dojít k nástupu schizofrenie v pozdějším věku.
- Rizikem neléčeného nebo nezpracovaného traumatu je retraumatizace, která prostřednictvím kumulativního efektu zvyšuje riziko vzniku schizofrenie.
- V terapii traumatu u pacientů se schizofrenií mohou být použity pouze bezpečné metody, které prokazatelně neohrožují pacienta rizikem retraumatizace. Příkladem ověřené terapie traumatu u pacientů se schizofrenií je v současnosti například KBT terapie traumatu.
- Konstrukt posttraumatické stresové poruchy se sekundární psychózou neposkytuje vysvětlení etiologie vzniku psychózy v důsledku traumatu u pacientů, kde k traumatizaci prokazatelně došlo, nebyly však naplněny diagnostická kritéria posttraumatické stresové poruchy.
- Institucionalizovaná péče s prvky omezení osobní svobody a prožitky bezmocnosti zvyšuje riziko paranoidního prožívání, a to zejména u pacientů-mužů, kteří v minulosti byli vystaveni šikaně.

9. ZÁVĚRY

Níže je uveden přehled výzkumných zjištění o výskytu traumatu u pacientů s diagnózou schizofrenie a o výskytu proměnných zvyšujících riziko vzniku schizofrenie vlivem traumatu. Stručný výčet je doplněn o identifikované prožitkové komponenty traumatu a zaznamenané posttraumatické projevy. V závěru jsou shrnuty hlavní zjištění a jejich důsledky a specifická zjištění, která se nějakým způsobem odchyľují od odborné literatury. Rovněž je poukázáno na konstrukty a hypotézy, které se ve světle výsledků jeví jako sporné, nebo neprůkazné, a naopak.

Výskyt jednoho či více traumatu v anamnéze byl zjištěn u pěti respondentů s diagnózou schizofrenie (z celkového počtu sedmi), přičemž u každého z nich se vyskytuje nejméně jedno trauma označované jako typické (komunitní násilí, záměrné fyzické, domácí, sexuální, či zdravotnické trauma).

V případě šikany byl v jednom případě agresorem vrstevník, ve druhém případě byl identifikován atypický agresor – učitelka na základní škole.

Tři respondenti utrpěli zdravotnické trauma, u každého respondenta však mělo trauma odlišný kontext. V jednom případě bylo zdrojem zdravotnického traumatu nezajištění bezpečí dítěte v průběhu nepsychiatrické hospitalizace, v jejímž důsledku se stalo obětí šikany spolupacientem.

Zbylé dva případy zdravotnického traumatu vznikly v průběhu psychiatrické hospitalizace. V jednom případě sehrál dominantní roli vliv prostředí a procedur konkrétní léčebny. Bylo zdokumentováno, že po převozu do jiného zařízení (fakultní nemocnice) s odlišným prostředím a odlišnými procedurami traumatizující efekt vymizel. Ve druhém případě se stalo zdrojem zdravotnického traumatu neetické provedení nedobrovolné elektrokonvulzivní terapie, v jejímž důsledku měla metoda mučící efekt, namísto terapeutického.

Domácí násilí bylo zaznamenáno u dvou respondentek. U jedné byl agresorem manžel, u druhé byl agresorem v dětství bratr a otec, v dospělosti manžel.

U jedné respondentky bylo zaznamenáno pohlavní zneužívání otcem v dětství.

Ve většině případů mělo trauma doprovodnou **prožitkovou komponentu** v podobě hrůzy, děsu, strachu, nebo bezmoci. Ve třech případech prožívali respondenti v průběhu traumatu ohrožení smrtí.

V rámci reakcí na trauma byly u několika respondentů v popisu událostí identifikovány **posttraumatické projevy**. Respondenti popsali reakce vykazující charakteristiky úzkosti při expozici okolnostem, vyhýbavé chování, opakované znovuvybavování, zvýšenou psychickou vzrušivost, disociační reakci, vtíravé myšlenky a vzpomínky, autoagresivní chování, suicidální pokusy, nebo děsivé sny s opakovaným buzením v dětském věku.

Vyhýbavé chování mělo v jednom případě charakter úplného odsunutí události stranou a zaměření se na budoucnost. Ve druhém případě došlo k vyhýbavému chování s opožděným nástupem dva roky po skončení expozice komplexnímu traumatu. U respondenta se začal stupňovat strach z budoucnosti a obavy, že ho v životě již nečeká. Tyto projevy však souvisejí s nástupem onemocnění, k dispozici není dostatek informací pro jednoznačné rozlišení posttraumatické a negativní symptomatiky, a proto je toto zjištění považováno za neprůkazné.

U dvou respondentek byla zaznamenána retraumatizace. U jedné respondentky retraumatizace iniciovala nástup třech psychotických atak. U druhé respondentky měla retraumatizace jasnou posttraumatickou symptomatiku, ale neznámou etiologii vztaženou ke stresující události bez charakteristik traumatu.

V **přítomném stavu psychickém** se posttraumatické projevy vyskytovaly u dvou respondentek a to přesto, že od traumatizujících událostí uplynulo 19 let a 23 let. Jednalo se především o projevy úzkosti při expozici okolnostem spojeným se stresem, vyhýbavé chování a znovuprožívání formou vegetativních příznaků.

V přítomném projevu jedné respondentky došlo situačně k regresivnímu projevu, znecitlivění a chudosti emočních reakcí.

U všech pěti respondentů s historií traumatu byly identifikovány **proměnné zvyšující riziko vzniku schizofrenie vlivem traumatu**. Jedná se zejména o kumulativní efekt traumatu patrný u třech respondentů, a drsnou výchovu, rovněž u třech respondentů.

Typické znaky drsné výchovy však vykazuje pouze historie jedné respondentky. Ve zbylých dvou případech se jedná o variaci specifického vzorce přísné, ambiciózní výchovy, nepřipouštějící selhání, s užitím fyzických trestů v podobě facek (úderů dlaní). Obě respondentky internalizovaly nepřiměřená výkonnostní očekávání formou disfunkčním kognitivních schémat. Po celou dobu základní docházky měly totožně prospěchový průměr 1,0. Na nesoulad, mezi požadavky a schopností je splnit, reagovaly disfunkčními strategiemi vyhodnocování a zvládnání stresu. V případě jedné respondentky se pokřivené kognitivní schéma projevovalo pokřiveným tělesným obrazem, jehož dosahovala pomocí bulimie, která plnila zároveň roli zvládací strategie stresu.

U dvou respondentů byl zaznamenán výskyt somatoformních poruch. V jednom případě přinášela somatoformní porucha sekundární zisk z nemoci a měla charakter strategie zvládnání stresu.

Odloučení v dětství bylo zaznamenáno u dvou respondentů.

Dlouhodobé užívání marihuany bylo zaznamenáno pouze v jednom případě, stejně jako relativní sociální nerovnost. V případě relativní sociální nerovnosti se jednalo o atypickou variantu, respondentka se cítila stigmatizována protekcí a zohledněním vysokého sociálního statusu rodiny.

Hlavním závěrem výzkumu je zjištění, že trauma je významným prediktorem vzniku schizofrenie. Signifikantním zjištěním je současný výskyt nejméně jednoho typického traumatu a nejméně jedné proměnné, zvyšující riziko vzniku psychózy vlivem traumatu, v anamnéze všech pěti respondentů s diagnózou schizofrenie a historií traumatu v anamnéze.

Z těchto zjištění vyplývá potřeba cílené diagnostiky traumatu u pacientů s diagnózou schizofrenie, a potřeba specifické psychoterapie pro pacienty s diagnózou schizofrenie a historií traumatu v anamnéze.

Specifickými zjištěními vybočujícími z rámce odborné literatury jsou: atypická forma šikany s agresorem – učitelkou, traumatizující efekt původně léčebné metody vlivem nedodržení postupu a etických pravidel, pozdní nástup schizofrenie v důsledku pozdní incidence traumatu v dospělosti, výskyt paranoidní symptomatiky

u dvou respondentů (mužů) s historií šikany v anamnéze, kteří shodně utrpěli traumatizaci v rámci institucionalizované péče.

Konstrukt posttraumatické postpsychotické poruchy se sekundární psychózou (PTSD-SP), coby univerzální konstrukt, se potvrdil pouze částečně, uspokojivě ilustruje etiologii onemocnění pouze ve dvou případech.

Potvrzen byl konstrukt postpsychotické posttraumatické poruchy (PP-PTSD), který byl identifikován u jedné respondentky následkem zdravotnického traumatu.

Jako sporná se jeví proměnná zvýšené citlivosti vůči stresu, na kterou bylo možné usuzovat pouze nepřímo prostřednictvím nálezů somatizace úzkosti, somatoformních poruch a disfunkčních strategií vyhodnocování a zvládnání stresu.

Zjištěním nad rámec výzkumu je podhodnocování rizik spojených s užíváním marihuany respondentem a náhlé vysazování medikace dvěma respondenty, kteří si nebyli vědomi rizik spojených s náhlým vysazením psychofarmak. Obě zjištění vedou k potřebě specifické edukace pacientů.

SOUHRN

Bakalářská práce mapující vliv traumatu na vznik schizofrenie vychází především z aktuálních poznatků posledních dvou dekad a opírá se zejména o zahraniční přehledové články, meta studie a jednotlivé studie.

V teoretické části, která je ucelenou rešerší na téma vlivu traumatu na vznik schizofrenie, představuje komplexně nejprve téma schizofrenie, poté téma traumatu. V každé kapitole nejprve definuje klíčové pojmy a jejich specifika. V samostatném oddílu se zabývá etiologií, projevy, společně s hlavními teoriemi. Výskytem v populaci se zabývá v samostatné podkapitole. Závěrem popisuje možnosti a trendy v léčbě.

V závěru propojuje obě témata do společné kapitoly, která mapuje souvislosti a kauzalitu vztahu mezi traumatem a schizofrenií. Nejprve popisuje vývoj a proměny historického náhledu na danou problematiku, následně seznamuje čtenáře s hlavními teoriemi. V samostatných kapitolách specifikuje nejčastější typy traumatu, které se na vzniku schizofrenie vlivem traumatu podílejí a mapuje proměnné, které tento vztah zprostředkovávají. Poté se detailněji zabývá identifikací událostí a traumát, které vznik schizofrenie predikují a řeší vztah mezi typem traumatu a povahou psychotických symptomů. V poslední kapitole se zabývá možnostmi terapie pacientů s diagnostikovanou schizofrenií a historií traumatu v anamnéze a její bezpečností.

Ve výzkumné části byl definován problém: Vede trauma ke vzniku schizofrenie? Cílem práce bylo zjistit, jakým způsobem životní události a traumata ovlivnily život pacienta, vznik a rozvoj schizofrenie, a opačně, jaký dopad měl rozvoj a průběh schizofrenie na životní okolnosti pacienta a případný vznik traumatu.

V práci byly položeny dvě výzkumné otázky: (1) Vyskytuje se v anamnéze pacientů s diagnózou schizofrenie trauma? (2) Vyskytují se v anamnéze pacientů s diagnózou schizofrenie proměnné, které při společném výskytu s traumatem zvyšují riziko vzniku schizofrenie?

V rámci kvalitativního přístupu byl zvolen fenomenologický výzkum. Jako metoda získání dat byl zvolen polostrukturovaný rozhovor. Jádro rozhovoru bylo tvořeno tematickými okruhy, který byly doplňovány následnými inquiry za účelem zpřesnění

odpovědí respondentů. Výsledkem byla surová data v podobě anamnestických dat, záznamu pozorování a záznamu přítomného stavu psychického. Součástí rozhovoru byla i krizová intervence, použitá v různé míře dle potřeby stanovené výzkumníkem. Zpracování dat proběhlo formou třídění, řetězení, formulací základních tvrzení, jejich interpretací v rámci jednotlivých kazuistik a komparace v rámci výzkumného vzorku.

Nábor respondentů do výzkumu proběhl na sociální síti Facebook, v nízkoprahových zařízeních Celsus a Práh, ve svépomocné skupině Slyšení hlasů a v diskusní platformě Otevřené dialogy. Získáno bylo celkem 7 respondentů, kteří se účastnili na základě informovaného souhlasu. V průběhu výzkumu byla zaručena důvěrnost. Kritériemi pro účast na výzkumu byla plnoletost, dobrovolná účast, stabilní zdravotní stav a diagnóza ze schizofrenního okruhu stanovená lékařem. Zúčastnilo se 6 respondentů s diagnózou paranoidní schizofrenie a 1 respondent s diagnózou schizoafektivní porucha. Mezi respondenty převažovaly ženy (5:2).

U pěti ze sedmi respondentů bylo v anamnéze identifikováno trauma v různé četnosti a v různém rozsahu. Ve všech případech se jednalo o typické druhy traumatu, jako jsou sexuální, záměrné fyzické, domácí a komunitní násilí a zdravotnické trauma. Tato zjištění mají oporu ve vědecké literatuře. Atypickými zjištěními je výskyt traumatu v dospělosti s následným pozdním nástupem onemocnění v případě jedné respondentky a výskyt šikany, kde agresorem nebyl vrstevník, ale učitelka na základní škole. Specifickým zjištěním je výskyt zdravotnického traumatu v průběhu psychiatrické hospitalizace.

U všech pěti respondentů s výskytem traumatu v anamnéze byly v anamnéze přítomny rovněž proměnné, které riziko vzniku schizofrenie v důsledku traumatu zvyšují. Jednalo se o kumulativní efekt traumatu, relativní vnímanou sociální nerovnost, disfunkční kognitivní schémata, marihuanu, odloučení v dětství a drsnou výchovu.

V rámci výsledků bylo formulováno několik hypotéz, zejména hypotéza o roli retraumatizace, a ambicózní, punitivní výchovy, coby proměnných zvyšujících riziko vzniku schizofrenie.

Použité zdroje a literatura

- 1) Aaltonen, J., Seikkula, J. & Lehtine, K. (2011). *The Comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland: I. The incidence of non-affective psychosis and prodromal states*. *Psychosis* 3, 179-191.
- 2) Alemany, S., Arias, B., Aquilera, M., Villa, H., Moya, J., Ibáñez, M.I., Vossen, H., Gastó, C., Ortet, G. & Fañanás, L. (2013). *Childhood abuse, the BDNF-Val66Met polymorphism and adult psychotic-like experiences*. *The British Journal of Psychiatry*, 199, 38–42. doi: 10.1192/bjp.bp.110.083808
- 3) Agorastos, A., Pittman, J.O.E., Angkaw, A.C., Nievergelt, C.M., Hansen, C.J., Aversa, L.H., Parisi, S.A., Barkauskas, D.A. & Baker, D.G. (2014). *The cumulative effect of different childhood trauma types on self-reported symptoms of adult male depression and PTSD, substance abuse and health-related quality of life in a large active-duty military cohort*. *Journal of psychiatric research*, 58, 46–54.
- 4) American College of Emergency Physicians ACEP. (2013). *Evaluation and Management of the Sexually Assaulted or Sexually Abused Patient. Second Edition*. (e-book). Irving: ACEP. Získáno 12.1.2017 z ACEP <http://www.nhcadv.org/uploads/Sexual-Assault-e-book.pdf>
- 5) American Psychological Association Presidential Task Force on Posttraumatic Stress Disorder and Trauma in Children and Adolescents. (2008). *Children and Trauma. Update for Mental Health Professionals*. Washington: American Psychological Association. Získáno 9. 10. 2016 z <https://www.apa.org/pi/families/resources/update.pdf>
- 6) American Psychiatric Publishing. (2013). *Schizophrenia*. Arlington: American Psychiatric Association. Získáno 13. 11. 2016 z <http://www.dsm5.org/Documents/Schizophrenia%20fact%20Sheet.pdf>
- 7) Arsenault, L., Cannon, M., Fisher, H.L., Polanczyk, G., Moffitt, T.E. & Caspi, A. (2011). *Childhood trauma and children's emerging psychotic symptoms: A genetically sensitive longitudinal cohort study*. *Am J Psychiatry*, 168(1), 65-72. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.10040567.
- 8) Assist Trauma Care. (2015). *NICE Guidelines (PTSD)*. Získáno 3.3.2017 z <http://assisttraumacare.org.uk/nice-guidelines-ptsd/>

- 9) Bateson, G., Jackson, D.D., Haley, J. & Weakland, J. (1956). *Toward a theory of schizophrenia*. Behavioral Science, 1(4), 251-254.
- 10) Baštecká, B. (2015). *Klinická psychologie*. Praha: Portál.
- 11) Beavan, V., Read, J. & Cartwright, C. (2011). *The prevalence of voice-hearers in the general population: A literature review*. Journal of Mental Health, 20(3), 281–292.
- 12) Begun, E. (2017). *Parents with Psychosis: Impact on Parenting & Parent-Child Relationship – A Systematic Review*. Global Journal of Addiction & Rehabilitation Medicine, 1(2).
- 13) Bencko, V., et al. (2002). *Epidemiologie, výukové texty pro studenty 1. LFUK, Praha*. 2. vydání. Praha: Univerzita Karlova v Praze – Nakladatelství Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0383-7.
- 14) Bendall, S., Alvarez-Jimenez, M., Hulbert, C.A., McGorry, P.D. & Jackson, H.J. (2012). *Childhood trauma increases the risk of post-traumatic stress disorder in response to first-episode psychosis*. Aust N Z J Psychiatry, 46(1), 35-9. doi: 10.1177/0004867411430877.
- 15) Bendall, S., Jackson, H.J., Hulbert, C.A. & McGorry, P.D. (2011). *Childhood trauma and psychosis. An overview of the evidence and directions for clinical interventions*. Family Matters, 89, 53-60.
- 16) Bentall, R.P., Wickham, S., Shevlin, M. & Varese, F. (2012). *Do Specific Early-Life Adversities Lead to Specific Symptoms of Psychosis? A Study from the 2007 The Adult Psychiatric Morbidity Survey*. Schizophr Bull, 38(4), 734–740.
- 17) Blatníková, Š., Faridová, P. & Zeman, P. (2014). *Násilná sexuální kriminalita – téma pro experty i veřejnost*. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci. ISBN 978-80-7338-143-1
- 18) Braakmann, M.H., Kortmann, F.A.M. & V.D.Brink, W. (2009). *Validity of 'post-traumatic stress disorder with secondary psychotic features': a review of the evidence*. Acta Psychiatrica Scandinavica 119(1), 15–24.
- 19) Brase, G.L. & Richmond, J. (2004). *The White Coat Effect: Physician Attire and Perceived Authority, Friendliness, and Attractiveness*. Journal of Applied Psychology 34(12), 2469-2481.
- 20) Burns, J.K., Jhazbhay, K. & Esterhuizen, T. et al. (2011). *Exposure to trauma and the clinical presentation of first-episode psychosis in South Africa*. J Psychiatr res, 45(2), 179-84.

