

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

**PROŽÍVÁNÍ VZTAHŮ A
DENNÍ SNĚNÍ U OSOB SE
SCHIZOFRENIÍ**

**RELATIONSHIPS AND DAYDREAMING IN PEOPLE
WITH SCHIZOPHRENIA**



Magisterská diplomová práce

Autor: Bc. Lenka Žalmanová

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D

Olomouc

2019

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucímu práce PhDr. Mgr. Romanu Procházkovi, Ph.D. za podnětné konzultace a myšlenku obohatit výzkum o oblast denního snění. Děkuji také své rodině (i té bytové) a přátelům, za podporu a odreagování při psaní práce. V neposlední řadě velmi děkuji všem respondentům, za jejich ochotu a otevřenost při realizaci rozhovorů. Bez nich by práce nemohla vzniknout.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Prožívání vztahů a denní snění u osob se schizofrenií“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne

Podpis

OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
OBSAH		3
ÚVOD		5
TEORETICKÁ ČÁST		6
1	Obecné vymezení schizofrenie	7
2	Klinický obrazy schizofrenie	9
2.1	Pozitivní symptomy	10
2.2	Negativní symptomy	12
2.3	Kognitivní symptomy	13
2.4	Afektivní symptomy	14
2.5	Náhled.....	15
3	Diagnostika a subtypy onemocnění	17
4	Propuknutí, průběh a prognóza schizofrenie	20
5	Léčba, péče a podpora osob se schizofrenií	23
5.1	Psychosociální intervence	24
6	Schizofrenie v kontextu vztahů	27
6.1	Rodina a průběh onemocnění	27
6.2	Kvalita života rodiny	31
6.3	Vztahové role.....	32
7	Denní snění	36
7.1	Sociální aspekty denního snění	38
7.2	Souvislost mezi denními sny a schizofrenní zkušeností.....	40
VÝZKUMNÁ ČÁST		43
8	Výzkumný problém	44
8.1	Výzkumné cíle a otázky	45
9	Metodologický rámec a metody	46
10	Metody získávání dat	48
11	Metody zpracování a analýzy dat	51
12	Výzkumný soubor a způsob jeho výběru	53
13	Etické aspekty výzkumu	56
14	Výsledky	57
14.1	Jednotlivé případy	57
14.2	Analýza a interpretace dat	69
14.3	Odpovědi na výzkumné otázky	84

15	Diskuze	91
16	Závěry.....	96
17	Souhrn	98

	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	102
--	---------------------------------------	------------

Seznam tabulek

Seznam příloh

ÚVOD

Schizofrenní onemocnění patří mezi závažná duševní onemocnění. Jeho příznaky jsou typicky různorodé a zároveň proměnlivé v čase. V důsledku toho, může být obtížně pochopitelné. To je možná jedním z důvodů, proč je v současnosti opředené řadou mýtů a osoby, které s ním mají zkušenost, jsou často stigmatizovány.

Bohužel, se existence těchto mýtů a polopravd o schizofrenii netýká pouze laické veřejnosti, ale osobně jsem se s některými setkala u studentů psychologie či lékařských oborů. Z toho důvodu považuji za stále aktuální snahy, přiblížit prožívání a subjektivní zkušenost osob se zkušeností s tímto onemocněním. Myslím, že tyto poznatky mohou být přínosné pro laiky, ale stejně tak i pro odborníky, kteří se na jejich základě mohou lépe vcítit do prožívání těchto osob a chápat je v širším kontextu.

Schizofrenie prostupuje a narušuje život daného jedince ve všech jeho sférách. Rozhodla jsem se v práci přiblížit zkušenost osob se schizofrenií skrze prožívání jejich blízkých vztahů.

Většina lidí bez zkušenosti s duševním onemocněním dokáže popsat, jaké kvality jim přináší do života vztahy s druhými lidmi a jak může být někdy obtížné si funkční vztahy udržet. Lidé se schizofrenním onemocněním prožívají stejné vztahové potřeby a nacházejí se ve stejných vztahových rolích, ale v důsledku onemocnění je ještě obtížnější vztahy udržovat a kultivovat. Zároveň ovšem kvalitní vztahy mají, na jejich prožívání života a onemocnění samotné, pozitivní a protektivní dopad. Nelze tedy tuto oblast opomíjet.

Cílem práce je přiblížení a popsání subjektivních prožitků a zkušeností v oblasti blízkých vztahů u jedinců se schizofrenií. Se zaměřením na to, jakým způsobem na sebe působí vývoj onemocnění se vztahovou oblastí, co ve vztazích prožívají jako nejobtížnější, co jim pomáhá a co by jim případně mohlo pomoci zkvalitnit vztahy s blízkými lidmi. Cílem v oblasti denního snění je popsat jeho kvalitu obecně, ale dále je mu věnován prostor zejména ve vztahovém kontextu. Denní sny mohou sloužit, jako kompenzační mechanismus emocionálních a vztahových potřeb a jejich obsahy se často týkají vztahové oblasti. I v rámci tohoto výzkumu mohou tedy rozšířit informace o prožívání vztahů.

TEORETICKÁ ČÁST

1 OBECNÉ VYMEZENÍ SCHIZOFRENIE

Schizofrenie patří mezi závažná a komplikovaná psychotická onemocnění. Má velký vliv na všechny aspekty života a fungování jedince, včetně rodinných a sociálních vazeb, studia, práce a péče o sebe sama. Pro schizofrenii je typická pestrost symptomů psychopatologie, ale i průběhu a odezvy na léčbu. Za stejně různorodou lze považovat i etiologii onemocnění (Seifertová, Praško, Horáček, & Höschl, 2008). Nedávné epidemiologické studie uvádějí, že schizofrenie postihuje přibližně 1 % světové populace a je v pořadí 14. příčinou invalidity mladých lidí. Nese s sebou tedy výraznou ekonomickou zátěž pro společnost (Carswell, Wheeler, Vanderpyl, & Robinson, 2010).