- 21) Culver, C.M., Ferrel, R.B. & Green, R.M. (1980). ECT and special problems of informed consent. *Am J Psychiatry*, 137(5), 586-91.
- 22) CVVM. (2006, March 9). *Prestiž povolání – únor 2016. Tisková zpráva*. CVVM. Sociologický ústav AV ČR. Získáno 26.09.2016 z <http://cvvm.soc.cas.cz/prace-prijmy-zivotni-uroven/prestiz-povolani-unor-2016>
- 23) Carr, A. (2005). *The handbook of child and adolescent clinical psychology: a contextual approach*. New York: Brunner-Routledge.
- 24) Cooke, A. (Ed). (2014). *Understanding psychosis and schizophrenia*. Leicester: The British Psychological Society.
- 25) Conus, P., Cotton, S., Schimmelmann, B.G., McGorry, P.D. & Lambert, M. (2010). *Pretreatment and Outcome Correlates of Sexual and Physical Trauma in an Epidemiological Cohort of First-Episode Psychosis Patients*. *Schizophrenia Bulletin*, (36)6, 1105–1114. doi:10.1093/schbul/sbp009
- 26) Češková, E., Příkryl, R. & Pěč, O.. *Schizofrenie dospělého věku*. In Raboch, J. et al. (2010) *Psychiatrie. Doporučené postupy psychiatrické péče III*. Tribun EU. Získáno 13.11.2016 z http://www.ceskapsychiatrie.cz/images/stories/deni_v_oboru/blok-algoritmy-format-2.8..05_08_10_09_31_00.pdf
- 27) de Bont, P.A.J.M., v. Minnen, A. & de Jongh, A. (2013). *Treating PTSD in Patients With Psychosis: A Within-Group Controlled Feasibility Study Examining the Efficacy and Safety of Evidence-Based PE and EMDR Protocols*. *Behavior Therapy*, 44, 717–730.
- 28) Dvir, Y., Denietolis, B., Frazier, J.A. (2013). *Childhood Trauma and Psychosis*. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*, 629-641.
- 29) Elzouki, A.Y., Harfi, H.A., Nazer, H., Oh, W., Stapleton, F.B. & Whitley, R.J. (2012). *Textbook of Clinical Pediatrics*. Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- 30) Engur, B. (2017). *Parents with Psychosis: Impact on Parenting & Parent-Child Relationship*. *Child Adolesc Behav*, 5(1), 327.
- 31) Erickson, M.H. & Rossi, E.L. (2009). *Hypnotické světy. Klinická hypnóza a nepřímé sugesce*. Brno: Emitos.
- 32) Emergency Nurses Association. (2016). *Adult and Adolescent Sexual Assault Patients in the Emergency Care Setting. Joint Position Statement*. (e-book). Získáno 16.1.2017 z International Association of Forensic Nurses

http://c.ymcdn.com/sites/www.forensicnurses.org/resource/resmgr/docs/Adult_and_Adolescent_Sexual_.pdf

- 33) Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického vzkumu*. Praha: Portál.
- 34) Fisher, H.L., Craig, T.K., Fearon, P., Morgan, P., Dazzan, P., Lappin, J., Hutchinson, G., Doody, G.A., Jones, P.B., McGuffin, P., Murray, R.M., Leff, J. & Craig, M. (2011). *Reliability and Comparability of Psychosis Patients' Retrospective Reports of Childhood Abuse*. Schizophrenia Bulletin, 37(3), 546–553. doi:10.1093/schbul/sbp103.
- 35) Fisher, H.L., Schreier, A., Zammit, S., Maughan, B., Munafó, M.R., Lewis, G. & Wolke, D. (2013). *Pathways Between Childhood Victimization and Psychosis-like Symptoms in the ALSPAC Birth Cohort*. Schizophr Bull, 39 (5), 1045-1055. doi: 10.1093/schbul/sbs088
- 36) Fisher, H., Morgan, C., Dazzan, P., Craig, T.K., Morgan, K., Hutchinson, G., Jones, P.B., Doody, G.A., Pariante, C., McGuffin, P., Murray, R.M., Leff, J. & Fearon, P. (2009). *Gender differences in the association between childhood abuse and psychosis*. British Journal of Psychiatry, 194(4), 319-325; DOI: 10.1192/bjp.bp.107.047985.
- 37) Freeman, D. & Fowler, D. (2009). *Routes to psychotic symptoms: trauma, anxiety and psychosis-like experiences*. Psychiatry Res, 169(2), 107–12.
- 38) Fusar-Poli, P., et al. (2013). *The psychosis High-Risc State: A Comprehensive State of-of-the-Art review*. JAMA Psychiatry, 70(1), 107–120. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.269.
- 39) Gaudia. (2016). *Studijní podklady pro frekventanty kurzu Krizové intervence v systemickém pojetí*. Praha: Psychoterapeutické centrum Gaudia.
- 40) Haddock, G. & Lewis, S. (2005). *Psychological Interventions in Early Psychosis*. Schizophr Bull, 31(3), 697-704. doi: 10.1093/schbul/sbi029
- 41) Healing Hands. (2010). *Delivering Trauma-Informed Services*. HCH Clinicians Network, 14(6), 1-8. Získáno 22.12.2016 z <https://www.nhchc.org/wp-content/uploads/2011/09/DecHealingHandsWeb.pdf>
- 42) Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.

- 43) Houston, J.E., Murphy, J., Shevlin, M. & Adamson, G. (2011). *Cannabis use and psychosis: re-visiting the role of childhood trauma*. *Psychol Med.*, 41(11), 2339-48. doi: 10.1017/S0033291711000559.
- 44) Höschl, C. (2013). *Zpráva z jednání. 15th LINF Faculty Meeting, Sintra, Portugalsko, 7.-10.6.2013*. Získáno 13.11.2016 z http://www.hoschl.cz/files/4732_cz_LINF-Lisabon-2013-zpr.pdf
- 45) Ibáñez, Á.F., Sevillano, C.P., Servén, E.G., Sánchez, E.A. (2013). *Trauma, posttraumatic stress disorder and psychosis: Etiopathogenic and nosological implications*. *Eur. J. Psychiat.*, 28(1), 27-38.
- 46) Institute on Trauma and Trauma informed Care ITTIC. (2015). *White Paper for Trauma Informed Care*. Získáno 18.12.2016 z University at Buffalo <https://socialwork.buffalo.edu/content/dam/socialwork/social-research/ITTIC/TIC-whitepaper.pdf>
- 47) International Society for Psychological and Social Approaches to Psychosis - ISPS UK. *Open Dialogue: Experience in the UK*. (Conference). Liverpool, England. May 15, 2015. ISPS UK One Day Conference.
- 48) International Society for the Study of Trauma and Dissociation - ISSTD (2007). *Frequently Asked Questions: Dissociation*. Získáno 13. 10. 2016 z <http://www.isst-d.org/education/faqdissociation.htm>
- 49) Janssen, I. Krabbendam, L., Bak, M., Hanssen, M., Vollebergh, W. & De Graaf, R. et al. (2004). *Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences*. *Acta psychiatr Scand*, 109; 38-45.
- 50) Kačeňák, R. (2012). *Posttraumatická stresová porucha – diagnóza a diagnostika*. Příspěvky z konference Posttraumatická stresová porucha v kontextu domácího násilí, CSSP 2012: 7-18. Získáno 18. 10. 2016 z http://www.intervencnicentrum.cz/images/knihy/Postrauematicka_stresova_porucha_v_kontextu_DN_2012.pdf
- 51) Kilcommons, A.M. & Morrison, A.P. (2005). *Relationships between trauma and psychosis: an exploration of cognitive and dissociative factors*. *Acta Psychiatr Scand*, 112(5), 351–9.
- 52) Kłapciński, M., Matuszek, A. & Wojtyńska, R. (2015). *Implementation of Open Dialogue Approach in Polish mental health structures*. Porto, Portugal. 22–27 June 2015. EFPT Forum.

- 53) Koplewicz, H. & Cloitre, M., et al. (2006). *Caring for Kids after Trauma, Disaster and Death: A Guide for Parents and Professionals*. New York: New York University Child Study Center.
- 54) Landry, M., Dornelles, A.C., Hayek, G. & Deichmann, R.E. (2013). *Patient Preferences for Doctor Attire: The White Coat's Place in the Medical Profession*. *Ochsner Journal*, 13(3), 334–342.
- 55) Larkin, W.(Ed.), Morrison, A.P. (Ed.). (2007). *Trauma and Psychosis: New Directions for Theory and Therapy*. London: Routledge.
- 56) Lewis, S. & Libermann, J. (2008). *CATIE and CUtLASS: can we handle the truth?* *The British Journal of Psychiatry*, 192 (3), 161-163; DOI: 10.1192/bjp.bp.107.037218. Získáno 10.11.2016 z <http://bjp.rcpsych.org/content/192/3/161>
- 57) Little, P., Barnett, J., Barnsley, L, Marjoram, J., Fitzgerald-Baron, A. & Mant, D. (2002). *Comparison of agreement between different measures of blood pressure in primary care and daytime ambulatory blood pressure*. *British Medical Journal*, 325, 258-263.
- 58) Malá, E. (2002). *Farmakoterapie. Posttraumatická stresová porucha*. *Remedia*, 12, 381-396.
- 59) Markovič, O. (2012). *Schizofrenie v ambulantní praxi*. *Psychiatrie pro praxi*, 13(2), 85–88.
- 60) McEvoy, A. (2005). *Teachers who bully students: Patterns and Policy Implications*. September 11-14, 2005. Philadelphia: Fish Institute's Persistently Safe Schools Conference. Získáno 17.1.2017 z http://www.s3az.org/updates/Summer_2012/Bullying/Teachers.pdf
- 61) Mihál, V. (2013). *Proč a jak psát kazuistiku?* *Urologie pro praxi*, 14(4), 34-36.
- 62) Miovský, P. (2009). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- 63) Morrison, A.P., Frame, L. & Larkin, W. (2003). *Relationships between trauma and psychosis: A review and integration*. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 331–353.
- 64) Morgan, C., & Fisher, H. (2006). *Environmental Factors in Schizophrenia: Childhood Trauma-A Critical Review*. *Schizophrenia Bulletin*, 33(1), 3-10. Advance Access publication on November 14, 2006.

- 65) National Health Service – NHS. (2014). *Treating Post-traumatic Stress Disorder (PTSD)*. Získáno 26. 10. 2016 z <http://www.nhs.uk/Conditions/post-traumatic-stress-disorder/Pages/treatment.aspx>
- 66) National Institute for Health and Care Excellence – NICE (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults. Treatment and management. National Clinical Guideline Number 178*. Získáno 28. 9. 2016 z <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/evidence/full-guideline-490503565>
- 67) National Institute of Mental Health NIMH. (nedat.) *Clinical Antipsychotics Trials of Intervention Effectiveness (CATIE)*. Získáno 9.11.2016 z webu NIMH https://www.nimhgenetics.org/available_data/data_biosamples/CATIE%20_highlights.pdf
- 68) Obereignerů, R., Obereignerů, K., Divéky, T. & Praško, J. (2011). *Kognitivní deficit u schizofrenie*. *Psychiatrie pro praxi*, 12(2).
- 69) Orel, M., et al. (2012). *Psychopatologie*. Praha: Grada Publishing.
- 70) Pěč, O. (2009). *Psychoterapie u psychóz*. *Psychiatrie pro praxi*, 10(2), 76-78.
- 71) Perry, B. (2003). *Effects of Traumatic Events on Children*. The Child Trauma Academy. Získáno 7. 7. 2016 z <http://www.mentalhealthconnection.org/pdfs/perry-handout-effects-of-trauma.pdf>
- 72) Petr, T. & Marková, E., et al. (2014). *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada.
- 73) Phillipová, L. & Janošová, P. (Ed.) (2009). *Šikana jako etický, psychologický a pedagogický problém*. Brno: Tribun EU.
- 74) Praško, J., Pašková, B., Soukupová, N. & Tichý, V. (2001). *Posttraumatické stresové poruchy -II. díl – léčba*. *Psychiatrie pro praxi*, 5, 206-211.
- 75) PREVNet. (2015). *Gender Differences in Bullying*. Získáno 17.2.2017 z Prevnet <http://www.prevnet.ca/research/fact-sheets/gender-differences-in-bullying>
- 76) Raboch, J. & Pavlovský, P. et al. (2008). *Klinická psychiatrie v denní praxi*. Praha: Galén.
- 77) Raboch, J. & Zvolský, P. et al., (2001). *Psychiatrie*. Praha: Galén.
- 78) Raboch, J. & Pavlovský, P. et al., (2012). *Psychiatrie*. Praha: Karolinum.
- 79) Racková, S. & Janů, L. (2007). *Proč také respondenti nechtějí antipsychotika?* *Psychiatrie pro praxi*, 4, 165-167.

- 80) Read, J., Bentall, R.P. (2012). *Negative childhood experiences and mental health: theoretical, clinical and primary prevention implications*. The British Journal of Psychiatry, 200, 89-91.
- 81) Read, J., Bentall, R.P., Fosse, R. (2009). *Time to abandon the bio-bio-bio model of psychosis: exploring the epigenetic and psychological mechanism by which adverse life events lead to psychotic symptoms*. Epidemiol Psychiatr Soc., 18, 299-310.
- 82) Read J., *Poverty, ethnicity and gender*. In: Read, J., Moshier, L., Bentall, R., (Ed). (2004). *Models of madness: psychological, social and biological approaches to schizophrenia*. London: Routledge.
- 83) Read, J., Fink, P.J., Rudegeair, T., Felitti, V., Whitfield, C.L. (2008). *Child Maltreatment and Psychosis: A Return to a Genuinely Integrated Bio-Psycho-Social Model*. Clinical Schizophrenia & related Psychoses, Oct.2008, 235-254.
- 84) Read, J., van Os, J., Morrison, A.P. & Ross, C.A. (2005). *Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications*. Acta Psychiatr Scand., 112, 330-350.
- 85) Romme, M. & Escher, S. (Ed.) (2008). Hlasy. Praha: Triton.
- 86) Saunders, B.E. & Adams, Z.W. (2014). *Epidemiology of Traumatic Experiences in Childhood*. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am., 23(2), 167–184. doi:10.1016/j.chc.2013.12.003.
- 87) Seikkula, J., Alakare, B. & Altonen, J. (2011). *The Comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care*. Psychosis, 3, 192-204.
- 88) Seikkula, J. & Arnkil, T.E. (2013). *Otevřené dialogy*. Brno: Narativ.
- 89) Schacter, D.L., Guerin, S.A. & Jacques, P.L.St. (2011). *Memory distortion: an adaptive perspective*. Trends in Cognitive Sciences, 15(10), 467-474.
- 90) Schäfer, I. & Fisher, H.L. (2011). *Childhood trauma and psychosis – what is the evidence?* Dialogues in Clinical Neuroscience, 13(3), 360-365.
- 91) Schreier, A., Wolde, D., Thomas, K., Horwood, J., Hollis, C., Gunnell, D., Lewis, G., Thompson, A., Zammit, S., Duffy, L., Salvi, G. & Harrison, G. (2009). *Prospective study of peer victimization in childhood and psychotic symptoms in a nonclinical population at age 12 years*. Arch Gen Psychiatry, 66(5), 527-36. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.23.

- 92) Shaw, J.A., Espinel, Z. & Shultz, J.M. (2007). *Children: Stress, Trauma and Disasters*. Tampa Florida: Disaster Life Support Publishing.
- 93) Slyšení hlasů. (2016). *Skupiny*. Získáno 14. 10. 2016 z <http://www.slysenihlasu.cz/skupiny/>
- 94) Slyšení hlasů. (2016). *Filozofie hnutí*. Získáno 14. 10. 2016 z <http://www.slysenihlasu.cz/filozofie-hnuti/>
- 95) Sobotková, I. (2012). *Psychologie rodiny*. Praha: Portál.
- 96) Steingard, S. (nedat.). *Antipsychotics: Short and Long-Term Effects*. (video). Získáno z webu Mad in America Continuing Education at 9.11.2016 site: <http://madinamericacontinuinged.org/courses/neuroleptic-drugs-course/>
- 97) Strand, V.C., Sarmiento, T.L. & Pasquale, L.E. (2005). *Assessment and screening tools for trauma in children and adolescents: a review*. *Trauma Violence Abuse*, 6(1), 55-78.
- 98) Suliman, S., Mkabile, S.G., Fincham, D.S., Ahmed, R., Stein, D.J. & Seedat, S. (2009). *Cumulative effect of multiple trauma on symptoms of posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression in adolescents*. *Compr Psychiatry*, 50(2), 121-7. doi: 10.1016/j.comppsy.2008.06.006
- 99) Susser, E.S. & Shang, P. Lin. (1992). *Schizophrenia After Prenatal Exposure to the Dutch Hunger Winter of 1944-1945*. *Arch Gen Psychiatry*, 49(12), 983-988.
- 100) Swartz, M.S., et al. (2008). *What CATIE found: Results From the Schizophrenia Trial*. *Psychiatric Services*, 59(5), 501-506.
- 101) Šedřová, K. & Švaříček, R. (2013). *Jak psát kvalitativně orientované výzkumné studie. Kvalita v kvalitativním výzkumu*. *Pedagogická orientace*, 23(4), 478-510.
- 102) Tandon, R., Gaebel, W., M. Barch, D., Bustillo, J., Gur, R.E., Heckers, S., Malaspina, D., Owen, M.J. Schultz, S., Tsuang, M., Van Os, J. & Carpenter, W. (2013). *Definition and description of schizophrenia in the DSM-5*. *Schizophrenia Research*. Article in press. Získáno 13. 11. 2016 z , <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2013.05.028>
- 103) Tarrier, N. *Rodinné interakce a psychóza*. In Romme, M., Escher, S. (2008). *Hlasy*. Praha: Triton.
- 104) Tarrier, N., Lewis, S., Haddock, G., Bentall, R., Drake, R., Kinderman, P., Kingdon, D., Siddle, R., Everitt, J., Leadley, K., Benn, A., Grazebrook, K.,

- Haley, C., Akhtar, S., Davies, L., Palmer, S. & Dunn, G. (2004) *Cognitive-behavioural therapy in first-episode and early schizophrenia*. The British Journal of Psychiatry, 184(3), 231-239; DOI: 10.1192/bjp.184.3.231.
- 105) Tóthová, J. (2011). *Úvod do transgenerační psychologie rodiny*. Praha: Portál.
- 106) Uhrová, T. (2013). *Psychiatrické vyšetření*. In Raboch, J & Pavlovský, P., et al., (2012). *Psychiatrie*. Praha: Karolinum.
- 107) Van der Hart, O. *Disociativní porucha*. In Romme, M., Escher, S. (2008). Hlasy. Praha: Triton.
- 108) Van den Berg, D.P.G., de Bont, P.A.J.M., v.d. Vleugel, B.M., de Roos, C., de Jongh, A., van Minnen, A. & van der Gaal, M. (2016). *Trauma-Focused Treatment in PTSD Patients With Psychosis: Symptom Exacerbation, Adverse Events, and Revictimization*. Schizophr Bull, 42(3), 693-702. doi: 10.1093/schbul/sbv172
- 109) Varese, F., Barkus, E. & Bentall, R.P. (2012). *Dissociation mediates the relationship between childhood trauma and hallucination-proneness*. Psychological Medicine, 2012(42), 1025–1036.
- 110) Varese, F., Smeets, f. & Drukker, M., et al. (2012). *Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies*. Schizophr Bull, 38(4), 661-71.
- 111) Vévodová, Š., Ivanová, K., et al. (2015). *Základy metodologie výzkumu pro nelékařské profese*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- 112) Veřejný ochránce práv. (2008). Zpráva z návštěv psychiatrických léčeben, září 2008. Získáno 17.1.2017 z Ochránce http://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/2008/SZ_psychiatricke_lecebny_08.pdf
- 113) Visser, M. (2003). *Gregory Bateson on Deutero-learning and double bind: A brief conceptual history*. Journal of History of the Behavioral Sciences, 39(3), 269–278.
- 114) Weis, R. (2013). *Introduction to Abnormal Child and Adolescent Psychology*. London: Sage Publications.
- 115) Weiss, P., Zvěřina, J. (2009). *Sexuální chování české populace*. Urologie pro praxi, 10(3), 160–163.

- 116) Wolfe, D.A., Jaffe, P.G., Jetté, J.L. & Poisson, S.E. (2003). *The Impact of Child Abuse in Community Institutions and Organizations: Advancing Professional and Scientific Understanding*. American Psychological Association, 10(N2), 179-191.
- 117) Wolynn, M. (2017). *Trauma – nechtěné dědictví*. Praha: Triton.
- 118) Yehuda, R., et al. (2016). *Holocaust Exposure Induced Intergenerational Effects on FKBP5 Methylation*. *Biological Psychiatry*, 80(5), 372-380.
- 119) Zháněl, J., Hellebrandt, V. & Sebera, M. (2014). *Metodologie výzkumné práce*. Brno: Tribun EU.
- 120) Zimmering, R. & Gulliver, S.B. (April 01, 2003). Secondary Traumatization in Mental Health Care Providers. Získáno 17.1.2017 z Psychiatric Times <http://www.psychiatrictimes.com/ptsd/secondary-traumatization-mental-health-care-providers>

Přílohy diplomové práce

Příloha č. 1: Formulář zadání bakalářské diplomové práce

Příloha č. 2: Formulář informovaného souhlas s účastí na výzkumu

Příloha č. 3: Prezentace výzkumu respondentům v rámci náboru

Příloha č. 4: Český a cizojazyčný abstrakt bakalářské práce

Příloha č. 5: Ochrana informací – autorský zákon

Příloha č. 6: Záznam rozhovorů

Příloha č. 1: Formulář zadání diplomové práce

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

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

Podklad pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
ILLE Jan	U Leskavy 730/32, Brno - Starý Liskovec	F130767

TÉMA ČESKY:

Vliv traumatu na vznik schizofrenie

TÉMA ANGLICKY:

The Contribution of Trauma to Schizophrenia

VEDOUcí PRÁCE:

MUDr. PhDr. Miroslav Orel, PhD. - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

Cílem práce bude popsat vliv traumatu na rozvoj schizofrenie a identifikovat potenciál pro případnou léčbu. K popisu teoretického ukotvení problematiky bude použita aktuální odborná literatura. Výzkumná část práce bude mít kvalitativní charakter. Metodou pro sběr dat bude rozhovor s lidmi s diagnostikovanou schizofrenií, zaměřený na jejich zkušenost s traumatem. Student bude svůj postup pravidelně konzultovat s vedoucím práce a vypracuje bakalářskou práci na zadané téma dle normy katedry. Student ve své práci popíše výzkumný problém, cíle a metody sběru dat. Následně provede analýzu a interpretaci výsledků, včetně diskuze a závěru.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

Cooke, A. (2014). Understanding Psychosis and Schizophrenia. Leicester: The British Psychological Society.

Corstens, D., Escher, S., & Romme, M. (2008). Accepting and working with voices: The Maastricht approach. In A. Moskowitz, I. Schäfer, M. J. Dorahy (Eds.), *Psychosis, trauma and dissociation: Emerging perspectives on severe psychopathology* (pp. 319-332). Wiley-Blackwell.

Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, Keefe RS, Davis SM, Davis CE, Lebowitz BD, Severe J, Hsiao JK; Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Investigators. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med*. 2005 Sep 22;353(12):1209-23. Epub 2005 Sep 19. Erratum in: *N Engl J Med*. 2010 Sep 9;363(11):1092-3.

Longden, E., Corstens, D., Escher, S., & Romme, M. (2012). Voice hearing in a biographical context: A model for formulating the relationship between voices and life history. *Psychosis*, 4(3), 224-234.

Kučerová, H. (2010). Schizofrenie v kazuistikách. Praha: Grada.

Motlová, L. Koukolík, F. (2005). Schizofrenie. Neurobiologie, klinický obraz, terapie. Praha: Galén.

Sapey, B., Bullimore, P. (2013). Listening to voice hearers. *Journal of Social Work*, 13(6), 616-632

Příloha č. 2: Formulář informovaného souhlas s účastí na výzkumu

Název práce: Význam traumatu při vzniku schizofrenie

Autor práce: Jan Ille

Vedoucí práce: MUDr. PhDr. Miroslav Orel

Termín realizace:

Místo realizace:

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s podmínkami výzkumu vlivu životních událostí na vznik schizofrenie a že se jej chci **dobrovolně** zúčastnit a byly mi zodpovězeny případné dotazy.

Beru na vědomí, že údaje poskytnuté pro účely tohoto výzkumu jsou **anonymní** a nebudou použity jinak, než k interpretaci výsledku v rámci diplomové práce a k odborným sdělením.

Rovněž беру на ве́домі́, že mohu z výzkumu kdykoliv, podle svého uvážení, vystoupit.

Za Univerzitu Palackého:

Účastník výzkumu:

Dne:

.....

Jméno: Jan Ille

.....

jan.ille@centrum.cz

Podpis:

.....

Příloha č. 3: Prezentace výzkumu respondentům v rámci náboru

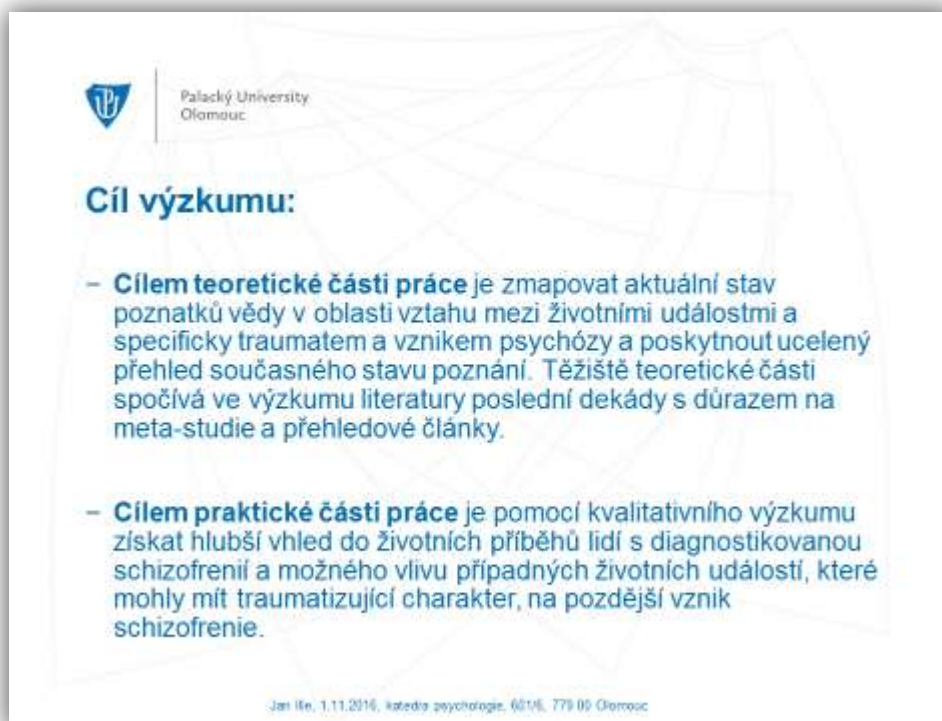


Palacký University
Olomouc

„Vliv životních událostí na vznik schizofrenie“

Výzkum realizovaný v rámci bakalářské práce
listopad 2016

Jan Ilie, 1.11.2016, katedra psychologie, 601/6, 779 00 Olomouc



Palacký University
Olomouc

Cíl výzkumu:

- **Cílem teoretické části práce** je zmapovat aktuální stav poznatků vědy v oblasti vztahu mezi životními událostmi a specificky traumatem a vznikem psychózy a poskytnout ucelený přehled současného stavu poznání. Těžiště teoretické části spočívá ve výzkumu literatury poslední dekády s důrazem na meta-studie a přehledové články.
- **Cílem praktické části práce** je pomocí kvalitativního výzkumu získat hlubší vhled do životních příběhů lidí s diagnostikovanou schizofrenií a možného vlivu případných životních událostí, které mohly mít traumatizující charakter, na pozdější vznik schizofrenie.

Jan Ilie, 1.11.2016, katedra psychologie, 601/6, 779 00 Olomouc



Podmínky pro účast ve výzkumu

Výzkumu se může účastnit minimálně 5, optimálně 10 účastníků dospělého věku.

Podmínkou je:

1. Dobrovolná účast
2. Stabilizovaný stav
3. V minulosti, či v současnosti byla lékařem přidělena diagnóza z okruhu schizofrenie (kódy F20 – F29)

autor prezentace, datum prezentace, univerzitní oddělení, fakulta, adresa



Zajištění anonymity a bezpečnosti

- Výzkum se řídí etickým kodexem Univerzity Palackého
- V rámci výzkumu je zajištěna anonymita (zaznamenává se věk a pohlaví účastníka, další osobní údaje se nezpracovávají)
- Podmínky účasti jsou zajištěny informovaným souhlasem

autor prezentace, datum prezentace, univerzitní oddělení, fakulta, adresa



Informovaný souhlas

- Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s podmínkami na výzkumu „Vliv životních událostí na vznik schizofrenie“, byly mi zodpovězeny případné dotazy, a že se jej chci **dobrovolně** zúčastnit.
- Beru na vědomí, že údaje poskytnuté pro účely tohoto výzkumu jsou **anonymní** a nebudou použity jinak, než k interpretaci výsledku v rámci diplomové práce a k odborným sdělením.
- Rovněž beru na vědomí, že mohu z výzkumu kdykoliv, podle svého uvážení, vystoupit.

autor prezentace, datum prezentace, univerzitní oddělení, fakulta, adresa



Realizace

Jan Ille (autor bakalářské práce)

Student 3. ročníku psychologie Univerzity Palackého v Olomouci, člen Asociace poradců pro pozůstalé. Absolvoval psychoterapeutický výcvik v postmoderních přístupech, systemický výcvik krizové intervence a kurz poradenství pro pozůstalé.

MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D. (vedoucí bakalářské práce)

Pracoval jako lékař a VŠ pedagog v rámci LF UP Olomouc (ústav lékařské fyziologie) a FN Olomouc (klinika neurologie a psychiatrie). V rámci UP působí nyní na katedře psychologie a vyučuje dále studenty Univerzity třetího věku. Věnuje se rovněž poradenské psychologii a psychoterapii. Profesně se mimo jiné zajímá o komplexní (psychosomatický) přístup.

autor prezentace, datum prezentace, univerzitní oddělení, fakulta, adresa

Příloha č. 4: Český a cizojazyčný abstrakt bakalářské práce

Název práce: Vliv traumatu na vznik schizofrenie

Autor práce: Jan Ille

Vedoucí práce: MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.

Počet stran a znaků: 101; 205 033

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 116

Abstrakt: V uplynulých dvou dekádách přibýly zásadní důkazy o roli traumatu při vzniku schizofrenie. V této práci byl zkoumán výzkumný problém, zda trauma opravdu vede ke vzniku schizofrenie. Na základě podrobné rešerše aktuální literatury byl sestaven design kvalitativního výzkumu formou polostrukturovaného rozhovoru, který zkoumal výskyt traumatu a rizikových faktorů v historii sedmi pacientů s diagnózou schizofrenie. Výsledkem šetření byly anamnestické údaje, záznam pozorování a záznam přítomného stavu psychického, které byly použity k tvorbě jádrových tvrzení, interpretaci v rámci klinické kazuistiky a komparaci v rámci výzkumného vzorku. U pěti ze 7 respondentů bylo v anamnéze identifikováno nejméně jedno typické trauma (sexuální, fyzické, domácí, komunitní násilí, nebo zdravotnické trauma). U všech pěti respondentů byl identifikován nejméně jeden rizikový faktor, který riziko vzniku psychózy vlivem traumatu zvyšuje. Výzkumná zjištění korespondují s aktuálními výzkumy. Specifická zjištění vedla k vytvoření hypotéz o roli retraumatizace a ambiciózní, punitivní výchovy coby dalších rizikových faktorů.

Klíčová slova: trauma, psychóza, schizofrenie, posttraumatická stresová porucha.

Title: The Contribution of Trauma to Schizophrenia

Author: Jan Ille

Supervisor: MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.

Number of pages and characters: 101; 205 033

Number of appendices: 5

Number of references: 116

Abstract: In past two decades new evidence for contribution of trauma to schizophrenia emerged. In this thesis we were looking for the answer, whether trauma really can be caused by schizophrenia. Detailed overview of current research provided solid base for qualitative research based on semi structured interview exploring incidence of trauma and risk factors for psychosis in life history of seven patients diagnosed with schizophrenia. Collection of life history, observations and client's current psychological state were used for analysis, statements and explanation for each clinical case and comparison within the sample. At least one typical trauma (sexual, community or domestic violence, intentional harm, or medical trauma) was identified in life history of 5 participants. The same 5 participants had also at least one risk factor contributing to psychosis after trauma exposure. These results comply with current research. There were also atypical finding leading to hypothesis, that retraumatisation and ambitious punitive upbringing may be another contributors to psychosis after trauma exposure.

Key words: Trauma, psychosis, schizophrenia, Post-traumatic stress disorder.

Příloha č. 5: Ochrana informací – autorský zákon

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

Příloha č. 6: Záznam rozhovorů

Respondent Lenka

Informovaný souhlas: Požaduje začernit jména lékařů a pracovní zařazení rodinných příslušníků. S uvedením křestního jména souhlasí. S nahráváním rozhovoru souhlasí.

Přepis audiozáznamu (115 min.):

VÝZKUMNÍK: Já jsem se na dnešní setkání těšil, protože už se známe nějakou dobu a vím, že ty jsi člověk, který se snaží nějakým způsobem rozvíjet, pracuje na sobě, dělá něco pro ostatní, investuješ spoustu času a energie do vzdělávání, absolvovala jsi kurzy, získala jsi diplomy. Pracuješ na sobě, abys do budoucna třeba pracovala jako peer a zhodnotila to nějak pro ostatní, což už do určité míry děláš teď, nezávisle na tom, jestli si to ti lidé uvědomují, nebo neuvědomují. Takže z toho důvodu jsem se těšil. Mě by zajímalo – cestou sem, jak jsi sem šla, co se Ti honilo hlavou, co tě napadlo, nějaké nápady, souvislosti?

RESPONDENT: Tak já jsem jela šestkou a docela jsem se snažila o tom přemýšlet, ale pak jsem si řekla, že nebudu o tom přemýšlet, protože někdy je lepší, když člověk mluví tak nějak spatra. Fakt je, že o čem už jsme se taky bavili, mám trošku problémy s tou panickou poruchou, což je pro mě ještě takový přídavek, abych toho neměla málo, takže mám jakousi formu panické poruchy. No ale o tom třeba teďka nemusíme mluvit. Jako já jsem se těšila, protože já ráda učím. Můj dědeček i taťka byli v určité době učitele, dědeček byl profesor, takže já ráda lidem něco vysvětluju. Ale všichni lidé takové nejsou, že by je to zajímalo. Ale jsou lidi, se kterými se opravdu dá výborně povídat a předat si různé informace a tak. Takže i když jsem třeba v nemocnici, tak... tak trochu těm lidem dávám nějaký zkušenosti, který mám. I když to někdo nechce, tak samozřejmě vůbec, ale jsou lidi, který to zajímá, a kterým pomůže už jenom to, že já mám podobnou zkušenost, abych řekla, tu nemoc, ke které jsem nějak dospěla, mám schizofrenii a opravdu jsem se setkala s tím, že jsem šla za kamarádkou do nemocnice a povídaly jsme si na kuřárně a byla tam nějaká jiná slečna a začaly jsme si povídat a byla hrozně ráda, protože měla podobný zážitky jako já a hrozně ji to uklidnilo. To bylo fajn.

VÝZKUMNÍK: A čím to je, že se ráda děláš s ostatními o zkušenosti, čím to je?

RESPONDENT: Já si myslím, že to je tím, že mám prostě takovou povahu. Jako že potkala jsem i lidi, kteří zase učili mě, jako že lidi starší a zajímavý je, že mám třeba kamarádky, který byly třeba jednou nebo dvakrát v [REDACTED] (léčebně) ještě v době, kdy tady vládl totalismus tvrdej a prostě... zase ony mi předaly zkušenosti z té doby, protože to si už dneska nikdo neumí představit.

VÝZKUMNÍK: Takže to pro tebe bylo užitečný?

RESPONDENT: No bylo to pro mě užitečný se setkat s lidma, kteří jsou starší a mají zkušenost. Jak říkám, to si už dneska nikdo neumí představit, co tenkrát bylo, jo... v psychiatrických léčebnách, nebo nemocnicích, nebo jak se to nazývá. Opravdu – to nebyla žádná sranda. Ale já nechci zbytečně být kritická, já spíš chci, že bysme nějak jako... na tu otázku.

VÝZKUMNÍK: Takže je to ten užitek, že se s ostatníma podělíš o tu zkušenost?

RESPONDENT: Můžu. Můžu, mám jednak k tomu dispozice, že umím mluvit, ale jak říkám, mám teď trošku problémy s tou panickou poruchou a hrozně mě to mrzí, protože mi to trochu brání tady v tom předávání zkušeností. Je to takhle dobrý, když se sejdeme s kamarádkou, kterou znám, sejdeme se na kafe, předáme si zkušenosti nějaký, občas mi i lidi volají, nebo je zajímavá, nebo si chtějí jen popovídat, chtějí názor na nějaký lék, a tak. Což mně to samozřejmě lichoť, ale zase si nějak nemyslím o sobě, povykládáme si prostě a hodně si povídáme na Facebooku s lidma o schizofrenii.

VÝZKUMNÍK: Tak ale asi si tě nějakým způsobem váží, nebo tě berou jako člověka, na kterého se s důvěrou můžou obrátit, protože kdyby o tobě měli představu, že jsi nějaká... já řeknu fúrie, tak asi by se na tebe neobraceli. Takže asi tě mají za nějakýho člověka, který je chápavej, udělá si čas a asi tam je i velká důvěra.

RESPONDENT: Určitě. Myslím si, že jo. Já jim hrozně fandím, protože opravdu lidi si můžou hodně pomoci vzájemně. Protože v nemocnicích, psychiatrických a tak, tam většinou s těma lidma, respondentama nemluví, ti doktoři, nebo psychologové. Sem tam je na to čas. Hrozně se mi líbí, jak teď je ten projekt Spolu, to je výborný, to se mi hrozně líbí. Zrovna dneska mi od nich došla esemeska, pozvánka na nějakou akci, tak jsem byla hrozně ráda, že si na mě

vzpomněli. No, ale abychom se vrátili – já vždycky když mluvím, tak mi utíkají myšlenky, snažím se vracet. Takže to jsme se bavili...

VÝZKUMNÍK: O tom, že se na tebe lidi obracejí.

RESPONDENT: Jo, určitě. Určitě jo, ale já se pohybuju i mezi lidma, kteří se zabývají takovými tématy jako Will Hall, nebo Hearing voices, a tak. Tam je to zase trochu jiný a já tam zase některý znalosti nepropaguju, nebo nevnucuju těm lidem názory třeba na léky, nebo tak, protože to je trošičku jiná instituce než medicína západní, ten Hearing voices, ale taky mi to pomáhá. Mně teda osobně, bych řekla. Ale určitě, abychom se vrátili, to je takovej dobrej začátek, to se mně lidi ptají většinou až na konci, jestli můžu pomoct lidem, kteří mají stejnou zkušenost. Já si myslím, že můžu. Akorát bohužel nevím proč, ale tak před jako rokem asi jsem začala mít hodně úzkosti a začala jsem mít problémy, nazvala jsem to teda tou panickou poruchou a já se tím dost trápím, protože bych chtěla pracovat, s lidma, chtěla bych dělat s lidma a bohužel mi to teďka nejde, jako za peníze, teď myslím. Protože když je to za peníze, já si řeknu: To je nějaký vážnější, prostě to musím být dobrá a už je to v háji. Ale fakt to je jenom taková dle blnost. Protože když to dělám jako dobrovolník, nebo když si jenom povídám, nebo jdu do kavárny s kámoškou, tak jsu v pohodě. Ale prostě jak je něco zodpovědnost nějaká tam, tak s tím bohužel mám problém.

VÝZKUMNÍK: Čím je to, že... jaký je rozdíl v tom, když sedíš v té kavárně a jseš s kámoškou ab byla bys jinde, bylo to v práci. V čem je ten rozdíl?

RESPONDENT: Právě že já nevím, já to taky nechápu.

VÝZKUMNÍK: Protože určitě kamarádce... já to tak vnímám... tím, že se na tebe lidi obrací, oni v tebe taky mají důvěru, ta míra odpovědnosti je asi stejná. Že neřekneš: No tak kamarádce poradím nějakou blbost, protože je to zadarmo,

RESPONDENT: Ne e

VÝZKUMNÍK: Ta se mě ptá, to je neplacená odpověď, tak to odfláknou...

RESPONDENT: Ne právě, že vůbec. Já jsu zodpovědná právě i když to je kamarádka. Ale já si vzpomínám, abychom se vrátili k tomu dětství, já už jako malá jsem byla hodně zodpovědná jako. A prostě už tenkrát ve škole jsem to brala hrozně vážně všechno. Ty známky, a tak, abych měla ty jedničky pořad.