Jedná se o mnohotvárné onemocnění, přičemž průběh a principy nemoci jsou u osob se schizofrenní zkušeností obdobné, nicméně nemocný je pokaždé jiný, a díky tomu vzniká vždy originální psychopatologický obraz. Tím se schizofrenie odlišuje od dalších psychických poruch, jejichž klinický obraz je víceméně obdobný, pouze s malými odchylkami (Kučerová, 2010).

Schizofrenní onemocnění bývá často chronické, rozhodně se nedá mluvit o onemocnění v rámci dnů, týdnů či dokonce měsíců. Ve většině případů se jedná o onemocnění, jehož průběh není časově omezen. Často zdlouhavý proces ovlivňuje kvalitu života nemocného i jeho rodiny a blízkých. Společnost z důvodu chronicity onemocnění vydává nemalé částky na léčbu a péči (Libiger, 2002).

Dlouhodobost schizofrenie ovšem neznamená, že se nutně jedná o nevléčitelné onemocnění. Naopak. Zpravidla se uvádí pravidlo třetin, kdy se jedna třetina pacientů uzdraví, u druhé se epizody nemoci opakují a třetí skupina pacientů zůstává chronická (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Při posuzování uzdravení je třeba zvažovat, zda se jedná o klinickou úzdravu, tedy absenci symptomů psychopatologie, či funkční, která se projevuje v běžném životě jedince (Harvey & Bellack, 2009). Vzhledem k různorodosti samotného onemocnění je zřejmé, že i dopady onemocnění na život jedince budou rozmanité a že výrazně nepříznivá prognóza postihne pouze část osob se schizofrenií (Bankovská Motlová & Španiel, 2017).

Schizofrenie spadá do kategorie funkčních psychóz, což znamená, že v počátku onemocnění ji neprovází prokazatelné a charakteristické poškození mozku. Ve zkratce lze říci, že se jedná

o stav ztráty kontaktu s realitou, při kterém člověk vidí, slyší, vnímá věci, které v realitě neexistují, tedy nejsou skutečné. V důsledku těchto představ a myšlenek následně jedná neobvyklým či nepřiměřeným způsobem (Doubek, Praško, Hons, & Herman, 2010). Narušený vztah s realitou je v počátku doprovázen úzkostností, chaosem, neklidem, prožitky neskutečnosti. Nemocný se postupně stahuje sám do sebe (trpí autismem) a do svého imaginárního světa (Kalina, 2001). Se zařazením autismu, jako základního příznaku schizofrenie přišel poprvé Eugen Bleuler, jenž mezi základní projevy řadil dále poruchu asociací, ambivalenci a oploštěné emoce. Tyto symptomy považoval za vlastní jakékoliv osobě se schizofrenií, bez ohledu na průběh či klinický typ onemocnění (Hoff, 2012). Autismus v jeho pojetí znamenal odtržení od reality a kontaktu s vnějším světem, spojené s fantazijním a dominantním převládajícím vnitřním životem, ve které se osoby se schizofrenií obklopují svými přáními a představami (Parnas, Bovet, & Zahavi, 2002). Laing (2000) pohlíží na tuto ztrátu kontaktu s realitou tak, že si jedinec svou zkušeností vytvoří takový svět, že už není schopný sdílet ho s ostatními. Podle něj bychom při práci s člověkem s psychózou, měli uznávat jeho odlišnost, zvláštnosti a zejména se pokusit porozumět jeho osamělosti a zoufalství.

Psychoanalytička McWilliams (2015, 74) poukazuje na to, že abychom mohli pochopit jedince s psychotickým onemocněním, musíme znát jeho psychické obrany. Ty jsou preverbální a neracionální. Spadá mezi ně: *„stažení se, popření, všemocná kontrola, primitivní idealizace a znehodnocování, primitivní podoby projekce a introjekce, štěpení, krajní disociace, acting out a somatizace“*. Obrany chrání jedince před strachy a děsy, jež vznikají v prožitcích z reálného světa a také z obtíží s vlastní identitou. Jedinci se schizofrenií si nemusejí být jistí její existencí či ji pokládat za uspokojivou.

Syřišťová (1977) chápe psychózy, tedy i schizofrenii a její symptomy, jako nedostatek schopností a možností zapojit vědomé obrany a vypořádat se s neuspokojenými potřebami a nevyřešenými konflikty, v rámci reálného světa. K schizofrenii přistupuje jako k obrannému mechanismu či pokusu osobnosti o úzdravu.

Po propuknutí schizofrenie začíná pro daného jedince: *„život v „převráceném světě“, v němž realita má ráz subjektivního výtvaru a subjektivní prožitek charakter objektivní reality“* (Syřišťová, 1973, 75).

2 KLINICKÝ OBRAZY SCHIZOFRENIE

V předchozím textu jsme se zabývali schizofrenií v obecné rovině. Uvedli jsme si základní informace, abychom byli schopni nahlédnout na podstatu onemocnění. V následující kapitole se zaměříme na jednotlivé symptomy a fenomény, jež se u tohoto onemocnění vyskytují.

Symptomy můžeme rozdělit na specifické a nespecifické. Do specifických řadíme pozitivní (bludy, halucinace, dezorganizace a jiné), negativní (afektivní oploštění, alogie, apatie, anhedonie), kognitivní a afektivní symptomy. Mezi nespecifické spadají poruchy spánku, ztráta či změna chuti k jídlu, pocity úzkosti a napětí. Většina osob se schizofrenií také ztrácí náhled. Významným fenoménem u schizofrenního onemocnění je také sebevražedné chování (Bankovská Motlová & Španiel, 2017).

K symptomům nelze přistupovat odděleně, navzájem na sebe působí a tvoří integrovaný celek. Každý projev je nutné posuzovat v kontextu dalších, pak lze nalézt smysl celého onemocnění, i když pro vnějšího pozorovatele je tento smysl nelogický (Kučerová, 2010). Ukazuje se například, že podle úrovně a poměru negativních a pozitivních symptomů lze predikovat pozdější narušení v oblasti sociální kognice a kognitivních funkcí. Ve studii z roku 2017 se ukázalo, že čím větší je výskyt negativních příznaků, tím více dochází k narušení v těchto oblastech. Naopak osoby, u kterých se vyskytují zejména pozitivní příznaky, se v těchto oblastech později téměř neliší od zdravých osob. Osoby s vysokou úrovní pozitivních i negativních příznaků nezvládnou později téměř rozlišovat mezi upřímností a sarkasmem (Bliksted, Videbech, Fagerlund, & Frith, 2017).

Symptomy zvyšují prožívaný distres, zvláště ty přetrvávající i přes zahájenou léčbu. Osoby se schizofrenií se snaží s příznaky vypořádat za pomoci mnoha copingových strategií. Nejčastěji užívají aktivní kognitivní strategie – modlení, snaha vidět pozitiva, příprava na zhoršení situace, věnování pozornosti příznakům v předem daný čas apod. Za nejefektivnější ovšem považují aktivní behaviorální strategie – popovídání si s členem rodiny nebo kamarádem, promluvení si s odborníkem, zaměstnání se jinou činností, relaxace, zaměstnání se fyzickým cvičením. Existují ještě copingové strategie zahrnující vyhybavé chování, ty obecně nejsou považovány za efektivní, přesto je také řada nemocných využívá – zvýšené kouření a přijímání jídla, užívání alkoholu nebo návykových látek, snaha ignorovat příznaky,

snaha neprojevat emoce, zvýšený spánek, snaha přehodit starosti na druhé lidi. Ti, kterým se daří zvládat symptomy lépe, vykazují obecně méně negativních příznaků (Boshi et al., 2000).

2.1 Pozitivní symptomy

Pozitivní symptomy oproti zdravé psychice, nějakým způsobem obohacují psychiku nemocného, jsou něčím navíc. Jedná se o typicky psychotické příznaky. Projevují se jako manifestace patologické desinhibice korových funkcí. Antipsychotická medikace má u nich lepší účinek než u negativních symptomů (Motlová & Koukolík, 2004).

Mezi pozitivní symptomy patří: „*ozvučování myšlenek, vkládání anebo odmítání myšlenek a vysílání myšlenek, bludy kontrolování, ovlivňování nebo ovládání, zřetelně se projevující pohyby těla či končetin, zvláštní myšlenky, činnosti nebo pocity a bludné vnímání. Dále také halucinace hlasů, které komentují pacientovo chování nebo mezi s sebou hovoří, nebo jiné typy hlasů, které přicházejí z jiných částí těla*“ (Bankovská Motlová & Španiel, 2017, 16). V případě pozitivních příznaků jako jsou halucinace, bludy nebo iluze, je nelze považovat za separované smyslové klamy, nejedná se o poruchu vnímání ve fyziologickém smyslu. Jedná se o součást komunikace a patologicky změněné situace člověka (Syřišťová, 1977).

Psychotické symptomy doprovázejí zpravidla také projevy jako je nespavost, změna chuti k jídlu, pocity úzkosti nebo strachu (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Zejména skrze poruchy spánku lze predikovat následný výskyt a závažnost psychotických příznaků. Narušení spánku, jeho kvality a kontinuity, nikoliv délky, vede druhý den ke zhoršení projevů onemocnění, zvláště pokud jsou přítomny sluchové halucinace či bludy (Mulligan, Haddock, Emsley, Neil, & Kyle, 2016).

Ozvučování, vkládání a odnímání myšlenek je provázeno pocitem, že se myšlenky samy ozvučují, někdo jiný je vkládá nebo odebírá, či že jsou zveřejňovány nebo komentovány. Tato symptomatika je označována jako intrapsychické halucinace (Bankovská Motlová & Španiel, 2017).

Bludy lze definovat jako mylná a nevyvratná přesvědčení, jež jsou pro nemocného naprosto pravdivá a skutečná. Řadíme je mezi poruchy myšlení. Bludné myšlení se vyvíjí v čase, na počátku je pouhá myšlenka, která se postupně, přes bludnou náladu, formuje a upevňuje v bludné přesvědčení. Na konci vývoje mohou být komplexní bludné systémy. Nejčastěji se

můžeme setkat s paranoidními a perzekučními bludy, dále například také s bludem extrapotenčním, religiózním, originárním (Doubek et al., 2010).