VÝZKUMNÍK: Chtělaš být jedničkářka

RESPONDENT: Nechtěla, ale oni mě tlačili, chtěli, abych měla pořád samý jedničky.

VÝZKUMNÍK: Ti všichni jsou kdo?

RESPONDENT: No rodiče, a tak. Já jsem měla od první do osmé samý jedničky.

VÝZKUMNÍK: Do osmé samé jedničky?

RESPONDENT: Jo. Já jsem byla... to je přesně ten typickej šprt, kterej pak má tu schizofrenii. Takže já pak říkám...

VÝZKUMNÍK: To si musím poznačit, jedničkářka...

RESPONDENT: Když mluvím o tom s někým, jestli je dobrý mít samý jedničky, tak říkám: Ne, není to dobrý. Je dobrý být v pohodě, mít známky dvojky, i trojku sem tam, jedničku, a vybrat si, co tě baví, kterej obor tě baví, čemu se chceš v životě věnovat. Dneska si už děcka vybírají obor poměrně brzo, si myslím. Je to ten kapitalismus, musí si lidi vybrat práci a pracovat, jinak budou na ulici. Nebo je teda dobrý mít schizofrenii, a to potom ten invalidní důchod a tak, ale to je blbej vtip, no. Ale chtěla jsem tady Honzu pobavit a vás, takže tak, no. A ještě k tomu dětství, já jsem mívala... kromě toho, že jsem byla hodně, hodně citlivá, tak jsem bohužel měla hodně, hodně přísnýho tatínka. Takže já jsem měla tatínka a já to teďka řeknu, protože já o něm nikdy nemluví, když jsou nějaký natáčení a tak, ale teďka to řeknu. Taťka, on byl opravdu hrozně přísněj a my jsme dostávali s bráchou pár facek a jednou jsem dostala pár facek a normálně jsem se složila, prostě. A tohle by tatínci podle mě neměli dělat dětem. On sice už, jak vyrostl, stal se z něho dědeček, má vnoučata, chová se parádně, dobře s něma vychází, má je rád, ale na nás byl s bráchou ale hrozně přísněj. Ale brácha neonemocněl, protože to je ta genetika, protože u nás jaksi když vezmu jen tu genetiku, tak u nás je to z mamčiny strany. Protože brácha je po mamce a já jsem po taťkovi. Takže by se to dalo ještě různě takhle rozebrat a tak. Jako kdo má k čemu předpoklady a tak. A taťka... a zajímavý bylo, že když jsem onemocněla, a já se k tomu ještě pak vrátím, tak on když byl za mnou jednou na návštěvě na klinice, seděli jsme na lavce a on začal plakat. Já jsem ho nikdy neviděla brečet. To byla tak strašně... jako by si říkal: Ale já jí nemůžu pomoci, a to už bude na celý život, nebo

nebude? A o ni o tom tenkrát nic nevěděli, v devadesátých letech o schizofrenii nic nepsali, žádný letáky a tak, jo. Takže jako...

VÝZKUMNÍK: A komentoval to nějak, jako že se rozplakal, bavili jste se o tom?

RESPONDENT: Ne, ne. Jen jsem ho viděla. A prostě seděli jsme na lavce a on brečel. Jako že on je chlap, ale prostě... Já jsem mu říkal Výzkumník: Tati, to bude dobrý, nějak to zvládnem. A to jsme ještě Arona neměli (pes). Ale byl hodně přísněj. Můj tatka je hodně přísněj člověk. No a mamka... ta byla zase hrozně hodná a bylo to takový zajímavý, protože.. myslím si zase, že mamka si s náma užila hrozně. Že jsme ji zlobili, trápili, prostě...

VÝZKUMNÍK: To děti obvykle dělají.

RESPONDENT: No dělají, no. A my jsme byli hrozní, s bráchou jsme se furt prali, mlátili jsme se polštářema, a tak. Ale prostě ona mamka umřela před čtyřma rukama a ona mi strašně chybí. A asi abych řekla ještě k té nemoci, tak ona za mnou každě den, nebo ob dva dny, když jsem byla v nemocnici, chodila na návštěvu. Ale myslím to úplně vážně. Tam byli děcka, a rodiče za něma chodili jednou za čtrnáct dní a za mnou mamka chodila ob dva dny, vždyť to je taky úžasný. A já jsem jí hodně ubližovala. Mě by zajímalo, jestli tě zajímá něco o té nemoci. Nebo co tě zajímá.

VÝZKUMNÍK: Když se podíváme... kdy se to nějak projevilo, nebo kdy začalo být něco jinak. Protože z toho, jak jsi mluvila, když tak mě oprav, jsi vyrůstala v rodině, kde je bratr, klasické nějaké šťouchání a podobně, byla jsi jedničkářka, až do osmé třídy, zodpovědná, citlivá holka, která má hodně hodnou maminku, ale o to přísnějšího otce, kdy to začalo být jinak? Protože je t teda můj pocit, když tak mě oprav, že rodiče měli asi nějakou představu o tom, jak bude tvůj život vypadat, a proto chtěli ty jedničky.

RESPONDENT: To určitě měli, nevím, co si představovali teda. No já to mám takový dost typický. Já bych řekla i, že mám takovou typickou tu posttraumatickou schizofrenní poruchu, protože já jsem měla úplně typickej spouštěč. Protože normálně, říká se, schizofrenie začíná tak zpozdolna. A to já jsem tak právě neměla. Já už jsem to říkala několikrát, ten spouštěč u mě bylo to, že já jsem jela

na ten tábor, jela jsem do skautu. A ve skautu je to dost drsný, to není žádná sranda. A já jsem jednou plnila nějaký bobříky, tam je bobřík mlčení.

VÝZKUMNÍK: A kdy to bylo? To bylo na základní škole?

RESPONDENT: Ne. To bylo v roce myslím devadesát, to jsem byla v prváku na gymnáziu. A byla jsem prostě na táboře, já to zkrátím. Já jsem tam vedla družinu, byla jsem rádce (tomu se říká rádce) a já jsem předtím, asi dva roky předtím plnila Bobříka mlčení a prostě jsem promluvila a nechala jsem si to dát. Prostě jsem zalhala. Taková směšná, pitomá banalita. Potom, jak jsem na tom táboře vedla ty děvčata, tak mi ten můj mozek začal vysílat takový jako výčitky: A tys byla na tom táboře, a tys dělala ty orlí pera (tomu se říká orlí pera, té zkoušce u skautu) a ty jsi podvedla a teď jsi dostala ten odznak, a to je hrozná ostuda a teď máš na starosti ty děvčata... A na skautském táboře musíš všechno dělat – vaříš si sám, nebo družina vaří, prostě všechno. Dřevo se řeže, holky – to je jedno, že jsou to holky. Tam se prostě maká. Takže jako já jsem tam tak trochu zkolabovala. To ale podle mě s žádnou schizofrenií nesouviselo... Prostě jsem tam zkolabovala...

VÝZKUMNÍK: Co to znamená „zkolabovala“? Jak se to projevilo?

RESPONDENT: Začalo mi strašně mlátit srdce, strašně jsem se bála, měla jsem hroznou úzkost, bála jsem se, že se mi něco stane, jako že mě někdo odsoudí... Prostě jsem tam zkolabovala.

VÝZKUMNÍK: Až tak? „Odsoudí“?

RESPONDENT: No jako jo, já jsem byla úplně... úplně mimo. A oni místo aby mě poslali domů, tak mě tam prostě nechali. Místo aby zavolali našim (mně bylo šestnáct), místo aby zavolali našim, tak mě tam nechali a já jsem tam byla úplně mimo. Hrozný, prostě hrozný. A vod té doby (to byl ten spouštěč právě), pak to bylo docela dobrý. Já jsem to rozchodila, takže ten gymnáziu jsem tak nějak jako dodělala.

VÝZKUMNÍK: A co Ti pomohlo „to rozchodit“?

RESPONDENT: Maminka.

VÝZKUMNÍK: Maminka. Takže vy ste si o tom jakoby...

RESPONDENT: Povídaly jsme si, já jsem jí to řekla, co se stalo, ona nechápala jako. Ona byla taková nedůvěřivá, říkala „A prosím tě, jak ti mohli nějaký Bobříci prosím tě mohli tak tohle“.. Jako že mi to nevěřila. Což je bohužel taky problém některých maminek, že nevěříjou lidem a proto já se snažím lidem věřit, když mi něco povídají. Takže pak jako, já bych to tipla, začalo něco (to bylo v roce 93), začala jsem být najednou divná, taková pomalá, chodila jsem po městě, kolem školy, nechtělo se mi prostě vůbec nic dělat, byla jsem furt zalezlá v posteli, a to už naši viděli, že něco se děje, ale nevěděli vůbec co. Ale protože máme v rodině babičku a ona taky měla nějaký problémy...

VÝZKUMNÍK: A to ti bylo 21 tady v té době??

RESPONDENT: To mi bylo tak 17. Ty čísla si tam musíš nějak upravit, no. V devadesátém třetím mi bylo myslím sedmnáct. Já jsem 75. (ročník).

VÝZKUMNÍK: Říkala jsi, že v tom v tom skautě jsi byla v prváku na gymplu.

RESPONDENT: Hm, byla. A to mi bylo vlastně šestnáct, že? Si to nějak spočítej.

VÝZKUMNÍK: To znamená, že tady, jak se něco začalo dít, bylo taky ještě na gymplu?

RESPONDENT: To bylo na gymplu. To jsem byla ve třetáku na gymplu. No a já jsem vlastně na tom gymplu, kdy jsem se začla chovat mírně divně, jsem.. jak to mám říct. Ale neměla jsem žádný vidiny, ani hlasy, nic. Já jsem se jenom chovala tak jaksi neurčitě a divně. No a naši, jim se to prostě nelíbilo, tak mě mamka vzala do Bílýho domu, jak je poliklinika, mě tam vzala za jednu psychiatrickou a ona mi dělala ty různé testy, ty rozpitý zvířátka, a draky, freudovský nesmysly a tak, a já jsem strašně se z toho, Já jsem si říkala „No to už jsem na tom fakt špatně, když mi ukazují takovýhle zvířátka“ a začala jsem z ničeho nic brečet. Jenže jak jsem začla brečet, tak paní doktorka, u které jsme byli, říkala „No to není dobrý, půjdete do nemocnice.“ A bez toho, aniž by cokoliv se mnou probrali, nebo jsme si pohovořili o minulosti, o přítomnosti, o budoucnosti, nic. Já jsem valila za dva dny na uzavřený do [REDACTED]. Že to bylo taky hrozný. Vyhovuje Ti to takhle, jak to říkám?

VÝZKUMNÍK: Ano. To znamená vlastně, že ses ve třetáku na gymplu dostala na uzavřené oddělení v [REDACTED].

RESPONDENT: Ano. Jenže bohužel.. jak já vždycky říkám, že už jsem to zapoměla a že jsem jim odpustila.. Takže jedná se o to, že tenkrát tam byl ještě tvrdej komunismus a bohužel já jsem.. mě tam prostě přivedli, neřekli mi kde su, proč tam su, jaký budu brát léky, jaký budu brát kapačky a nic. Prostě mi nic neřekli, tak jsem je začala nenávidět všechny a pak jsem se jich začla bát. Což byl úplnej jako.. Když řekneš, že se bojíš, tak to má několik stupňů, takovej strach. A když se něčeho bojíš tak moc, já si myslím, že ty moje panický poruchy, co mám teď, souvisí právě i s těma strachama, co jsem měla, když jsem tenkrát byla na tom gymplu. Ale jak říkám, já už jsem jim odpustila. Já jsem si to zpracovala, já mám dobrýho psychologa..

VÝZKUMNÍK: Co ti pomohlo jim odpustit, co ti pomohlo to zpracovat?

RESPONDENT: Bude to znít komicky, já teda se sice považuju za ateistu, ale hodně mi pomohl Bůh. Já jsem šla třeba do kostela a tam jsem půl hodiny bulela. A mně ti pak bylo tak dobře.. protože já jsem neměla žádný kamarády v té době moc, to bylo takový těžký období. Dneska teda v Boha moc nevěřím, ale jako tenkrát mi ten bůh teda fakt pomoh. Takže když si někdy říkám, že nevěřím v Boha, nebudu se k tomu vracet, tak si na něho občas vzpomenu. Že on tenkrát mi pomohl. A nejen Bůh, samozřejmě. I rodiče.

VÝZKUMNÍK: Mně přijde, že v té situaci, kdy jsi měla pocit, že nemáš se na někoho obrátit, že jsi našla na koho se obrátit, že umíš hledat řešení, že jsi šla do toho kostela.

RESPONDENT: Jo. To byla taková náhoda zvláštní. Trvalo to dost dlouho, takový to nihilistický období. Protože já jsem dodělala ještě školu, maturitu a asi od toho roku 2000 do roku..

VÝZKUMNÍK: To znamená po tom gymplu někdy?

RESPONDENT: Jo, já jsem maturovala v 96. Jsem totiž opakovala nějaký ročník, proto to tak nevychází. Ty lidi.. potkala jsem lidi, který mi uvěřili a stali se z nich moji kamarádi. Protože moji rodiče mi to nevěřili.

VÝZKUMNÍK: Co ti nevěřili?

RESPONDENT: Nevěřili mi, že na té hospitalizaci první, že to nebylo úplně v pořádku, že všichni doktoři jsou hodní, je to nemocnice, ještě v [REDACTED], tam

na tebe budou hodní.. No jako prd jako. Ale já ještě pořád su zahořklá. Mně říká jeden kamarád, že pořád su zahořklá tím. Ale já se snažím.. Třeba když jsme šli tady s tím kafem, tak jsem si vůbec nepřipadala zahořklá. Já myslím, že už jsem se z toho trochu dostala.

VÝZKUMNÍK: Tak určitě jsi udělala kus práce.

RESPONDENT: No a to je právě to, že to je kus práce, který ostatní nevidí. A třeba ty seš jeden z mála lidí, kteří to vidí. Já neznám nikoho, koho (z rodinu, třeba bráchu, nebo; já mám dva bráchy ještě), že by mi řekli jako „Jo, my to vidíme“. Je to práce na sobě, která není vidět. Je vidět třeba ten výsledek, ale není vidět, co tomu předchází. A to je to, co bolí.

VÝZKUMNÍK: Já si myslím, že ono to tak v životě je. Že to není o tom, že by to nebylo vidět, ale spíš je to o tom, že taková ta poctivá práce, dlouhodobá, je o tom, že to člověk posune kousíček, kousíček, pak se mu to třeba zase nepovede a kousek se vrátí zpátky a pak jde zase dopředu, takové malé krůčky dopředu, a to není vidět. Kdyby se to stalo naráz, jako že.. kdybys jela autem a obrátila ho do příkopy, to si všimne každéj. Ale když denně jezdíš a zlepšuješ se, teď už líp vybíráš zatáčky a pamatuješ si už tuhle značku, kterou sis ještě minulý týden nepamatovala, tím, že to člověk posunuje kousek po kousku, tak to těm lidem v tom setkávání, které je často rychlé, uniknou ty drobné krůčky.

RESPONDENT: Oni jako nevidí, že já jsem udělala obrovské kus práce a oni to nevidí. Jako nevím kdo „oni“, ale nevidí a mě to mrzí a jsem ráda, když mi řekneš, že jako jo, že si toho vážíš. Protože pro mě to hrozně moc znamená.

VÝZKUMNÍK: Já to říkám, protože to tak vidím, že to tak je.

RESPONDENT: Ale ono fakt jako.. já ti to řeknu tak. Jako že rozdíl mezi mnou a holkou, která onemocněla, je ten, že ona onemocněla a hned se začla léčit. Jenže já jsem.. něco se mi dělo, šla jsem do nemocnice a tam mě zmasakrovali. Teprve pak jsem se začala léčit. Chápeš, jo? Že já to mám takhle. A myslím, že [REDACTED] (můj pan psychiatr), že to taky ví. Že? Ale nechce mi přidávat starosti tím, že bychom o tom ještě mluvili. Myslím si, že on to taky ví. Protože on... To bych nechtěla, aby tam bylo. On tenkrát si mě vzal (psychiatr), kdy byl v rozepři s hlavním psychiatrem, kterej tam byl a měli rozdílný názory na medikaci a na

léčení. Takže on si mě vzal do péče (můj pan doktor, co ho mám teď), a celá klinika víc, že.. oni to vijou na klinice.

VÝZKUMNÍK: To byl váš první kontakt, že jste se potkali v nemocnici?

RESPONDENT: On pracoval v [REDACTED] taky. Akorát jsem chtěla říct, že.. Hrozně zajímavý je, že po těch dvaceti letech se ty školy psychiatrický (protože můj pan psychiatr má trošku jinou představu o léčení než pan profesor [REDACTED]) za tu dobu přiblížily k sobě. Já jsem byla jednou na pohřbu jednoho mladýho doktora teďka a oni tam byli všichni ti doktoři a on mě pozdravil, ten doktor, kterej byl za to zodpovědněj tenkrát. A mě to potěšilo. On se na mě vždycky mračil a já jsem si říkala, že mě nemá rád. A on mě normálně pozdravil. Mám pocit, že na ty starý kolena jsme se všichni tak nějak usmířili. A já vím, že tohle je takový křesťanský slovo, ale jsem ráda, že i když mají rozdílný názory na léčení, tak prostě si myslím, že už jsou tak to.. Protože můj doktor má i samostatnou ambulanci a tak. Že nejenom, že já jsem se vyrovnala s těmahle problémama, ale že jsem se vyrovala i s těma doktorama.

VÝZKUMNÍK: V rámci toho rozvoje své cesty, kterou jsi urazila, jedna z věcí byla, že jsi odpustila doktorům za hospitalizaci. Co ti pomohlo jim odpustit? Ty jsi zmínila, že jsi našla řešení zajít do kostela v době, kdy jsi neměla přátele. Co dál ti pomohlo? Kdybych já byl v podobné situaci, co pomohlo tobě?

RESPONDENT: Já to mám takový.. protože já jsem kavárenskéj povaleč a v té době jsem měla poměrně víc peněz, než mám teď. Já jsem v té době bydlela u rodičů, takže jsem hodně často chodila na kafičko, chodila jsem Pod obrazy..

VÝZKUMNÍK: Tam jsi byla „pod obraz“

RESPONDENT: Byla jsem kavárenský povaleč, vstávala jsem v jedenáct a flákala jsem se.

VÝZKUMNÍK: A v čem ti to pomáhalo?

RESPONDENT: Že prostě jsem se cítila dobře. Připadalo jsem si, že jsem bohatá, prachatá, že si to můžu dovolit. A ona je to i nějaký terapeutická metoda, že pošleš klienta do kavárny, on si dá kafičko a připadá mu, že má víc peněz, než má.

VÝZKUMNÍK: Takže si to umíš užít. Umíš si dopřát ten luxus, že si řekneš „A teď se budu válet“ a užiješ si to.

RESPONDENT: Přesně. Já si dám třeba jenom jedno malý kafe, ale strašně si to užívám. A v tý době, kdy já jsem ještě měla víc peněz, tak jsem furt byla v nějaký kavárně, a to tady ještě nebyly takový (kavárny) jako V melounovém cukru a Atlas. To je před deseti rukama, tady nebyly žádný dortíčky a todleto. Teď zrovna mám hrozně velkou chuť na dortíček. To tenkrát nebývalo. To nebylo vůbec, takovýhle dobroty.

VÝZKUMNÍK: Je ještě něco dalšího, co ti pomohlo? Kostel, umět se válet, nebo jak to říct – umět se válet a odpočinout si. Co ještě dál?

RESPONDENT: To bylo takový, ale moc mi to nepomohlo – komunitní služby.

VÝZKUMNÍK: Co to znamená?

RESPONDENT: Komunitní služby jsou například sdružení [REDAKCE], pro lidi s určitým hendikepem nabízí různé služby a tak. Jenže v tom roce 2000 tam ještě nic pořádného nebylo, takže jsem tam ani moc nechodila ze začátku, ani mě to moc nebavilo. Radši jsem byla doma, to už jsem měla počítač, dokonce tenkrát, protože v roce 2000 ještě nebylo úplně tak běžný, že by všichni měli třeba nořas. Takže tak. Ale hodně mi pomáhalo – četla jsem si takový ty pitomý brožurky o schizofrenii. Já jich mám doma strašně moc a strašně ráda jsem to četla, dřív. Jako že: Co je potřeba, když má člověk nějaký prodromy..

VÝZKUMNÍK: A co ti to dávalo?

RESPONDENT: Tak já jsem to četla z lékařského hlediska, jak to hodnotí doktoři, co se má dělat, co se nemá dělat..

VÝZKUMNÍK: Co ti to dávalo? Nějakou jistotu? V čem spočíval přínos těch brožur?

RESPONDENT: Já se na to dívám tak, že to není o mně.

VÝZKUMNÍK: Že v tom nejsi sama?

RESPONDENT: Spíš že si čtu o někom, kdo má schizofrenii. Já si v tu chvíli nemyslím, že mám schizofrenii. Co udělat, když se u tebe začnou objevovat

nějaký symptomy. Mně se líbí, že tam je třeba i pro rodiče, co mají dělat, že nemají třeba to dítě: být na něho příliš hodní, nebo příliš přísní. Nejen pro nás – nemocný, ale je tam i pro rodiče. Samozřejmě můj taťka, ten to nikdy neviděl, takovou brožurku. Ale vím, že je hodně maminek, co občas jsem vídala v Prahu na setkání rodičů, a oni se zajímají. Chtějí vědět, co bude, co si mají přečíst za brožurku, hrozně se o to zajímají. U nás se o to nikdo nezajímal. Já jsem si to musela řešit sama.

VÝZKUMNÍK: Když se vrátíme zpátky k té první hospitalizaci, to bylo ve třetíku, tam tvoji rodiče asi byli přesvědčení, že se událo to nejlepší, [REDAKCE], (RESPONDENT: Paráda), úžasné, a asi čekali, že minimálně nějakým způsobem pomohlo. Ty jsi řekla ale, že tě tam zmasakrovali a dlouho ses s tím musela vyrovnávat. Je tam něco na té léčbě, co Ti pomohlo? Na té hospitalizaci?

RESPONDENT: Na té první?

VÝZKUMNÍK: V čem spočívala v té době ta léčba?

RESPONDENT: V podstatě pořád léky, léky, léky, moc tam nebylo tenkrát nějakých těch.. teraie, skupiny. Moc to tam nebylo tenkrát ještě. Ale myslím si, že postupně, jak jsem tam chodila do těch [REDAKCE], přišlo mně, že mě respektují, že jim pomůžu s medikací. Že prostě to se mnou zkonzultují, a že kdyby tam bylo něco, co já bych vyloženě nechtěla, tak by mi to nenutili. A to se tam v těch [REDAKCE] takhle postupně stalo. Že lidi, kteří se trochu vyznají v lécách, tak jim nenutí nějaký lék.

VÝZKUMNÍK: Takže ta léčba spočívala v tom, že.. Jak dlouho jsi tam vlastně byla?

RESPONDENT: Poprvé? Čtyři měsíce. Jenže já jsem se pořád nelepšila, protože jsem se pořád bála. A to se ten organismus tak jako nějak to..

(47:00)

VÝZKUMNÍK: A ta léčba spočívala v tom, že jsi tam čtyři měsíce ležela a brala léky? Nebo v čem to spočívalo?

RESPONDENT: Tam jediný, co je na tom perfektní, je spolupráce těch klientů. Že si povídají, ráno je snídaně, někdy bývá cvičení, to tam bývalo občas, pak se něco dělá dopoledne, pak se všichni těší na oběd..

VÝZKUMNÍK: Takže byl tam nějaký prostor si vykládat?

RESPONDENT: Jo.

VÝZKUMNÍK: A to je to, co ti něco dalo?

RESPONDENT: Jo, mně to vždycky hodně pomáhalo.

VÝZKUMNÍK: Takže to nebyl ten personál, ale ty lidi – respondentí.

RESPONDENT: Jo. Vlastně tvoji kolegové, co tam byli taky na léčení. A vždycky se tam vytvořily trošku nějaký skupinky.

VÝZKUMNÍK: Takže taková neformální klubovna

RESPONDENT: Jo, no.. A bývala vždycky komunita, to bývá v nemocnicích.

VÝZKUMNÍK: A to ti něco přineslo?

RESPONDENT: To se sejdou lidi, sednou si do kroužku a povídají si. Já jsem na ty komunity.. On prostě ty komunity bývají dobrý. Mně to teda přijde dobrý, že je to takový, že si tam něco řídíme sami. A pak potom, když jsem tam byla později, že jsou tam dokonce muži a ženy smíšený, dřív tam byly jen vždycky ženský oddělení a tak. Teď je to udělaný, že jsou tam i holky a kluci.

Je to tak, že potom tam bylo zavedeno to, že jednou za týden člověk mluvil s doktorama. To tam dřív nebylo, to zavedli až pozdějš.

VÝZKUMNÍK: A to tam dřív nebylo, když jsi tam byla poprvé ty čtyři měsíce?

RESPONDENT: Ne.

VÝZKUMNÍK: A jakým způsobem s tebou komunikovali?

RESPONDENT: Ony tam byly ještě vizity. Jenomže ty vizity trvaly všehovšudy tak 5 minut, na pokoji bylo tak pět lidí. Nebylo tam žádný soukromí, byly tam nacpaný všichni, co nemají co dělat, včetně sanitárek. Sanitárka nemá na vizitě co dělat. Takže to tam bylo takhle bez soukromí. No stejně se pak všichni zase slezli na kuřárně a tam to probírali, pomáhali si. Já myslím, že to pomáhání mezi lidma je

hodně důležitý. Potom začal vznikat ten Spolu projekt, ale to až teďka nedávno, to je taky fajn. Byly tam nějaký dílny, abych to furt nekritizovala – výtvarná, dřevařská.. takže jako jo. Ale když jseš čtyři měsíce někde, tak chodit někam furt.... Já jsem nechtěla chodit do nějakých dílen. Oni nás tam vždycky nahnali do výtahu jak kozy a já vždycky „ale mně je špatněěě“. „Holá do dílny!“ Jak v kriminálu. Já říkám „Já nejdů, já nemůžu, já mám hlad, já se musím najíst.“ Umíš si to představit. A oni nás normálně hlídaj. Když se obědvá, tak tam stojí sanitárky a hlídaj, jestli všichni jí a takový. Protože tam někdy bývají anorektičky a tak, jo. Strašný.

VÝZKUMNÍK: Takhle když o tom mluvíš, tak to vypadá jako.

RESPONDENT: Srandičky.

VÝZKUMNÍK: Působí to jako, že tě někdo otravuje, když máš chodit do dílny, ale působí to jak o veget, nebo jako dovolená.

RESPONDENT: No jo, jenže tak to jenom působí.

VÝZKUMNÍK: Čím to je?

RESPONDENT: To zažíváš vnitřně, to utrpení. To není vidět, ani zvenku to vidět není. A v podstatě to je o tom – já jsem teďka popisovala klienta, kterej už je stabilizovanej. Ale když tam je někdo, komu je fakt hodně špatně, tak je mimo prostě. Chodí tam, po chodbě, chodí tam, pak se vrací, pak prostě já nevím co, začne řvát, dělat bugr nebo co, tak dostane injekce a zařvu ho na samotku. Prostě.. to není tam úplná sranda. To je dobrý tam jít a vidět, jak jsou ty lidi tam vytíkaní. Ono někdy se musí počkat, až zaberou ty léky. Řeknu ti upřímně, ta psychoterapie v momentu, kdy ten člověk je tak nějak chemicky rozhozenej, tak to mu hnedka nepomůže. To pomůže až postupně. Pomůže mu, až zaberou ty léky. A teď ještě nikdo neví, komu jaký léky zaberou, což je další věc. Je to těžký.

VÝZKUMNÍK: A ty jsi řekla, že tě tam nějakým způsobem zmasakrovali, že jsi musela odpouštět. V čem to je?

RESPONDENT: Musela. To je právě to, co není vidět. Já jsem se jich strašně bála. A to nebyla nemoc. Já jsem se nebála proto, že bych měla nemoc. Protože když jsem tam šla, tak ten den jsem se vůbec nebála. Druhej den jsem se nebála. Ale jak jsem to tam začla pozorovat, tak jsem začla panikařit a být úplně mimo,

vytíkaná. Strach. Strach prostě jsem měla. Já jsem chtěla jít na revers. Jenže naši mě nechtěli pustit na revers. Oni jim navykládali, že když půjdu na revers, tak už mě tam nevezmou příště. A to co to je? To jsou takový hrozný věci přece. Takže jsem si dost užila, já jsem opravdu trpěla jak zvíře. Já to nikomu nedokážu vysvětlit, ale je to tak. Ale možná, že kdybych na tom třeba pracovala ještě nějak, tak by mě přešla ta panika.

VÝZKUMNÍK: Po těch čtyřech měsících tě propustili, a to už bylo po gymplu.

RESPONDENT: Ne, ne. Já jsem opakovala ročník. Protože já jsem nechtěla dělat rozdílový zkoušky, tak jsem opakovala ročník. Ale já bych se ještě vrátila k tomu, já jsem jednou mluvila s panem primářem, kterej tam teď je primář, s panem doktorem Synkem, a on říkal „Víš Lenko, vy jste byla strašně citlivá.“ A prostě mi řekl, že se to prostě stalo. Jako by se mi omluvil.

VÝZKUMNÍK: „Stalo“ co?

RESPONDENT: No to, že mě tam tak doblbli. Primář tý nemocnice přišel osobně za mnou, já jsem tam byla tenkrát na krizáku a normálně se mi omluvil prostě. Jinými slovy trochu, ale.. Oni věděli, že mi ublížili. Oni mi totiž fakt ublížili, i když to bylo třeba, jak říkám, že to nebylo vidět. Já jsem byla mladá, chytrá, šikovná, všechno. Ale pak už se to přestalo řešit a začala jsem se dívat dopředu. To odpuštění už je teďka konec něčeho.. Zajímavý je, že hodně lidí se ptá, co jsem jim teda odpouštěla. A to je právě to. Oni to prostě neví, oni tam nebyli, oni tam netrpěli. A to by se nemělo stávat, tohle to. Ono se to občas stane, já si myslím, že nejsem jediná, komu se tohle stalo. V nějakým Kromcu, nebo někde v Jihlavě, nebo já nevím kde. Ale prostě v momentě, kdy jsem to zabalila, s těma doktorama, že už jsem jim odpustila, jsem se začala zabývat jinejma věcmi. Dopředu hledět, dělat si toho peera.

VÝZKUMNÍK: A to už tě tehdy napadlo, že budeš dělat peera, po té první hospitalizaci?

RESPONDENT: Ne, vůbec.

VÝZKUMNÍK: To bych tak čekal, že když skončila hospitalizace, nějak se to zlepšilo, bereš léky, rodiče čekali, že to bylo nějaké škobrtnutí, nebo tak něco a teď už bude všechno jen lepší. Přihlásila ses, že zopakuješ ročník, rodiče asi byli

rádi, že dodělá gympl, mělas asi vynikající prospěch. Když jsi na základce měla samé jedničky, tak se asi čekalo, že to zvládneš.

RESPONDENT: Jo, zvládla jsem ten gympl, aji jsem měla maturitu s vyznamenáním.

VÝZKUMNÍK: A potom se dělo co?

RESPONDENT: A po tom jsem se začala dívat na HBO (smích). Já jsem si naladila HBO, mamka šla do práce, taťka do práce, to jsme ještě bydleli spolu..

VÝZKUMNÍK: To bylo po maturitě nějak:

RESPONDENT: Po maturitě.

VÝZKUMNÍK: To znamená, že jsi v té době nepracovala.

RESPONDENT: Ne. Ani jsem ji možná prostě nehledala.

VÝZKUMNÍK: Jako že prostě konečně skončila škola..

RESPONDENT: Jo. A že si budu dělat, co chcu. Takže jsem si ráno vstala, prostě jsem si dala kafičko. Mamka chodila do práce, taťka taky, takže jsem měl celej třípokoják pro sebe, sranda no. Pak jsem se dívala na nějaký filmy, a tak. A dělala jsem mezi tím nějaký aktivity, aby se neřeklo. Jestli znáš Jeana Vaniera? To je člověk, kterej založil komunitu Archa a pracuje s mentálně hendikepovanejma děckama a ty děcka jezdí právě i po světě a ty přátele těch děcek jezdí s něma po světě a bydlí třeba na Novým Zélandu v nějakým baráku a starají se v nějakým baráku o mentálně znevýhodněný děti, nebo dospělý. Ono je to i u nás, akorát to není barák, ale jsou to aktivity. Takže jsme jezdili na tábory. To jsem byla docela v pohodě, to jsem neměla žádnou paniku. Nebo jsme se scházeli jednou za měsíc. To bylo v mém životě hezký období.

VÝZKUMNÍK: A v té době jsi byla na úřadu práce?

RESPONDENT: Tenkrát jsem myslím měla už invalidní důchod.

VÝZKUMNÍK: To ti dali na základě hospitalizace?

RESPONDENT: Tak jako z nemocnice se posílají zprávy doktorům.

VÝZKUMNÍK: Čili pak proběhlo nějaké administrování.

RESPONDENT: Jasně. Jak to bývá. Ale fakt je, že je to trošku nespravedlivý to přidělování důchodů, protože já znám lidi, kteří by to potřebovali a nemaj. A pak znám lidi, který by to vůbec nepotřebovali a mají to.

VÝZKUMNÍK: Taky to znám.

RESPONDENT: Jo, takže.. To si říkám vždycky..

VÝZKUMNÍK: Je to trochu taková výhra v loterii.

RESPONDENT: Jo, no. Není to fér. Jako když přijdete na úřad práce, cigáni jsou tam pořád. A oni se jich bojí a všechno jim dají. Ale lidi, kteří třeba jsou vážně nemocní – já znám jednoho kluka a ten má důchod tři tisíce. Takže co jako s tím chceš dělat. Ale pryč s penězma.

VÝZKUMNÍK: Kdybych se podíval zpátky na tu léčbu, tam byl první kontakt s psychiatrickou, kam tě přivezli rodiče, pak byla první hospitalizace, důchod a asi byla nějak nastavená medikace. A tím to skončilo?

RESPONDENT: Ne, vůbec ne. To právě byl takovej začátek. Začátek, kdy jsem začala brát léky. Dostala jsem lékačku, ona byla výborná, vynikající lékačka. Já jsem strašně ráda, že jsem k ní mohla chodit, protože ona mě naučila hodně z té psychiatrie, z medikací a kombinatoriky těch léků a tak. A ona už umřela, ale já jsem se s ní nemohla rozloučit a hrozně mě to taky mrzí. A ona mě naučila strašně moc a ona dokázala.. prostě já jsem přišla, ona se na mě mrkla (já jsem tam byla jenom chvíli) a ona řekla „Hmm“, ona dokázala prostě ordinovat miligramy. To můj doktor neumí. On mi řekne „Ta to vysadte.“ Ale ona řekla „Takže Lenko takhle, tady tyhle ty miligramy, tohle ne, máte často premenstruelní syndrom, tak si vezte před tím Prozac.“ Takový vychytávky. Protože to dělá holkám hodně nepříjemnej pocit, to neumím teďka nějak popsat. Takhle paní doktorka dokázala prostě úplně brilantně nadávkovat, nebo namedikovat léky. Já jsem ji měla hrozně ráda. Ale pak jsem šla k tomu svému panu doktorovi nakonec a tam jsme dělali deset let psychoterapii komplet. On mi hrozně pomohl. Já jsem chodila deset až patnáct let a psychoterapii. Pomohl mi, opravdu moc. A dokonce já vycházím z té jeho psychoterapie, a když někomu chci pomoci, tak mě to napadá samo. Že když to pomohlo mně, že by to mohlo pomoci i někomu jinému.

VÝZKUMNÍK: No a ta hospitalizace v těch [REDACTED] byla jednorázová věc, nebo ses potřebovala někam vrátit?

RESPONDENT: Právě že ne, to je ten problém. Možná by to tak mohlo být, ale já jsem byla hrozná rebelka a já jsem pořád chtěla vysazovat léky. Mně se nechtělo být nemocná. Takže jsem několikrát vysazovala léky, tím pádem jsem zase skončila v nemocnici, byla jsem tam asi tak pětkrát až sedmkrát.

VÝZKUMNÍK: A to bylo vždycky zpátky v těch [REDACTED], nebo někde jinde?

RESPONDENT: V [REDACTED]. Jednou jsem byla v [REDACTED] (léčebně) teda.

VÝZKUMNÍK: A na jak dlouho si tam vždycky byla?

RESPONDENT: Tam už to bylo menší. To bylo tak třeba na dva měsíce, nebo na měsíc. Dneska oni to už snižují, třeba i na tři týdny. Jednak je víc léků, takže je to tršoku jednodušší. To si člověk, kterej ani nikdy nebyl v nemocnici, neumí představit, že? Že to takhle může být.

VÝZKUMNÍK: A když jsi vysadila léky, tak se dělo co. Ty úzkosti, nebo?

RESPONDENT: Aha. Když jsem vsadila léky, tak to bylo dobrý, dobrý, dobrý.. a pak jsem viděla různý jako.. tomu se říká podobnosti. Jako že třeba já se tady podívám na ten leták, a tady je napsáno „Bydlení je v kvalitě“. A já se začnu zabývat „Jéžišmarjá. V jaký kvalitě? To je divný. A proč?“ A začnu takhle blbnout. Nebo si řeknu „To je ta z těch jablek šťáva, určitě něco do toho dali a dodle, a co když to budu muset vypít?“ tak ti prostě začne hrabat. To má hrozně moc variant to „hrabání“. Jednak to má každej jiný a je to hodně nepříjemný, protože člověk pak má strach. Já si myslím, že ten strach hraje u schizofrenie jednu z největších rolí špatných.

VÝZKUMNÍK: A čili potom jsi nějakým způsobem postupovala, že jsi řekla „Já se chci nechat hospitalizovat“, nebo rodiče nějak?

RESPONDENT: Většinu ne. Sama jsem se většinou nikdy nenechala hospitalizovat. Ale jako stalo se mi třeba, jak jsem vysadila nějaký ten lék, tak mě naši museli naložit a odvézt na krizák, že to bylo akutní, že jsem nemohla čekat nějakou dlouhou dobu. A oni mě v těch [REDACTED] nemají moc rádi. Takovej problém, fakt jo. Oni neví, jak to bylo, co jsem tam zažila. Nemyslím ty doktory,

myslím teď takový ty různý ženský, co tam - třeba ergoterapeutka, nebo zdravotní sestra.. Jo, že oni někteří do toho jako by ani neviděli a už mě odsoudili. A hlavní je to, že já jsem měla protekci, protože můj dědeček byl [REDACTED] kdysi, a tatka byl [REDACTED]. Takže to byl bohužel takový průšvih. Protože ať mi říká, kdo chce, co chce, tak jsem měla protekci, a kdybych ji neměla, bylo by to možná lepší. Protože oni se tak snažili, že prostě... Ale je to jedno hlavně dneska už.

VÝZKUMNÍK: Ty jsi zmínila [REDACTED], [REDACTED], je třeba mezi něma nějaký rozdíl?