V literatuře lze nalézt zejména tři psychopatologické mechanismy, u kterých se předpokládá, že stojí za vznikem bludného myšlení. První je tendence ke shromažďování údajů, při kterém neberou jedinci v potaz důkazy a velmi rychle si vytvoří vlastní závěry, často na emocionálním nebo vztahovačném podkladu. To nemusí vést přímo k vytvoření bludu, ale může to usnadnit přijetí nesprávných hypotéz a vznik bludné myšlenky. V druhém případě se jedná o externí atribuční styl, který se vyskytuje zejména u perzekučních bludů a vzniká u osob, které mají tendenci přikládat vinu spíše druhým lidem, než aby přijaly situační rozměr nějakého pochybení. K tomu mají zejména tendenci lidé s nízkým sebevědomím. A jako poslední mechanismus se zmiňuje deficit v oblasti teorie mysli, ten je charakteristický pro osoby, které mají problém vytvořit si reprezentaci myšlenek a prožitků druhých lidí. Vznik bludu může iniciovat také úzkost či abnormální zkušenost (Garety & Freeman, 1999; Skodlar, Henriksen, Sass, Nelson, & Parnas, 2013).

Halucinace označují stav, při kterém osoba slyší, vidí, cítí, prostě jakkoliv vnímá něco, co objektivně nemá své zastoupení v realitě. Pokud si uvědomuje nereálnost vjemu jedná se o iluzi. Mezi nejčastější halucinace spadají auditivní halucinace, tzv. hlasy. Jedinec nejčastěji slyší lidské hlasy, ty mezi sebou mohou hovořit nebo promlouvají přímo k němu. Někdy může slyšet pouze jednoduché zvuky (Kučerová, 2010). Při sluchových halucinacích je aktivována frontotemporální oblast mozku, typická pro zpracování sluchových informací a řeči (Gaser, 2004).

V menší míře se vyskytují halucinace vizuální. Halucinace jsou prožívány nejčastěji velmi negativně. (Kučerová 2010). Během života mají pozitivní příznaky, tedy i halucinace, tendenci slábnout. V longitudinálním šetření se ukázalo, že pokud halucinace přetrvávají po dobu dvou let, lze předpovídat sníženou pravděpodobnost zotavení v dalších téměř dvaceti letech života jedince (Goghari, Harrow, Grossman, & Rosen, 2013). Ukázalo se, že sociální stažení může vést ke snížení intenzity halucinací, zatímco angažování v sociálních vztazích ji může mírně zvyšovat. Dále jejich intenzitu zvyšuje pasivní trávení volného času, např. sledování televize, a naopak ji snižuje aktivizace pracovní činností a snaha nečinit nic, např. relaxace (Delespaul, deVries, & Jim, 2002).

Aktuální se ukazuje u auditivních halucinací, zejména hlasů, krom klasických terapeutických a léčebných postupů, také využití počítačové technologie. Za pomoci

virtuální reality, lze vizualizovat skrze avatary slyšené hlasy a zapojit s nimi jedince do dialogu. To vede ke zmírnění negativních dopadů hlasů (Leff, Williams, Huckvale, Arbuthnot, & Leff, 2013). Nejedná se pouze o snížení závažnosti auditivních halucinací, ale také snížení depresivní symptomatiky a následné zlepšení kvality života až po dobu 3 měsíců (Du Sert et al., 2018).

Dezorganizace řeči spadá pod poruchy myšlení, můžeme sem řadit např. neologismy, ztrátu asociací, inkoherece, zárazy, echolalie, mutismus a další. V chování se dezorganizace projevuje snížením péče o vzhled, nezájmem o pořádek, neschopností udržet si denní režim, potulováním se a jinak. To vše mohou provázet neadekvátní afekty. Uvedené projevy jsou spojeny nejčastěji s akutní fází onemocnění (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Z výzkumů vyplývá, že je dezorganizace spojená s kognitivními funkcemi a vztah mezi ní a zkreslením reality není tolik silný. To znamená, že by měla být posuzována samostatně, nikoli jako součást skupiny předchozích pozitivních příznaků (Ventura, Thames, Wood, Guzik, & Helleman, 2010). V některých terapeutických přístupech bývá dezorganizace vnímána jako překážka v léčbě, jiné se s ní snaží pracovat jako s potenciálně srozumitelnou. Největší snaha je věnována zvýšení koherence řeči a verbální paměti (Hamm & Firmin, 2016).

Poruchy motoriky jsou u osob se schizofrenií různorodé. Motorika může být zvýšená nebo snižená až do stuporu. Může se vyskytnout také katatonní syndrom, mezi jehož příznaky nejčastěji patří manýrování, stereotypie, povelový automatismus, katalepsie, negativismus, grimasování, excitace, raptus a další (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). I antipsychotická medikace může mít nespecifický dopad na kvalitu motorické aktivity. Některé symptomy onemocnění, např. ztráta vůle, paranoia, halucinace a jejich dopady na jedince, vedou ke změnám v intenzitě motorické aktivity (Walther et al., 2009). Je tedy vhodné řadit do léčebného programu cvičení obecně a také psychomotorickou terapii, jež snižuje tenzi, depresi, hněv, únavu a zvyšuje uvědomění si vlastního těla (Faulkner, Adámková Ségard, & Hátlová, 2013).

2.2 Negativní symptomy

Negativní symptomy jsou přítomny u více než 50 % osob se schizofrenií a výrazně ovlivňují jejich fungování v běžném životě. Mohou se vyskytovat po projevení jiných symptomů jako deficitní projevy nebo současně spolu s pozitivními symptomy (Galderisi, Mucci, Buchanan, & Arango, 2018). Ze subjektivního pohledu nemocného i jeho blízkých se negativní

příznaky naplno projeví až po odeznění akutních pozitivních příznaků (Bankovská Motlová & Španiel, 2017).

Mezi negativní příznaky řadíme afektivní oploštělost nebo otupělost, alogii, apatii, anhedonii a sociální stažení (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Lidé se schizofrenií často k dosažení cílů volí ty nejjednodušší cesty, obecně jim chybí motivace a energie k vyvinutí vyššího úsilí. Ztráta vůle k jinak běžným činnostem se nazývá abulie a spolu s apatií se může projevovat v omezení předchozích zájmů a zanedbávání činností každodenního života, včetně sebe péče. Zájem a motivace jsou nízké také při zaměstnání či studiu. Stejně tak je přítomna ztráta smyslu v činnostech, ve kterých ho předtím nemocný spatřoval, stejně tak jako jeho okolí. Ztráta úsilí a zájmu se projevuje také v oblasti mezilidských vztahů, odráží se v jejich kvalitě i kvantitě. Sociální interakce jsou snižovány. Častý je nedostatek empatie a zájmu zapojit se aktivně do vztahů. Výše uvedené negativní příznaky narušují také expresi projevu. Ten je výrazně omezený, a zvláště ochuzený o jakékoliv citové projevy (Galderisi et al., 2018).

Změněný expresivní projev např. neměnný výraz, chudost gestikulace, nenavazování očního kontaktu a ztráta zájmu o sociální aktivity, může být obtížně přijímán blízkými nemocného. Ti, stejně jako nemocný mají často představu, že se jedná o lenivost, a že pokud by se nemocný opravdu snažil, podařilo by se mu vzpamatovat a vrátit do života. Ovšem právě kvůli zmíněné abulii a dalším příznakům včetně jejich dopadů do prožívání a chování nemocného to není možné (Bankovská Motlová & Španiel, 2017).

Dle uvedených projevů by se mohly některé negativní symptomy zaměnit za epizody deprese. Avšak z výzkumů plyne, že depresivní stav a negativní příznaky jsou oddělené jevy, které navzájem sdílí projevy anhedonie, emocionálního otupění, ztráty energie, amotivace, snížené motivace pro zapojení do vztahů a běžných aktivit. Naopak snížená nálada, pesimismus, suicidální myšlenky nelze považovat za negativní příznaky a jsou více charakteristické pro depresi (Krynicky, Upthegrove, Deakin, & Barnes, 2018).

2.3 Kognitivní symptomy

Nelze říci, že každý kdo, má zkušenost se schizofrenií má kognitivní deficit, ale existují důkazy, že u více než poloviny osob je v nějaké míře přítomen. Může být generalizovaný nebo parciální. Deficit bývá tím více rozsáhlejší, u čím mladšího člověka schizofrenie propukne (Kulišťák, 2017).

Nejčastěji se vyskytuje v těchto oblastech kognice: „*rychlost zpracování informací, pozornost/vigilita, pracovní paměť, verbální a vizuální učení, úsudek a řešení problémů, sociální kognice*“ (Kulišťák, 2017, 528).

V rámci inteligenčních testů WAIS-R, WAIS-III má schizofrenní onemocnění tyto charakteristické projevy: „*velká intersubtestová variability, chabý úsudek a porozumění realitě, snížení smyslu pro realitu, chabá koncentrace, dobrá pasivní receptivní pozornost, malá výběrovost vnímání, mohou se objevovat rozmanité deviantní a bizarní verbalizace, náhlé změny v úrovni kvality odpovědi*“ (Obereignerů, Obereignerů, Divéky, & Praško, 2011, 103).

Narušené kognitivní funkce jsou významným prognostickým faktorem, jelikož ovlivňují sociální a profesní fungování jedince. V rámci sociální kognice bývá narušen příjem a dekodování informací, vytváření odpovědi, rozhodování a následné předávání přiměřené odpovědi. Mohou se vyskytovat obtíže při formulování myšlenek (Tůma, 1999). To vše vede k zažívání stresu v rámci komunikace a vztahů. Je třeba u těchto osob rozvíjet sociální dovednosti, asertivitu a snažit se předcházet jejich izolaci. K té často dochází z důvodu nejistoty, vztahovačnosti a nedůvěry v sebe i druhé (Bankovská Motlová & Španiel, 2017).

U osob po první epizodě nemoci dochází k postupnému vyrovnání kognice na úroveň zdravých jedinců, kromě oblasti verbální a zrakové paměti. Při přetrvávání negativních příznaků se kognitivní deficit zesiluje (Bankovská Motlová, & Španiel, 2017). Závažná postižení a invalidita vznikají častěji z negativních symptomů a kognitivních deficitů, než z dramaticky působících pozitivních symptomů (Obereignerů et al., 2011).

2.4 Afektivní symptomy

Oploštění afektivity bývá považováno za důležitý symptom schizofrenie. Ve výzkumech se věnuje větší pozornost expresi emocí než jejich prožívání. Ukazuje se, že oproti zdravým jedincům, osoby se schizofrenií prožívají negativní emoce intenzivněji a proměnlivěji. Naopak u pozitivních emocí byla zjištěna nižší intenzita i variabilita. Osoby se schizofrenií jsou citlivější, než by se dle pozorování chování mohlo zdát (Myin-Germeys, Delespaul, & deVries, 2000). Plochý afekt bývá popisován u více než poloviny akutních a chronických stavů, týká se ovšem zejména behaviorálních projevů. Často se v rámci poruch nálad vyskytuje depresivní nálada, úzkosti, napětí a podrážděnost (Motlová & Koukolík, 2004).

Výskyt deprese u schizofrenního onemocnění by měl být vždy varovným signálem. Může se vyskytnout ještě před propuknutím samotného onemocnění, jako první symptom. Pozitivní symptomy může předcházet i o několik let. Výskyt v období stabilizace, může předpovídat blížící se relaps. V pozdějším období nemoci je velkým rizikem vyskytne-li se společně se získáním náhledu na onemocnění. Pokud se spolu s depresí vyskytnou prožitky beznaděje, méněcennosti či viny, často se objevují sebevražedné myšlenky (Maršálek, 2007).