(1:10)

RESPONDENT: Já nemám moc zkušenosti s [REDACTED]. Ale jednou jsem tam byla. Jednou mi dal někdo pervitin do pití a já jsem běhala po Brně v ponožkách a dlouhejch manšestrákách a jednou botou. Takže jsem pak skončila ráno někde v Líšni v Delvitě a mi zavolali rychlou. Já jsem si tam totiž sedla na lavku, oni už měli otvírat a já jsem si tam sedla, že už nikam nejdu. Já jsem byla úplně grogy, vyčerpaná, úplně mimo. Takže mě vezla ta sanitka a já jsem jim říkala pořád, že jsem mořská panna. To je taková sranda někdy. A oni jako volali vysílačkou, že vezou mořskou pannu. A oni říkali, z vysílačky se ozvalo „Tak ji neodpaňujte“, ale já jsem to fakt slyšela. Já nevím, jestli jsem neměla nějaký ty, ale já to myslím jako vtip, vždycky s tím bavím lidi. No a tam jsem tenkrát měla Matrix, já jsem byla rozšvihaná plně. Já už nikdy...

VÝZKUMNÍK: A to bylo v době, kdy jsi vysadila léky?

RESPONDENT: Ne, v té době jsem brala léky normálně, ale někdo mi dal pervitin.

VÝZKUMNÍK: A to jsi byla někde na diskotéce?

RESPONDENT: To já nevím právě, akorát vím, že mi ten pervitin někdo dal. Protože oni mi to z krve vzali a oni mi to potvrdili a řekli mi, že jsem mohla umřít. Že to byla taková dávka, v kombinaci s lékama samozřejmě. A to mi řekli, že mám velký štěstí, že jsem to přežila. A já jsem byla na příjmovém oddělení, to je 12 a pak je tam dvacítká, a to jsou docela sympatický oddělení, ale ty pracovníci, ty zaměstnanci, to je špatný. Ony jsou protivný ty holky, já vím, že je to tam trochu těžší, než možná v těch [REDACTED], je tam hodně lidí, jako ta práce je opravdu náročná a já zas nechci ty sestry ani doktory kritizovat, protože ta práce je

opravdu náročná a zase musím říct, že by měli ty klienty, respondenty víc motivovat, podporovat a tak. Oni nedělají nic jinýho, že chystají ty léky, dělají, měření, nemají čas na ty klienty a na to je dobrý to Spolu, to sdružení, že si s těma klientama můžou povídat a hrát hry.

VÝZKUMNÍK: Což je určitě super věc.

RESPONDENT: Já se s tím hrozně ztotožňuju.

VÝZKUMNÍK: My jsme to teda nějakým způsobem shrnuli, tu léčbu, že bereš léky, tam jsem zavnímal, že pro tebe byla důležitá paní doktorka psychiatrička, od které hodně čerpáš do dneška, je to pro tebe užitečné, něco co můžeš využít. Pak je to ten lékař, to bylo deset až dvanáct let psychoterapie, které ti pomohlo se někam posunout, řadu věcí vyřešit a zase je to něco, co se snažíš využít, co se vybavuje samo, co by mohlo pomoci něco vyřešit i ve vztahu třeba k jiným lidem. Komunitní služby tě moc neoslovily, ale třeba hlavně kontakt s ostatníma lidma, kteří jsou v podobné životní situaci, to ti něco dává. Potom to byly léky, kromě těch léků je ještě něco jiného, cos vyzkoušela, co ti nabídli, nebo co ti pomohlo?

RESPONDENT: Tak samozřejmě ta psychoterapie, ta je hodně důležitá. No a potom to povídání s Hearing voices. Tam je to tak, jako že to není úplně typická skupina a to mi vyhovuje. Že probereme nějaký věci, povídáme, jsme tam hodinu a půl.

VÝZKUMNÍK: A čím je to lepší oproti běžné skupině?

RESPONDENT: Protože tady když přijdete a není vám dobře úplně, tak první, co neudělají lidi kolem vás, je, že vás nikam nezavezou. Jako že ty lidi na té skupině, i když budu mít nějaké blud, tak mě nepošlou do nemocnice. Prostě..

VÝZKUMNÍK: Že člověka akceptují?

RESPONDENT: Akceptují a samozřejmě, že kdyby byla nějaká kritická situace, to by se muselo nějak řešit. Ale tam jsem třeba říkala o svém vynálezu léku, a oni mě poslouchají všichni. Nikdo mi neřekne „Leni, ale tak jseš blbá, prosím Tě jako to.“ To mi tam nikdo neřekne.

VÝZKUMNÍK: Čili je to v tom, že tě nikdo nezpochybňuje, že tě akceptuje?

(RESPONDENT: Hm.) A je to třeba i tím, že vím, že si tam můžu dovolit říct, co

chci? Protože tak jak jsi o tom mluvila, o skupině v té nemocnici, tak mi přišlo, že si musím dávat pozor na jazyk, co tam řeknu. Je to tak? Je to ono?

RESPONDENT: Myslím si, že je to tak.

VÝZKUMNÍK: Je to nějaké bezpečí? Že někdo nezpochybňuje, co řeknu? Že si nemusím dávat pozor na jazyk? To zní docela jako fajn.

RESPONDENT: Je to fajn. A já mám aji ten certifikát, vlastně ty jsi tam byl, ty ho máš taky.

VÝZKUMNÍK: A co ten vynález léku?

RESPONDENT: Pracuje na tom se mnou jeden kluk, kterej rozumí psychofarmakům víc než já, což se mi ještě nestalo, navíc ještě k tomu chlap, Já prostě paní Doktorka Lillyenová.. Nevím, no. Říkal mi, že to určitě nemám zabalovat, protože někteří lidi říkají takhle ne, takhle by to určitě nebylo, prostě on si myslí, že se může zablesknout.

VÝZKUMNÍK: Co je to teda? Nějaký lék bys chtěla najít?

RESPONDENT: No tak ne, já mám blud jako, že vynalezu lék na schizofrenii.

VÝZKUMNÍK: A proč je to blud? Nebo proč říkáš, že je to blud?

RESPONDENT: No proto, že mi to nikdo nevěří. A že to bude o tom, že to nebude lék, jako jsou léky teď, ale že to bude něco jako očkování, čím se bude dát předejít té nemoci.

VÝZKUMNÍK: Tak to je hezký sen.

RESPONDENT: Určitě, mně to vyhovuje.

VÝZKUMNÍK: Protože jak jsi o tom mluvila, i třeba to Slyšení hlasů je nějakým lékem. Který právě stojí na tom, že řada lidí slyší hlasy, ale nikdy se nedostanou do systému péče a zvládnou nějak fungovat. Tím pádem lék není jen tableta v krabičce, lék může být vlídné slovo. Pro řadu lidí, kteří se na tebe obrací, může být tím lékem tvůj zájem a pochopení.

RESPONDENT: Je to pravda. Ale já mám teorii vyloženě vědeckou. Mám takovou teorii, že by mohl být vynalezen nějaký, nějaké očkování, nebo něco, že si to tělo lidské vynalezne samo. Uvidíme. Zajímám se o to, čtu si knížky.

(1:20)

VÝZKUMNÍK: No a co doktorka Lillyenová? Co mi o ní řekneš? Jakou roli hraje v tom příběhu?

RESPONDENT: Tak já jsem v určité době pochopila, že máme v rodině lékařské geny, můj dědeček byl doktor, můj strejda jeden je doktor, můj strejda z mamčiny strany je doktor, mamka je doktorka přírodních věd, byla, a taťka byl teda elektroinženýr. Já to neříkám, protože se teďka prsím, ale tady jde o to, že mám ty geny prostě, že mi to myslí docela v té medině. Protože si myslím, že by třeba ty geny mohly ve spolupráci s někým, nebo s nějakýma lidma, já nevím. Přece mi neříkej, že ta schizofrenie bude tady pořád? Já přesvědčuju lidi, že tady schizofrenie pořád nebude.

VÝZKUMNÍK: No a doktorka Lillyenová se objevila kdy? Kdy se dostává na scénu?

RESPONDENT: No prostě.. Ptají se mě lidi, když mají nějaký zdravotní problémy, nepsihiatrický, a nemají děti, protože většinou ženský, co mají děti, se ptají úplně jiných ženských, a tak. Baví mě číst knížky s lékařskou tematikou.

VÝZKUMNÍK: Je to něco, co tě baví? Takový koníček?

RESPONDENT: Mě to baví, určitě mě to baví. Kromě jinýho mám pocit, že to má nějaký smysl, že to může něčemu helpnout.

VÝZKUMNÍK: Ale tak určitě k tomu máš nějaké předpoklady, že to je pro Tebe srozumitelné. Když jsme na škole měli anatomii a fyziologii, pro řadu lidí to bylo jako let na Mars a jestlis jim tu učebnici dala tak, nebo vzhůru nohama, tak nepoznali rozdíl, což mě docela překvapilo. Takže nějakým způsobem je to pro tebe srozumitelné, takže se v tom cítíš dobře a máš k tomu nějaké předpoklady. Takže je to takový nějaký koníček, který ti něco dává?

RESPONDENT: Určitě.

VÝZKUMNÍK: V tom to pasuje zase dohromady s tím, že na základě svých zkušeností se snažíš věřit lidem, máš pro ně pochopení (RESPONDENT: Jo.) a asi nějaká citlivost, ty jsi řekla hodně citlivá, možná že dnes už bys řekla, že možná až moc citlivá, když tak mě oprav. (RESPONDENT: Já si myslím, že jo.)

Ale myslím, že z toho zůstala užitečná citlivost, nebo vnímavost, vůči ostatním lidem, že oni potom vědí, že se na tebe s důvěrou můžou obrátit, nebo se na něco zeptat.

RESPONDENT: Určitě, no jako já vím, že ne všichni tě budou vždycky milovat a obdivovat. Ale prostě jsou lidi, který mě berou. Ale celkem je zase dost lidí, kteří mě nemají, nemusejí. To tak bývá no. A ještě jsem nehovořila o canisterapii, ohledně mého psa, takže to je velká canisterapie a on je opravdu terapeutický pejsek. Je to boxerek žíhanej a dělala jsem na něm psí pokus.

VÝZKUMNÍK: A to je taková podpora, která je tam 24 hodin denně

RESPONDENT: Přesně. Když potřebuju, on je tam vždycky. A on je opravdu moc, moc, moc hodný a chytrý pejsek. Jo jo.

VÝZKUMNÍK: Ty jsi zmínila tu záležitost s pervitinem v pití, že pak jsi běhala v ponožkách po Brně. Ty jsi před tím, když jsme byli na kafe, zmínila ještě výlet v Itálii.

RESPONDENT: Ano, tam se něco stalo a do dneška nevím, co.

VÝZKUMNÍK: A to bylo před tou první hospitalizací, nebo to bylo po tom?

RESPONDENT: Až potom, to už jsem brala léky.

VÝZKUMNÍK: Takže ty jsi vlastně opakovala ročník, abys dodělala gympl. A tam.. co vlastně se stalo?

RESPONDENT: V té Itálii, to bylo takový divný, já někdy jako mívám takový..

VÝZKUMNÍK: A to bylo zase po vysazení léků, nebo v čem to bylo?

RESPONDENT: Hmm, já jsem se opila s bratrancem na chalupě a pak za týden jsem jela do Itálie. Takže jsem se nemohla vrátit, samozřejmě, protože to bylo moc složitý, a udělalo se mi blbě, tak jsem to zapíjela pravým, italským, červeným vínem a bylo mi opravdu, opravdu hodně špatně. Ale jako (to mívají lidi taky) přišli tři lidi a jeden vypadal jak Ježíš a ten druhej. Prostě oni vypadali jak nějaký učedníci. Mně se to tenkrát dost stávalo, že jsem takhle viděla někoho, kdo mi někoho dost připomínal.

VÝZKUMNÍK: Jako třeba na ulici?

RESPONDENT: Ne, třeba.. no třeba. Já jsem teď nedávno byla v Campus Suare, tam seděli takhle u toho velkého stolu kluci a uprostřed tam vepředu zase byl ten Ježíš. Ale jako mě to neohrožuje, já prostě řeknu „tam je Ježíš“, jo a když to řeknu doktorovi, tak on řekne „Ale Lenko to není žádná jako..“

VÝZKUMNÍK: Aha, to znamená, že tam sedí Ježíš, nebo někdo, kdo tak vypadá?

RESPONDENT: No to je právě to. To je asi někdo, kdo tak jenom vypadá. Ale já si vytvořím takové podobenství.

VÝZKUMNÍK: A to znamená, že tam sedí Ježíš v riflích a v bundě..

RESPONDENT: Jo. A má dlouhý vlasy.

VÝZKUMNÍK: Takže nesedí tam s klackem v prostěradle.

RESPONDENT: Ne, ne. Ale má dlouhý vlasy, má je v culíku a voni tam na něho všichni čumí, ty učedníci. A to já si jen tak vytvořím v hlavě, víš jak to myslím. Pravděpodobně to asi nebude Ježíš. Ale vidíš, jaký řeším kraviny, no..

VÝZKUMNÍK: Každý řeší, co mu v životě přijde důležitý

RESPONDENT: Ale vsaď se, že kdybys tam byl se mnou, že bys to taky viděl. Můj doktor říká, že některý tady ty má představy, že kdyby on to zažil, že by to měl taky, že by si taky myslel, že je to Ježíš. Můj doktor mi totiž neřekne „Vy máte bludy“, on řekne... jo, on je prostě jinej doktor. Už dvacet let k němu chodím a už jsme si na sebe zvykli. Včera jsme ty léky trošku upravovali, takže jo, jo.

(1:30)

VÝZKUMNÍK: Čili to znamená, že ta Itálie měla potom nějaké následky, nebo se to pak dalo dohromady, nějak?

RESPONDENT: No já jsem se vrátila z Itálie, samozřejmě jsem skončila v nemocnici. A zase jsem tam byla docela dlouho.

VÝZKUMNÍK: To znamená, že červené víno asi ne? Nebo alkohol?

RESPONDENT: Alkohol vůbec. Že to může ublížit s těma lékama, nebo tak.

VÝZKUMNÍK: Tím pádem dort je lepší volbou.

RESPONDENT: Hmm, jo.

VÝZKUMNÍK: Zajímalo by mě, co si o tom myslíš ty, lidi buď kritizují, nebo chválí elektrokonvulzivní terapii. Máš ty na to nějaký názor, nebo setkala ses s tím?

RESPONDENT: No já mám na to názor, že by se to mělo zakázat, okamžitě. Právě že jsem to dostala, dostala jsem šest elektrošoků a nechtěla jsem to, nesouhlasila jsem s tím, bylo mi sedmnáct a naši to za mě podepsali.

VÝZKUMNÍK: To bylo na té první hospitalizaci?

RESPONDENT: To bylo myslím na druhé, v [REDACTED]. Oni to podepsali za mě a se mnou se zase nikdo nebavil, nikdo mi neřekl, jestli nemám strach, že se nemusím bát, že to je v narkóze, že se mi nic nestane, nikdo. Ani ti naši, blbí.

VÝZKUMNÍK: To mi připomíná, kdysi jsem byl takhle roky zpátky po operaci kolena ve fakultce v Olomouci, a tam to přesně takhle probíhalo. Poslal mě tam ambulantní lékař.. probíhalo to tam přesně takhle, jsem si připadal jak kráva v družstvě. Nikdo mi nic neřekl, jednoho dne mi nedali jídlo, z toho jsem usoudil, že asi bude operace, pak si mě odvezli, pak jsem se probral na pokoji, nikdo nepřišel a neřekl „Tak proběhlo to tak a tak“, tak jsem si říkal, jak ta operace asi dopadla? Jsem měl zavázanou nohu, pak až byla vizita, jak to teda dopadlo? Měl jsem žádanku na berle, ty jsem si ani nevyzvedl, protože tam nebyl nikdo, kdo by mi řekl, jestli je potřebuju, nebo nepotřebuju, tak jsem usoudil, že je asi nepotřebuju, tak jsem tam chodil bez berlí. Tak mi to trošku připomíná, cos popisovala ty, podobný přístup.

RESPONDENT: No to je přesně ono, je to o přístupu.

VÝZKUMNÍK: To znamená, že by si s tebou sedli a řekli „Je to taková a taková terapie..“

RESPONDENT: Měli to udělat a neřekli nic, vůbec.

VÝZKUMNÍK: Jak to teda probíhalo?

RESPONDENT: Jediný, co mi řekli, že od půlnoci nesmím pít, kouřit, todle. Ted' já jsem byla úplně v šoku, já, já, já.. jsem nechtěla nic takového, jo. Jenže ráno už se s tebou nikdo nebavil, ted' já jsem pořád chtěla říct, že jako že to, že to nechci, že s tím nesouhlasím, ale já jsem se jich bála. Takže mě tam pak šoupli.. Je to

strašně nepříjemný. Já vím, že je to v tom.. v té narkóze, ale.. je to, je to.. když se něčeho bojíš, tak to potom jako..

VÝZKUMNÍK: Takže zase je to o tom strachu, že jsi zmiňovala, že ten hraje velkou roli.

RESPONDENT: O strachu. No, já jsem byla úplně pološílená. Ještě jak mi tam dávali na tu hlavu ty, ty.. Ufff. No.

VÝZKUMNÍK: Na hlavu jako ty elektrody, nebo co?

RESPONDENT: No, ty elektrody. Ale.. jo, elektrody. To oni to tak dají, já.. tohle ještě dneska fakt nemám zpracovaný. Protože pro mě to bylo něco tak strašného, že..

VÝZKUMNÍK: Ale naštěstí se to potom už neopakovalo.

RESPONDENT: Jo, jo, už se to nikdy neopakovalo.

VÝZKUMNÍK: A tady po tom zážitku jsi to teda hodila za hlavu?

RESPONDENT: Začala jsem se zabývat budoucností.

VÝZKUMNÍK: Takže jsi to nějak vypustila?

RESPONDENT: Úplně. S nikým jsem se o tom nebavila, našim jsem začala to vyčítat až pozdějš.

VÝZKUMNÍK: A kdy se to téma vrátilo? Nebo povedlo se ti to, že jsi to úplně hodila za hlavu, jako by se to nikdy nestalo?

RESPONDENT: No právě že to ne. Ono se to celý jako by vrátilo, ale v tom smyslu, že mně to došlo. Že mně došly některý věci a já jsem to začala vyčítat našim. A protože taťka si nic vyčítat nenechá, tak to odnesla maminka. Maminka, ta která se o mě starala, a o taťku, a bez které bysme to nikdy nezvládli, tak já jsem jí prostě strašně ubližovala a vyčítala jsem jí, a tu první hospitalizaci, ty elektrošoky, to všechno. Strašně dneska (mamka už není) mrzí mě to, že jsem taková byla. Ale oni.. za to nikdo nemohl, za to mohl ten systém, to já vždycky říkám. Protože tam oni taky furt museli plnit různý rozkazy, ty zaměstnanci - tohle musíte, tamto musíte a tohle nesmíte zvorat..

VÝZKUMNÍK: Dnes už je to lepší?

RESPONDENT: Dneska? Dneska je ten systém určitě lepší.

VÝZKUMNÍK: V čem je to lepší?

RESPONDENT: Myslím si, že je lepší trošku vztah k respondentovi celkově, je tam mnohem víc těch terapií.

VÝZKUMNÍK: Čili už to není jen o tom, že tam ležíš a zobeš.

RESPONDENT: Není, ne. Že už jsi jenom na pokoji zavřenej, není, ne. Já si myslím, že (a nejen v ██████████, ale v hodně léčebnách), že v nemocnicích se to zlepšilo, ale pořád to ještě není úplně vymakaný, pořád ještě jsou na takových těch velkých léčebnách, pořád jsou tam oddělení, který jsou strašný. A o tom je (to se asi učíte) reforma zdravotní péče.

VÝZKUMNÍK: Ty ses zmínila v kavárně, že na tom výletu v Itálii se o tebe starali spolužáci

RESPONDENT: Ano.

VÝZKUMNÍK: Taky si umím představit, že by se na tebe vykašlali a nechali tě tam běhat. Byla to nějaká pomoc z jejich strany?

RESPONDENT: Určitě. A myslím si, že oni měli hodně i strach zase. Protože tam se mohlo cokoliv stát. Já jsem tam mohla někde zmizet a už by mě nikdo nenašel.

VÝZKUMNÍK: To byl školní výlet?

RESPONDENT: Ne, to jsme byli jenom se spolužákama. To jsme byli v Itálii na Garganu. Ale jinak tam je to teda strašně krásný. Tenkrát to tam ještě nebylo tak moderní..

(1:40)

VÝZKUMNÍK: Když t shrnu, prošli jsme život, od školní docházky, přes gympl a hospitalizace, během toho jsme narazili na spoustu věcí, cos dokázala, kam ses posunula. Často to bylo, žes musela investovat spoustu vlastní energie, ale objevili jsme i řadu vnějších věcí, co ti pomohly. Někdy to bylo tak půl na půl, žes to nevzdala, v době kdy jsi neměla kamarády, ses nebála někoho oslovit, v té době to byl třeba ten Bůh v kostele, postupem času se objevili další přátelé, dál ti

pomohla posunout se terapie, která trvala, deset, patnáct let. Řadu věcí jsi zužitkovala, třeba jak je důležité věřit lidem..

RESPONDENT: Je to tak.

VÝZKUMNÍK: Třeba ta první paní lékařka, která sice už nežije, ale zase za svého života ti předala know-how, znalosti, které ti pomáhají rozumět lékům. Pak je to něco, co dokážeš zužitkovat pro lidi okolo, což já vnímám, že zase oni oceňují, že se na tebe můžou obrátit, že máš ty zkušenosti, ať už osobní, že rozumíš lékům. Že za tím je jejich důvěra, že vědí, že se jim nevysměješ.

RESPONDENT: To určitě ne, teda jako.

VÝZKUMNÍK: Že to z tebe vycítí, že i můžou věřit, protože ty věříš jim. Sešli jsme se za účelem dát dohromady celý životní příběh. Je ještě něco, co mohlo souviset, nebo nemuselo, nebo souviselo s diagnózou? Je ještě něco, co Tě napadá, že bych měl vědět?

RESPONDENT: Já si myslím, že je důležitý vědět, že je důležitý vztah k lidem. Třeba pan doktor Příkryl, nevím jestlis ho znal, byl zároveň úplný profík doktor, a zároveň hezký vztah k lidem. Já si myslím, že tohle lidi hodně ocení, když s nima někdo jedná na férovku, když je poslouchá a když .. aby ten člověk se cítil v bezpečí úplně. Samozřejmě se někdy může stát, a to se děje dost často, že nějaké ty slečny, když s něma mluví ten sympatický psycholog, tak že ony se do něho tak nějak, že je jejich srdeční záležitost, to je strašně častý todle. A mně se to jako líbí. I když ten psycholog to musí zvládnout. Takže to si myslím, že je taky dobrý vědět. Přemýšlím, co by ještě bylo... dneska už vím, že dobrá je práce. Já teda teď mám doma strašný binec, protože jsem strašně spěchala, ale jak říkám, uklidím oblečení, umyju pár hrnků, co tam mám.

VÝZKUMNÍK: A v čem je to důležité? Co Ti to přinese?

RESPONDENT: Jednak mě to uklidňuje..

VÝZKUMNÍK: Uklidňuje, že tě uklidňuje, že je uklizené, nebo ta činnost tě uklidňuje?

RESPONDENT: Ta činnost.

VÝZKUMNÍK: Takže ta činnost je důležitá

RESPONDENT: Takže jak někdo chodí do fitka, někdo lítá s motyčkou po zahrádce..Tak já uklízím.

VÝZKUMNÍK: Takže to uklízení, že to není jen o tom úklidu, že si to člověk může užít.

RESPONDENT: Já ale neuklízím pořád, já mám spíš problém s tím, že já uklízím málo. Takže já si vždycky musím udělat takovej den, kdy to.. Ale jinak si myslím, že uklízení je super.

VÝZKUMNÍK: Dobře. V tom tvém příběhu, je to takhle kompletní, nebo bys chtěla ještě něco doplnit?

RESPONDENT: Já vím, že vždycky proto, že už jsem taková vždycky zotavená, nebo tak, tak málo mluvíme o té nemoci. Jak se to u těch lidí projevuje, a tak. Jak se to u mě projevuje. A to i taky myslím, že je dobrý probrat, o tom pohovořit, ale to je u každého jiný.

VÝZKUMNÍK: My jsme o tom mluvili, že jsi zmiňovala třeba, co následovalo po vysazování léků, podezřívost, hledání skrytých významů, potom třeba veselý příběh s mořskou pannou. Zmínili jsme i Ježíše, ale bavili jsme se i o strachu a úzkosti. Je tam třeba ještě něco doplnit?

RESPONDENT: U schizofrenie má hodně lidí hlasy. Já mám hlasy, ale jako ty intrapersonální, nebo jak se to jmenuje. To jsou hlasy, který mám uvnitř v hlavě. Že já to neslyším z vokna, nebo neslyším mluvit támhleto kytku, ale když se něco děje, tak začínám mít hlasy uvnitř hlavy. Znáš to? Učili jste se o tom?

VÝZKUMNÍK: Co já znám z vlastní zkušenosti, je vnitřní monolog.

RESPONDENT: To já mám taky. Ale já mluvím o intraper.. já nevím. Já tomu říkám „intra“, těm vnitřním hlasům.

VÝZKUMNÍK: A za jakých okolností se ty hlasy objevují? Je to pořád, nebo během určitých životních situací?

RESPONDENT: Já si myslím, že tohle už souvisí s tou chemií, že to už není, že by si člověk jen povídal sám se sebou.

VÝZKUMNÍK: A je to něco, co ty vnímáš pořád, nebo při tom vysazení?

RESPONDENT: Ne, ne. Jen při tom zhoršení. Já jsem musela říct, že to existuje. Protože hodně lidí ani neví, že nějaký intra jsou.

VÝZKUMNÍK: A přijde ti, že ty hlasy jsou užitečný, nebo ne?

RESPONDENT: To je hodně nepříjemný, hmmm. Jako jsou takový hlasy, který říkají, co máš dělat, ale tohle je něco jiného. Uvedu příklad, že kluci z budoucnosti prostě tam mají nějaký problém s nějakýma počítačovejma hrama a protože my jsme to vymysleli v týhle době a já mám takovou haluz rozjetou a já tomu věřím v tu chvíli, takže se snažím jim pomoci, těm programátorům. Prostě.. a to už jsou potom takový bludy.

VÝZKUMNÍK: A to znamená (ať si to umím představit) ty hlasy mluví, jako by ti někdo telefonoval?

RESPONDENT: To je uvnitř hlavy, to je vevnitř. Neslyším to jako zvenku, ale takovou.. já nevím. Já nevím, jak to mám popsat. Já totiž mám pocit, že každéj má tu vnitřní konverzaci jinou. A že já vůbec nemůžu vědět, jak ty vlastně mluvíš. To je strašně zvláštní.

(1:50)

VÝZKUMNÍK: To je individuální. A v těch situacích ti pomáhá co?

RESPONDENT: No když už se mně takhle rozbíhá něco, tak to už si začínám třeba hledat nějakou tu nemocnici nebo stacionář, ale, zajdu do Hearing voices, pokecáme si tam o tom, oni mě uklidní, já se přestanu bát a jdu domů a třeba za týden je to v pohodě.

VÝZKUMNÍK: Čili to není něco, co se objeví náhle, je to pozvolnější.

RESPONDENT: Jo.

VÝZKUMNÍK: To mi ale zase přijde důležité, že to umíš zaregistrovat, že se něco mění, že se něco objevuje a znáš ty řešení a umíš, nebojíš se je využít.

RESPONDENT: No jako já prostě.. beru takový léky a tak je beru, aby na mě nějaká ataka nekontrolovatelná nepřišla. To znamená, že mám nastavený ty léky dobře, teď jsme ještě s [REDACTED] něco vysazovali, Lyricu jsme zvedli a mně je docela dobře. Jsem trochu unavená, ale jinak v pohodě. Když jsem dřív těm lékům

nerozuměla, chytla jsem paniku, začala jsem si balit kufry do nemocnice a že nechci..

VÝZKUMNÍK: Tak to už je tak posun, že tuhle situaci umíš řešit jinak než balením kufrů.

RESPONDENT: No, jo. A myslím si, že to je hodně důležitý, že.. ono by se to mělo dát zvládnout ambulantně. Hodně věcí by se dalo zvládnout ambulantně s doktorem, ale jak už prostě..

VÝZKUMNÍK: Tady je asi důležitý ten tvůj vklad, že umíš kontaktovat Slyšení hlasů... Co se ti ještě osvědčilo?

RESPONDENT: Já už si neto... Ale jde o tom, že to opravdu může nastat někdy, hlavně když se vysazují léky, alespoň já mám takovou zkušenost, že někdy ten člověk může skončit opravdu hodně rozjetej. A já bydlím v [REDAKCE], takže spádově spadám pod kliniku, to jsem si tak zařídila. Ale jsou lidi, kteří můžou skončit někde v [REDAKCE] a můžou tam zažít taky pěkný hrůzy. Ale fakt je, že jsem trošku negativně založená, protože v těch [REDAKCE] se mně nelíbilo. Nebyli tam na mě dost solidní.

VÝZKUMNÍK: To říká dost lidí, nikdo jim dobrou reklamu nedělá. Je to takhle kompletní? Můžeme to takhle uzavřít?

RESPONDENT: Já myslím, že jo. Ještě bych chtěla říct, že se s tím dá žít. Je to sice občas dost těžký, ale poznala jsem hodně lidí, ať už nemocných, nebo zdravých, a že si toho vážím jako. Protože... chtěla bych, aby tu byla ještě mamka. Mám ale ještě taťku, tak to snad nějak ještě zvládnem. Přítel mi tady teď píše... ten hodnej přítel. Ne že to tam dáš někde!

Doplnění anamnézy:

OA: Elektrošoků bylo šest. BRCA1 pozitivní, sledována. Reflux jícnu Emanera 40 mg. Oprava: Tábor byl v roce 89, ve 14 letech (v 8. třídě), nikoliv v 15. Kolaps při trestu: složila se na zem, omdlela, dostala 1 facku (otec je fackoval, když se hádali s bratrem, hádali se skoro pořád: „*Hrozně mi to ubližovalo, měla jsem tatínka moc ráda.*“ Probrala se za několik vteřin. Prožívala lítost: „*Myslela jsem si, že mě nemá*

rád.“ Plus děs a strach. Spaní měla vždy dobré. SPA otec 70, bratr 42, babička mívala deprese. RA: matka a bratr BRCA1 pozitivní.

Respondent Diana

Informovaný souhlas: S uvedením křestního jména souhlasí, s nahráváním rozhovoru souhlasí.

Doplnění anamnézy:

SPA manžel 51, matka 68, otec zemřel před 7 lety ve věku 56.

CAD nekuřák, alkohol minimálně (1 litr vína za rok).

OA: V prvním manželství napadena fyzicky 2x (chytil ji zezadu za krk a cloumal s ní. Důvod odchodu od manžela: aby dcera nevyrůstala v takovém prostředí, plus měla se kam vrátit. Po odchodu subdepressivní ladění s vracejícími se myšlenkami a vzpomínkami, k „úlevě od teroru“ došlo teprve po jednom roce, zlepšení myšlenek:

Po roce přišla úleva od teroru, úleva od neustálých vulgarit, takže se dá říct, že se to projevilo myšlenkami. Začala jsem si zase věřit. Nikdo mě nebuzeroval, jak chodím oblíkaná a tak. Vzpomínky přetrvávají dlouhodobě v mírnější formě: Ve vzpomínkách mám exmanžela stále, ale málo.

Výchova přísná (matka), otec byl ten, kdo víc povolil. Výchovná opatření fyzické tresty a zákazy, spíše však zřídka.

„Myslím si, že je to klíčové převzít život do vlastních rukou“.

Spaní měly vždy dobré.

Respondent Petr

Informovaný souhlas: S uvedením křestního jména souhlasí, s nahráváním rozhovoru souhlasí.

Přepis audiozáznamu (40 min.):

VÝZKUMNÍK: Když přejdou na začátek, dával jsem na Facebook oznámení o výzkumu, vy jste reagoval docela promptně, co Vás na tom zaujalo?

RESPONDENT: Já se rád zúčastním rozhovorů výzkumů a tak.

VÝZKUMNÍK: Čím to je, že Vás to baví? Jste rád v kontaktu s lidma?

RESPONDENT: Rád pomůžu ve výzkumu a možná si třeba uvědomím něco navíc, o sobě.

VÝZKUMNÍK: To znamená, že rád někomu pomůžete a zároveň jste schopný si z toho něco vzít pro sebe, pro Váš osobní rozvoj?

RESPONDENT: Jo. Rád se takhle vyjádřím

VÝZKUMNÍK: Takže je to příležitost být vyslyšen, nějakým způsobem se zapojit.

RESPONDENT: Hmm.

VÝZKUMNÍK: My jsme se domlouvali na schůzce, mě by zajímalo, co se Vám tak honilo hlavou, jak by ten rozhovor měl probíhat..

RESPONDENT: Že jestli najdu to hodinkářství (místo srazu, pozn.)

VÝZKUMNÍK: Ale našel!

RESPONDENT: Jo.

VÝZKUMNÍK: Dobrá. Já si Vás poznačím, že si Vás v práci můžu uvést jako Petra, ročník narození:

RESPONDENT: 87, 29.

VÝZKUMNÍK: Kde byste chtěl, abychom začali. Čím začít?

RESPONDENT: Tak asi od těch faktorů, které mě ovlivnily, že jsem dostal schizofrenii.

VÝZKUMNÍK: A co si myslíte, že to bylo?

RESPONDENT: Já jsem byl nešťastně zamilovaný, už x-krát, že jsem chtěl nějakou holku, která mě nechtěla, j jsem do ní byl zamilovaný a odtud vlastně první, druhá ataka byly způsoben tady tím, že jsem se zamiloval.

VÝZKUMNÍK: A kdy to bylo?

RESPONDENT: 2010 a 2013. 2010 to bylo hodně silné, já mám takovou blbou schopnost, že jsem schopný se třeba zamilovat prostě rychle, dřív než ta holka.

VÝZKUMNÍK: Takže je to nějaká schopnost se pro něco nadchnout? V tomhle případě pro vztah, nebo pro lásku?

RESPONDENT: No ale jako že nikdy z toho nevznikl vztah, nebo jako jsem se zamiloval rychle a my jsme pak spolu někde byli a jsem nebyl schopen se nějak bez ostychu vyjadřovat.

VÝZKUMNÍK: To znamená, že to.. bylo vám 13? 12?

RESPONDENT: To mi bylo 23.

VÝZKUMNÍK: Počty.. 23.

RESPONDENT: To byla první ataka.

VÝZKUMNÍK: A jak se to projevovalo?

RESPONDENT: Jak se projevovala první ataka, jo? Já jsem pracoval v rádiu, tam jsem potkal takového metalláka – satanistu a já jsem potom měl strach, my jsme vedli korespondence takové, fantasmagorické věci jsme si psali, já už jsem byl trochu nemocný a potom jsem měl pocit, že po mně jdou satanisti. Když jsem uviděl člověka oblečeného v černém, v černém oblečení, tak jsem myslel, že je satanista a že po mně jde. Já jsem to měl takové zvláštní, že jsem myslel, že mě chtějí jakoby k sobě přidat, že mi nechcují ublížit, ale chtějí, abych se stal satanistou.

VÝZKUMNÍK: Tak to je zase pozitivní zpráva, že vám nechtěli ublížit. A vy jste nechtěl třeba být satanista?

RESPONDENT: Tak já věřím na reinkarnaci, tročku spíš spiritualista.

VÝZKUMNÍK: Tak někdo třeba považuje satanisty za trochu spirituální, nebo aspoň oni si to třeba trochu, myslí, že spirituální jsou. Takže vy si to nemyslíte?

RESPONDENT: Ne, já uznávám Světlo. Já věřím v Boha. Jsem se vlastně dopracoval k takové křesťanské skupině, která jakoby uznává reinkarnaci, ale zároveň jsou křesťani.

VÝZKUMNÍK: To je zajímavé. Jak se jmenují?

RESPONDENT: Obec křesťanů.

VÝZKUMNÍK: Tady v Brně?

RESPONDENT: V Brně mají jednou za měsíc obřad, jinak sídlí v Praze

VÝZKUMNÍK: A to je to Světlo?

RESPONDENT: Já to tak vnímám.

VÝZKUMNÍK: A to je, co Vám pomáhá?

RESPONDENT: To mi pomáhá, tam se vždycky cítím dobře.

VÝZKUMNÍK: A je ještě něco dalšího, co Vám pomáhá?

RESPONDENT: Já zkouším bylinky třeba. Chodím za psycholožkou, a tak.

VÝZKUMNÍK: Tak to toho děláte docela hodně. To pak rozumím tomu, že i jedna z těch věcí, kterou očekáváte od toho rozhovoru je, žeám může přinést osobní rozvoj.

RESPONDENT: Ehmm.

VÝZKUMNÍK: Což teda chápu, když tak mě opravte, že osobní rozvoj je něco, co ve Vašem životě hraje velkou roli.

RESPONDENT: Určitě.

VÝZKUMNÍK: Na sobě nějakým způsobem pracujete.

RESPONDENT: Hmm. Snažím se Buzer-lístek dělat, to je takovej lístek, jestli Vám to něco říká?

VÝZKUMNÍK: Ne.

VÝZKUMNÍK: Že si na každý den naplánuju třeba, že si mám dát studenou sprchu, já nevím, 20 minut školy, 20 minut meditace, 20 minut cvičení a potom to

každý večer začervením, nebo zazelenám, když jste to udělal a potom se ohodnotím.

VÝZKUMNÍK: Jste na sebe přísný?

RESPONDENT: No, moc ne.

VÝZKUMNÍK: Tak to je možná v pořádku.

RESPONDENT: Jo?

VÝZKUMNÍK: Člověk by se měl umět odměnit, nebo k sobě být aspoň trochu shovívavý, proč si ze života zbytečně dělat nějakou drezúru. Dobrá. V čem se ty ataky z roku 2010 a 2013, v čem se liší, nebo co mají společného?

RESPONDENT: No, v té druhé atace, to je vtipné, jsem si myslel, že po mně jdou katolíci. A zas že mě k sobě chtějí přidat, jako ty satanisti.

VÝZKUMNÍK: Koukám, že jdete na dračku.

RESPONDENT: (smích)

VÝZKUMNÍK: A ke katolíkům jste nechtěl?

RESPONDENT: Taky ne. Protože neuznávají reinkarnaci. A to je pro mě nejpodstatnější, já jsem hodně přesvědčen o reinkarnaci. A jinak, každá ataka, já jsem měl ještě v roce 2015 jednu, to bylo po státnicích, já jsem se tak soustředil, že jsem to přehnal, tak každá ta ataka byla slabší, než ta předchozí.

VÝZKUMNÍK: Tak to je pozitivní zpráva, ne?

RESPONDENT: Jo, no.

VÝZKUMNÍK: A co se stalo v tom roce 2015?

RESPONDENT: Myslel jsem si, že mě zkoumají policisti. A že, ještě že mě honí nějaká slovenská mafie, a zároveň, chvilka jsem si myslel, že (to jsem vnímal pozitivně) jsem měl pocit, že zkoumají tu mafii. Že je chcou potrestat, nebo co, a zároveň, že mě nějak sledují.

VÝZKUMNÍK: Když odhlédneme od tady těch třech atak, a podíval byste se na svůj život v rozmezí od dětství po současnost, jak byste se představil? Nebo - jak

byste nějak vykreslil svůj příběh, kdybyste psal třeba o sobě nějakou knížku? Co bylo pro Vás důležité ve Vašem životě?

RESPONDENT: Tak asi mamka moje, na té jsem pořád dost závislý, že mi teta říká, že jsem takovej Mamánek, jinak mě docela baví dobrovolnické aktivity, třeba studentské rádio, nebo spolky na katedře, nebo tak. A jako mamka mi říká, že mám dobré srdce, což si myslím, že platí. A zajímá mě jako by občanská společnost, neziskovky a tyhle věci.

VÝZKUMNÍK: To asi souvisí s tím studiem, že Vás zajímá životní prostředí a takhle

RESPONDENT: No a jsem členem Strany zelených. Když jsme u toho. Baví mě hudba, hodně. Mám rád Colours of Ostrava, to je ostravskej festival velkej.