Sebevražda je častou příčinou úmrtí osob se schizofrenií. U každého druhého se někdy vyskytnou sebevražedné myšlenky. Stejný počet lidí z této populace se o sebevraždu pokusí a 4–13 % ji dokoná (Bankovská Motlová, & Španiel, 2017).

I když sebevražedné myšlenky mohou být přítomny během celého průběhu onemocnění, jsou o něco častější během první epizody a při následné rekonvalescenci. Suicidální myšlenky a tendence jsou v tomto období spojeny s nízkou sociální podporou, absencí stabilních vztahů, neschopností začlenit se do společnosti, negativním přijetím nemocného kvůli diagnóze. Sebevražedné tendence také výrazně korelují s přítomností deprese, beznaděje, perfekcionismu a pozitivními symptomy, např. hlasy, které k činu nabádají, halucinacemi, bludy (Ventriglio et al., 2016). Sebevražedná tendence je vyšší u mužů a také osob rozvedených nebo žijících bez partnera (Dickerson, 2018).

Vhled na vysoké úrovni u osob, které prožily schizofrenní zkušenost může vyústit k nechuti do dalšího života. Přesto je velmi podstatný pro uzdravení (Ventriglio et al., 2016). Riziko sebevraždy není spojeno pouze s mladými dospělými či osobami zažívající počátek onemocnění (Dickerson, 2018). Vždy je třeba sledovat ohroženou osobu a všimnout si přítomnosti sebevražedných myšlenek, bilancování v kombinaci s výše uvedenými faktory.

2.5 Náhled

V předchozím textu se věnujeme náhledu na onemocnění zejména v kontextu rizika sebevraždy. To vzniká, pokud osoby se schizofrenií získají určitý vhled do onemocnění a uvědomí si jeho dopady na svůj život. Častá absence náhledu vede k horší prognóze onemocnění a zároveň snížené spolupráci při léčbě (Amador, Strauss, Yale, & Gorman, 1991).

Náhled lze definovat pomocí čtyř dimenzí: pacientovo vědomí přítomnosti duševního onemocnění, uvědomování si důsledků onemocnění v sociální oblasti, vědomí potřeby

léčby, náhled na existenci symptomů onemocnění a jejich správné přiřazení k duševnímu onemocnění (Mintz, Dobson, & Romney, 2003).

Čím intenzivnější jsou pozitivní a negativní příznaky, tím nižší je úroveň a rozsah náhledu. Naopak existuje pozitivní vztah mezi depresí a náhledem, čím vyšší je vhléd tím hlubší je také deprese. Vliv na rozvoj náhledu má také pacientův status a premorbidní fungování. Obecně lze nalézt dva přístupy vysvětlující absenci náhledu na onemocnění. První předpokládá, že náhled je snížený či nulový v důsledku kognitivní disfunkce, jež vede k neschopnosti rozpoznání duševního onemocnění. Druhý přístup předpokládá, že na určité úrovni jsou si nemocní vědomi existence onemocnění. Avšak v rámci zachování jejich sebevědomí a udržení určitého sebepojetí, si jeho existenci nepřipouští (Mintz et al., 2003).

Absence náhledu se tedy stává copingovou strategií či obranným mechanismem popření. Neuvědomování si onemocnění jako součást copingové strategie, může vznikat na základě negativních postojů jedince a jeho blízkých či v důsledku stigmatizace duševně nemocných (Mintz et al., 2003). Výzkumně se prokázalo, že vyšší náhled na onemocnění je spojen s menším zvnitřněním stigmatizace a kvalitnějším sociálním fungováním. Zároveň osoby, které stigma onemocnění přijímaly, měly výrazně nižší sebedůvěru a naději v uzdravení, v případě náhledu na nemoc, a horší mezilidské vztahy. Nefunkční sociální fungování vykazovaly současně také osoby bez náhledu (Lysaker, Roe, & Yanos, 2006).

Pokud je přítomen náhled může to vést k distresu, ale také k adaptivní copingové strategii, při které dojde ke zpracování symptomů novým způsobem a stres se následně sníží. Naopak copingová strategie popření se dlouhodobě ukazuje jako neefektivní. Psychologická intervence by měla vést k aktivnější podpoře zvládnání onemocnění (Cooke et al., 2007).

3 DIAGNOSTIKA A SUBTYPY ONEMOCNĚNÍ

Na klinickém obrazu schizofrenního onemocnění můžeme vidět, že je doprovázeno řadou extrémně různorodých symptomů. Diagnostika onemocnění je prováděna za pomoci mezinárodních klasifikačních systémů. U nás je aktuálně platná **Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10)**.

Dle MKN-10 je třeba pro diagnózu schizofrenie přítomnost nejméně jednoho symptomu ze skupiny a-d, anebo nejméně dvou symptomů ze skupiny e-i:

- (a) „Slyšení vlastních myšlenek, vkládání, nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek.
- (b) *Bludy kontrolovanosti, ovlivňování nebo prožitky pasivity, které se jasně vztahují k pohybům těla nebo údů, nebo ke specifickým myšlenkám, jednání nebo cítění, bludné vnímání.*
- (c) *Halucinované hlasy, které neustále komentují chování pacienta nebo o něm mezi sebou rozmlouvají, nebo jiné typy halucinovaných hlasů, přicházejících z určité části těla.*
- (d) *Trvalé bludy jiného druhu, které jsou dané kultuře nepatřičné a nepřijatelné, jako např. náboženské nebo politická identita, nadlidské síly nebo schopnosti.*
- (e) *Přetrvávající halucinace v kterékoliv formě, když jsou doprovázeny buď prchavými, nebo neúplně formulovanými bludy bez jasného afektivního obsahu, nebo přetrvávajícími ovládanými představami, nebo když se vyskytují denně po několik týdnů nebo měsíců.*
- (f) *Zárazy nebo vkládání jiného obsahu do toku myšlenek a z těchto jevů vyplývající inkoherece nebo nepřiléhavost v řeči, nebo neologizmy.*
- (g) *Katatonní jednání, jako je např. vzrušenost, setrávání v nastavených pozicích, flexibilitas cerea, negativismus, mutismus a stupor.*
- (h) „Negativní“ příznaky, jako je např. výrazná apatie, ochuzení řeči a oploštění nebo nepřiměřenost emočních reakcí (ty obvykle vyúsťují do sociálního stažení a snížení sociální aktivity), musí být jasné, že se nejedná o příznaky vyplývající z deprese nebo z léčby neuroleptiky.
- (i) *Výrazné a nápadné kvalitativní změny v chování, jako je ztráta zájmů, bezcíllost, nečinnost, ztráta vztahů k okolí a sociální stažení“ (Libiger, 2002, 348-349).*

Uvedené symptomy by měly trvat minimálně jeden měsíc či déle. Prodromální fáze může trvat delší období a předchází výše uvedeným symptomům o týdny či měsíce. Příznaky schizofrenie by neměly být vázány na depresivní či manickou silně vyjádřenou symptomatiku. Dále by neměly být vázány na jiná organická onemocnění, intoxikace a odvykací stavy (Libiger, 2002).

MKN-10 a DSM-IV (Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch) dělí schizofrenii tradičně do několika subtypů: **Paranoidní typ**, pro který jsou typické paranoidní bludy a časté sluchové halucinace. **Hebefrenní (Desorganizovaný) typ**, charakteristický proměnlivostí bludů i halucinací, nepředvídatelností, nepřiměřenými afekty, dezorganizováním řeči a chování. **Katatonní typ**, s typickými projevy katalepsie, stuporu, psychomotorickými projevy i nadměrnou nezáměrnou aktivitou, negativismem. **Nediferencovaný typ**, jehož projevy nelze zařadit do předchozích subtypů (Motlová & Koukolík, 2004).

Dále lze rozlišovat **postschizofrenní depresi**, **reziduální schizofrenii**, u které převládají negativní symptomy a narušené sociální fungování. A **simplexní schizofrenii**, pro kterou je typický postupný nástup podivinského chování (Motlová & Koukolík, 2004).

Nejnovější **diagnostický manuál DSM-5** dílčí subtypy již neuvádí, kvůli jejich nízké reliabilitě, stabilitě v průběhu onemocnění a nízké prognostické hodnotě o vývoji psychotického procesu. V klinické praxi se ukázalo, že většina pacientů je nezařaditelná do jednotlivých subtypů. Nejčastěji byla užívána diagnostika paranoidní a nediferencované schizofrenie. Odstranění subtypů vedlo k výraznějšímu zaměření na různorodost schizofrenie a popisu významných skupin symptomů – bludy, halucinace, dezorganizace řeči, dezorganizované nebo katatonní jednání, negativní symptomy. Schizofrenie je vnímána více jako spektrum jednotlivých symptomů (Tandon et al., 2013).

DSM-5 oproti MKN-10 zavedla také kritérium narušeného každodenního fungování (pracovní výkon, mezilidské vztahy, péče o sebe sama) přičemž by tyto symptomy měly trvat alespoň půl roku. V rámci diagnostiky lze rozlišit typ aktuální epizody dle toho, zda se jedinec nachází v remisi, částečné remisi nebo akutní epizodě. Rozlišují se také opakované epizody, kontinuální a nespecifikované. Dále lze diagnosticky vymezit přítomnost katatonie (American Psychiatric Association, 2013).

Z výzkumů zaměřených na subjektivní prožitky nemocných vyplynulo, že zkušenosti osob se schizofrenií se od části diagnostických kritérií v MKN-10 i DSM-IV odlišují. Pacienti popisovali např. silné emocionální prožitky v reakci na pozitivní symptomy, zahrnující strach, smutek, stud, odcizení. Dále popsali přítomnost vlastní motivace a snahy dosahovat životních cílů, což ale bylo zároveň narušováno pozitivními příznaky onemocnění a vedlo to k jejich zmatení a rozptýlení snah. Často vyjadřovali nemožnost sdílení prožitků z důvodu snahy vyhnout se stigmatizaci, což v důsledku narušovalo jejich běžné fungování.

V prožívání pacientů se také často vyskytovaly silné emoce zaměřené na vlastní životní situaci a na vztahy k druhým lidem (Flanagan et al., 2012). DSM-5 částečně reflektoval potřebu zahrnutí do symptomů i některé poznatky z výzkumu prožívání. Je v něm krom klasických symptomů kladen důraz také na psychosociální faktory a podrobný popis průběhu onemocnění (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Náhled do subjektivního prožívání může pomoci lékařským pracovníkům lépe porozumět a vcítit se do osob s duševním onemocněním (Flanagan, Davidson, & Strauss, 2010).