VÝZKUMNÍK: Takže to jsou všechno věci, u kterých načerpáte energii? Které Vám něco dávají?

RESPONDENT: Ehmm. Rád objevuju nové kapely. Já nemám moc žádný závažný zkušenosti, že by mi někdo umřel, nebo tak. Nevím, jestli pro Váš výzkum budu nějak platný.

VÝZKUMNÍK: Všechno je v pořádku tak, jak to je. Vy jste řekl, e děláte doktorské studium, což znamená, že v předchozích letech jste byl asi dobrý student?

RESPONDENT: Jo.

VÝZKUMNÍK: Škola Vás bavila?

RESPONDENT: Jo, mě to bavilo. Aji jsem byl oblíbenej u učitelů. Když jsem psal bakalářku, tak mi napsal „Pro studenta vašeho formátu to jistě nebude problém.“

VÝZKUMNÍK: Tak to je hezké ocenění. Aji vedoucí katedry (mi dělá školitele) mi říkal, že bych měl dělat doktoranda, že na to mám. Jako bakalářka byla taková zvláštní. Protože od vedoucího jsem dostal B a od oponentů jsem dostal éčko.

RESPONDENT: Tak do toho už zasahuje spousta jiných věcí, to už je někdy taková loterie.

VÝZKUMNÍK: Kdybychom začli třeba v dětství, školka, jak byste to popsal?

RESPONDENT: Já jsem byl vždycky trošku jiný.

VÝZKUMNÍK: Jak to?

RESPONDENT: Já nevím, jak to popsat. Nebyl jsem takový průměrný jakoby..., že mě zajímaly různé zajímavé koníčky.

VÝZKUMNÍK: Jaké třeba?

RESPONDENT: Třeba jsem organizoval festival pro Tibet..

VÝZKUMNÍK: Ve školce?

RESPONDENT: (smích) Ne. Já nevím, jak bych to popsal. Třeba jsem dělal různé blbosti, vylezl jsem na stůl v trenkách..

VÝZKUMNÍK: A co Vám to dávalo? Akorát jste se předváděl, nebo..

RESPONDENT: Dobře mi to dělalo, nevím.

VÝZKUMNÍK: Teď už se bavíme o té školce.

RESPONDENT: Jo. Ale to trvalo až do gymplu. Jakoby na vysoké jsem se už vzpamatoval.

VÝZKUMNÍK: Takže jste tancoval na stole. A ještě něco jiného?

RESPONDENT: Mně vyprávěla učitelka, ona si to pamatuje, že jsem dělal opičáka. Jsem poskakoval a „takhle“ jsem dělal

VÝZKUMNÍK: Co by o Vás řekli spolužáci? Asi by neřekli, že jste byl nějaký introvert v koutku?

RESPONDENT: No, tak trošku byl. Byl jsem trošku jako by trošku outsider jsem byl, ale vždycky jsem vycházel dobře se všema a můžu říct, že trošku jako ten outsider jsem byl.

VÝZKUMNÍK: To znamená, že jste se tak cítil, nebo z čeho tak usuzujete?

RESPONDENT: No že jsem nebyl takový klasický oblíbený student, ale třeba oni mi říkali „Peťo máme Tě rádi takového, jaký jsi.“ To jako vyjadřuje, že jsem odlišný, ale že zároveň s něma dobře vycházel.

VÝZKUMNÍK: Takže to je taková podpora. Vyjádření podpory. To zní docela fajn, že lidi člověka berou člověka takového, jaký je.

RESPONDENT: Já jsem si třeba na gymplu chodil meditoval, jsem si sedl dozadu a meditoval jsem.

VÝZKUMNÍK: Takhle mi to zní jako příjemná docházka, že to ve škole mohlo být fajn.

RESPONDENT: Jo.

VÝZKUMNÍK: Mohl jste si zatancovat po stole, nebo taky nemusel, spolužáci řekli „My Tě bereme takového, jaký jsi“. Takže to mohly být docela fajn strávené roky.

RESPONDENT: Jo, dobré roky. Nejlépe pro mě bylo na základce, já jsem potom šel na šestiletý gympl, tam to zpočátku bylo takové kruté, tam mě neměli z počátku moc rádi.

VÝZKUMNÍK: Na tom gymplu?

RESPONDENT: Ale pak se to úplně proměnilo. Teďka jeden z mých nejlepších kamarádů je člověk, který do mě dost ryl na začátku gymplu.

VÝZKUMNÍK: A čím to bylo, že se to tak proměnilo?

RESPONDENT: Já umím získat lidi na svou stranu.

VÝZKUMNÍK: Takže to je taková nějaká vaše schopnost, která je důležitá?

RESPONDENT: Jo. Snažím se s každým vycházet dobře.

VÝZKUMNÍK: Čím to je, že se snažíte s každým vycházet dobře?

RESPONDENT: Protože mi nedělá dobře, když mě někdo nemá rád. A třeba když jsem sbíral podpisy pro referendum o nádraží a šel člověk, byl nějaký agresivní, já jsem si s ním vyprávěl a pak se úplně proměnil a pak třeba mi podpis nedal, ale vyšli jsme dobře.

VÝZKUMNÍK: Dalo by se teda říct, že za tím je nějaké Vaše pochopení, že sám víte, jak je důležité, abyste se cítil dobře, tak chcete, aby i ostatní se cítili dobře? Aby nevznikaly nějaké konflikty, chápu to správně?

RESPONDENT: Jo.

VÝZKUMNÍK: Vy jste zmínil, že první ataka byla ze zamilovanosti intenzivní, to bylo i u těch dalších?

RESPONDENT: To bylo u té druhé. Třetí bylo u státnic.

VÝZKUMNÍK: Ta zamilovanost už je nějakým způsobem lepší, už ji jinak zvládáte?

RESPONDENT: Já už si dávám pozor. Abych se nezamiloval.

VÝZKUMNÍK: Abyste se nezamiloval. A jak to děláte?

RESPONDENT: No, to nevím. Že neuvažuju o nějakých holkách, že se snažím neuvažovat o nich jako o partnerkách. Nějak se moc jako nestýkat s holkama.

VÝZKUMNÍK: Čili to je něco, co Vám pomáhá, co máte osvědčené.

RESPONDENT: A vědět, že to nějak vyprchá. Já jsem to totiž v tom roce 2013 řešil docela blbě, že už jsem si tehdy řekl, že je mi lepší samému, než být ve vztahu, že nechci mít zase další ataku. Tak když jsme jezdili s jednou spolužačkou do jedné vesnice dělat takový výzkum a já jsem se do ní pomalu zamilovával, tak jsem se snažil nejedít s ní spolu, abych jezdil sám, ona sama a aby se to neprohlubovalo. Myslel, že to vyprchá, ale nevyprchalo, bylo to intenzivnější, když jsem s ní nebyl a ta mě odmítla, že nejsme dost kvalitní a já jsem byl dost mimo, jsem nebyl schopen se soustředit, že mi napsala, že mě nechce.

VÝZKUMNÍK: Jak jste to řešil? Byl jste hospitalizován?

RESPONDENT: 2010 jsem byl hospitalizovaný, 2013 ne, to jsem měl dobrého doktora, který to zvládl. 2015 už jsem měl jinou doktorku, která byla slabší, tak to skončilo hospitalizací.

VÝZKUMNÍK: To jste byl tady v Brně?

RESPONDENT: 2010 jsem byl v Brně, 2015 jsem byl v Opavě, jsem ze severní Moravy. Já jsem tehdy byl v Brně, když jsem studoval.

VÝZKUMNÍK: A jak dlouho trvala ta hospitalizace?

RESPONDENT: Pět týdnů. Potom jsem měl ještě 2011 hospitalizaci, protože jsem si naočkoval myšlenky, že si o mně myslí někdo něco špatného, ale pak jsem změnil doktora, protože jsem zjistil, že je tady nějaký dobrý doktor Zahradník, tady v Brně a u něho jsem byl, ten říkal, že jsem vůbec neměl být hospitalizovaný, že jsem zdravý.

VÝZKUMNÍK: Někdy je těžko to hodnotit.. Třeba kdybyste srovnal.. V tom Brně jste byl v Bohunicích?

RESPONDENT: V Bohunicích.

VÝZKUMNÍK: Kdybyste srovnal hospitalizaci v Bohunicích a v Opavě, bylo to podobné, nebo v tom byl nějaký rozdíl? Jak to vidíte?

RESPONDENT: Bylo to odlišné, protože tam probíhá terapie v té Opavě. Jsem byl tři dny, nebo dva dny na nejtěžším oddělení, si měsíc jsem byl na takovém středním a měsíc a půl jsem byl na opravdu nejlehčím a tam probíhá každý den psychoterapie. V těch Bohunicích tam byla nuda. Tam byla jen rehabilitace rukou, nějaké hrabání listí, a tak.

VÝZKUMNÍK: To většinou lidé říkají. Je taková zpětná vazba na Bohunice, že tam člověk leží, jí a bere prášky a nic jiného se tam neděje. To je fajn slyšet, že v Opavě je to lepší. 2013 Vám teda pomohl ten lékař? Znamená to, že jste vycítil, že se něco děje?

RESPONDENT: Mně když to začínalo, tak jsem u něj byl a on mi zvýšil prášky.

VÝZKUMNÍK: A to pomohlo?

RESPONDENT: Hmm. Já jsem v tom chtěl ještě nějaký čas zůstat, jsem viděl film o Johnu Nashovi, jestli víte. Ten film je o schizofrenikovi, kterej dostal Nobelovu cenu za matematiku.

VÝZKUMNÍK: Ten film se jmenoval..

RESPONDENT: Čistá duše. Tak jsem chtěl nějak se s tím sžít, podobně jako on. Nejdřív jsem se necítil dobře, pak se to nějak zlepšilo, chtěl jsem žít podle toho Johna Nashe a tak jsem, tak on mi je potom chtěl ještě zvýšit, tak to větší zvýšení nebylo. Ale bylo to konstantní po celou tu dobu, že se to nezhoršovalo, nebo tak. Potom jsem si jednou řekl, že už to chcu .. tak jsem si pak vzal ty prášky a pak jsem byl úplně vyléčen.

VÝZKUMNÍK: Je to nějaká zkušenost, že jste to zvládl, ve spolupráci s tím doktorem?

RESPONDENT: Hmm.

VÝZKUMNÍK: To znamená, že teď když máte tu lékařku jinou..

RESPONDENT: Já jsem se vrátil k tomu doktorovi.

VÝZKUMNÍK: Vrátil jste se tam.

RESPONDENT: Já jsem potom byl na severní Moravě, asi rok a půl, nebo rok a měsíc, tak nějak, tak jsem chodil za doktorkou do Ostravy.

VÝZKUMNÍK: Je to jistota, že když se bude něco dít, že víte, že on to zvládne.

RESPONDENT: Ano.

VÝZKUMNÍK: Jestli si to pamatuju dobře, zmínil jste, že si z Vás lidé ta trošku utahují, že jste mamánek.

RESPONDENT: Hmmm.

VÝZKUMNÍK: To znamená, že je pro Vás mamka oporou, jednou z těch opor, co máte. Kdo ještě další je nějakým způsobem důležitý ve Vašem životě?

RESPONDENT: Tak tatka asi, oni jsou rozvedení. Možná babička, jedna. Možná brácha.

VÝZKUMNÍK: Takže máte i bratra.

RESPONDENT: Mám i bratra. Ten zas je vyléčený alkoholik.

VÝZKUMNÍK: Mladší, nebo starší?

RESPONDENT: Starší.

VÝZKUMNÍK: Rodiče so rozvedli. Je to delší dobu?

RESPONDENT: Minulej rok.

VÝZKUMNÍK: Jste v kontaktu s oběma?

RESPONDENT: Jo, teď jezdím za tatkou. Teďka bydlím u svojí mamky, u babičky jedné. Tak tam jezdím občas. Jinak jsem doma s mamkou a babičkou.

VÝZKUMNÍK: Zmínil jste tři ataky, ony měly společný nějaký strach z něčeho.

RESPONDENT: Paranoidní.

VÝZKUMNÍK: Je to nějaký zážitek, který jste měl už dřív v životě? Například strach, obavy?

RESPONDENT: Já jsem v dětství míval strach z duchů. Já jsem nebyl schopný spát v pokoji, já jsem každou noc utekl za rodičema do postele. A když jsem byl třeba zhulenej, já jsem kouřil trávu, tak jsem měl takový dojem, že rodiče platí všechny moje kamarády, aby se se mnou bavili.

VÝZKUMNÍK: Ten strach z duchů – to bylo někdy ve školce?

RESPONDENT: Hmmm.

VÝZKUMNÍK: To znamená, že byl například večerníček, film, bylo to strašidelné, tak jste nemohl usnout?

RESPONDENT: Já jsem usnul, když tam rodiče ještě chodili, ale pak jsem dostal strach. Když jsem se probudil, tak jsem dostal strach.

VÝZKUMNÍK: Že se člověk probudí po tmě?

RESPONDENT: Hmm.

VÝZKUMNÍK: To potom nějak samovolně přešlo?

RESPONDENT: No, to postupně...

VÝZKUMNÍK: To znamená, že to je spíš věc spojená s chozením do školky?

RESPONDENT: Aji ve škole.

VÝZKUMNÍK: To znamená, že rodiče vás vždy zachránili.

RESPONDENT: Taťka byl naštvanej. Že mi dal i na prdel. Ale to bylo zajímavé, že když mi dal na prdel, tak jsem hned usnul.

VÝZKUMNÍK: Takže to byla osvědčená metoda. Co mu na tom vadilo?

RESPONDENT: Že je ruším a že má spát sám.

VÝZKUMNÍK: Ještě jste zmínil trávu, to byla marihuana, nebo co to bylo?

RESPONDENT: Hmm.

VÝZKUMNÍK: Před první atakou, to znamená, že to bylo ještě na gymplu? Nebo to bylo na vysoké?

RESPONDENT: Začal jsem kouřit tak po maturitě.

VÝZKUMNÍK: Co bylo impulsem? Byla to náhoda, nebo plán vyzkoušet?

RESPONDENT: Já jsem se znal s takovýma spirituálníma lidma a oni to používali pro meditace a jednou jsem byl s jedním z nich, jsme čekali na ostatní na takové chatě. A on měl trávu, takže mi ji dá, ať ji zkusím a pak se mi to zalíbilo, tak jsem kouřil i s kamarádama, kteří už kouřili dřív.

VÝZKUMNÍK: To bylo nějaké období, kdy jste kouřil trávu?

RESPONDENT: Od devatenácti asi do dvacetitřech.

VÝZKUMNÍK: To bylo pravidelně, nebo občas?

RESPONDENT: Tak jednou ta dva týdny asi. Byly doby, kdy jsem nekouřil jednou za dva měsíce a byly doby, kdy jsem kouřil třeba jednou za dva týdny, nebo tak.

VÝZKUMNÍK: Je to něco, k čemu jste se nějakým způsobem vrátil, nebo už je to uzavřené?

RESPONDENT: To už je uzavřené. Ale doufám, že se z té schizofrenie dostanu a že budu muset zase kouřit. Protože mi to chybí.

VÝZKUMNÍK: V těch 23 letech, po té první atace, tam už jste nezkoušel trávu?

RESPONDENT: Ne, ani alkohol. Občas si dám jednu deci vínka, ale to mi říkali, že to můžu.

VÝZKUMNÍK: My jsme se bavili, že to, co spojovalo ataky, byl strach, obavy, jestli vás někdo nepronásleduje. Vy jste zmínil duch ve školce, byla ještě nějaká jiná životní situace, kdy jste měl takový nějaké pocit?

RESPONDENT: Já si vzpomínám, že jsem míval strach, že dostanu nějakou těžkou nemoc. Já jsem například uklízel v takovém jednom areálu, tam jsem našel špendlík, o který jsem se píchl a měl jsem starost, jestli nedostanu AIDS. Měl jsem strach, že dostanu zápal mozkových blan.

VÝZKUMNÍK: To bylo v kolika letech?

RESPONDENT: To bylo na gymplu, to jsem měl tak patnáct let.

VÝZKUMNÍK: Byl jste hospitalizovaný dvakrát, jednou v Brně, jednou v Opavě. Jednu ataku zvládl lékař. Byl jste hospitalizovaný někdy před tím? Z libovolného důvodu..

RESPONDENT: Spálu jsem měl.

VÝZKUMNÍK: To bylo v dětství?

RESPONDENT: V dětství to bylo. Tu jsem měl třikrát.

VÝZKUMNÍK: Pamatujete si to, nebo to je dávno?

RESPONDENT: Pamatuju si, že to pro mě bylo peklo ta nemocnice. Tam byl nějaký agresivní malý kluk, ale starší než já, a ten mi kradl plyšáky.

VÝZKUMNÍK: To znamená, že to bylo ve školce? Nebo ještě před školkou?

RESPONDENT: Ve školce. A pak jsem byl na gymplu s meniskem. Meniskus. Ta hospitalizace s tím meniskem byla fajn, tam byli fajn lidi.

VÝZKUMNÍK: Tu spálu jste měl třikrát. To se vracelo, nebo mezi tím byl nějaký delší rozestup?

RESPONDENT: Tak rok, dva. Já už si to přesně nepamatuju.

VÝZKUMNÍK: Chápu, že když je člověk na gymplu a je hospitalizován, že si to zorganizuje jak chce a je pánem svého času. Zatímco když se člověk dostane jako malý kluk do nemocnice, kde je závislý na rodičích, tak to může být těžší.

RESPONDENT: Hmm.

VÝZKUMNÍK: Když se to pokusím shrnout, máte bratra, mamka taťka se rozvedli, ale vycházíte dobře, z výraznějších událostí jsou tam hospitalizace kvůli spále, ty první tři, to jste byl ještě ve školce, na gymplu meniskus. Potom jste 19-23 let kouřil trávu, to bylo v rámci spirituálních zájmů..

RESPONDENT: Ale později jsem to už nebral spirituálně, ale jako takovou zábavu.

VÝZKUMNÍK: Ve 23 letech byla první ataka a potom v rozmezí 2-3 let se to vrátilo, ale co je pozitivní, že to bylo mírnější. Z životních událostí – je třeba něco doplnit? Někakou událost výraznou?

RESPONDENT: Tak možná že na gymplu jsem byl dost sám, v prvních letech, ale na konci jsem se přidal k dobré partě a potom to bylo fajn.

VÝZKUMNÍK: To jste zmínil, že i ten kamarád, který původně ani kamarád nebyl, že když Vás poznal jako člověka, tak zjistil, že máte něco společného...

Mně by to takhle stačilo. Když to takhle uzavřu, máte pocit, že to je takhle kompletní?

RESPONDENT: Já bych, jestli můžu, poopravit, já jsem byl hospitalizovaný jenom s první spálou. Možná ještě s tou druhou, ale s tou třetí určitě ne.

VÝZKUMNÍK: Takže dvakrát.

RESPONDENT: Jo.

VÝZKUMNÍK: Děkuju za rozhovor.

Doplnění anamnézy:

FA: Prosulpin 1-0-1, leponex 1-0-1, fluanxol injekčně 1x měsíčně. S medikací spokojený. Přetrvávající projevy: Uvádí, že občas říká potichu věci, které nejsou pravda, a nechce, aby je někdo slyšel. U katolíků říká „Já jsem satanista“, na katedře říká „podváděl jsem při státnicích“ a u návštěvy tety s malým dítětem říká „jsem pedofil“.

SPA: rodiče oba 59 let,

CAD cigarety 20-25 denně, snaží se omezit.

RA: Bratr byl 1x v protialkoholní léčebně, nyní sledován.: *Já jsem v dětství míval strach z duchů. Já jsem usnul, když tam rodiče ještě chodili, ale pak jsem dostal strach. Když jsem se probudil, tak jsem dostal strach. Usínal však v pořádku, obtíže až po probuzení, přetrvávalo i na základní škole do ca. 10 let.*