4 PROPUKNUTÍ, PRŮBĚH A PROGNÓZA SCHIZOFRENIE

U nás je počátek onemocnění uváděn mezi 20. a 24. rokem. Celosvětově je průměr propuknutí o něco vyšší, a to mezi 26. a 27. rokem. U mužů jsou psychotické symptomy zaznamenávány průměrně kolem 24. roku a u žen zhruba o tři roky později (Libiger, 2002). Rozdíl mezi pohlavími pravděpodobně způsobuje hladina estrogenu, která má protektivní účinek, ale jakmile začne u žen klesat projeví se onemocnění i u nich. Dřívější nástup schizofrenie výrazněji narušuje sociální a kognitivní zralost daného jedince (Häfner, 2003). Obecně je nejvíce rizikové pro vznik schizofrenního onemocnění období mezi 15. a 30. rokem (Motlová, & Koukolík, 2004).

Schizofrenní onemocnění může propuknout a lze diagnostikovat již v dětství. Při diagnostice nemoci v adolescenci je třeba rozlišit, zda se jedná o **dětskou schizofrenii**, která se plně projeví vlivem stresu v dospívání. O **chronickou schizofrenii**, na kterou období adolescence nemá vliv. Nebo může jít o **akutní schizofrenii** s náhlým začátkem, bez předchozích symptomů psychopatologie (Malá, 2005).

Premorbidní období nemá specifický charakter, můžeme ho zaznamenat již v dětském věku. U osob, u kterých později propukne schizofrenie lze zaznamenat drobná odchýlení v sociálním a psychomotorickém vývoji, pozornosti a také sociální stažení (Libiger, 2002). U dětí s psychózou zahrnuje premorbidní období: „*problémy s koncentrací, opožděný vývoj řeči, kognitivní zhoršení, zvláštní odpovědi, vyšší podezřívavost, stavy úzkostného strachu a deprese, neobvyklé somatické stížnosti, zvláštní bizarní motorické pohyby, ztráta zájmů a aktivit odpovídající věku, sociální odtahování*“ (Malá, 2005, 58).

Prodromální období je obdobím časných varovných příznaků zahrnujících úzkost, depresivní ladění, hloubavost, změněné vnímání, větší sklon ke vztahovačnosti. Charakteristické jsou negativní příznaky, emoční stažení, ztráta spontánnosti, oploštělost (Libiger, 2002). Pozitivními symptomy začíná jen málo případů schizofrenie. Pokud si sami pacienti mají vybavit některé příznaky před první atakou nemoci, nejčastěji zmiňují depresi, úzkost, malé sebevědomí a ztrátu energie. Již prodromální období s sebou nese riziko narušeného sociálního fungování, které je významné pro pozdější fungování a kvalitu života (Motlová & Koukolík, 2004). Tyto symptomy lze v prvním počátku těžko identifikovat

s budoucí nemocí, může se jednat i o projevy krize v adolescenci a náročného dospívání. Pokud se ovšem již jednou nemoc projeví, je třeba specifické prodromální symptomy vždy sledovat. Často předznamenávají blížící se relaps (Bankovská Motlová & Španiel, 2017).

V adolescenci mohou mít prodromy tuto podobu: „*neadekvátní vztah k realitě, neschopnost empatie, narušení interpersonálních vztahů, distance k vrstevníkům, špatnou emoční kontrolu, citovou plochosť, nezájem o druhé pohlaví, kognitivní zhoršení, školní maladaptaci, pozvolnou ztrátu zájmu*“ (Malá, 2005, 57). Dlouho před výskytem schizofrenie se vyskytují také deficity ve schopnosti chápat duševní stavy druhých lidí, tedy dovednosti v rámci Teorie mysli. To může vést k neschopnosti rozvíjet společenské dovednosti, které jsou pro dospívání typické a jsou nebytné k vyspělým vztahům. Tento projev přetrvává často i v období remise (Herold & Trixler, 2002).

Ataka nebo také epizoda onemocnění je typická ztrátou kontaktu s realitou, ztrátou nebo výrazným snížením náhledu na onemocnění a výskytem symptomů ze všech symptomatických skupin. V období vrcholu epizody výrazně dominují symptomy pozitivní, což ovšem neznamená, že ostatní příznaky nejsou přítomny. Sociální a pracovní oblasti jsou natolik narušené, že jedinec ztrácí své předchozí kompetence a většinou dochází k hospitalizaci, zvláště pokud se jedná o první epizodu (Libiger, 2002).

Epizoda onemocnění přetrvává přibližně půl roku. Jedinec se stává zranitelným a je třeba v důsledku proběhlé či probíhající ataky postupné vystavování zátěži, než se vrátí do běžného fungování (Bankovská Motlová & Španiel, 2017).

Po prodělané epizodě schizofrenie a následném zotavení následuje období **remise**. Remise znamená zlepšení stavu a symptomatickou úlevu, během které se řada lidí v různé míře zvládne vrátit k funkčnímu a smysluplnému životu (Davidson, Schmutte, Dinzeo, & Andres-Hyman, 2007). Ukázalo se, že schizofrenie se po několika letech trvání může zlepšovat. Čím déle byli lidé se schizofrenií sledováni v longitudinálních studiích, tím více bylo zaznamenáno zlepšených stavů či uzdravení (Motlová & Koukolík, 2004). Remise tedy neznamená to stejné, co plné uzdravení, ale dává naději na lepší vývoj onemocnění a vyšší kvalitu života pro nemocného i jeho rodinu. Je třeba nemocné v rámci jejich možností podporovat a vést je k pozitivnímu pohledu na vývoj onemocnění (Os et al., 2006).

Po prodělané první epizodě se prokázalo, že pokud jedinec absolvuje udržující léčbu antipsychotiky, významně se snižuje riziko špatného průběhu onemocnění v průběhu dalších deseti let. Během 12 měsíců po prodělané epizodě je výrazně vyšší riziko relapsu. **Relaps** je

kauzálně spojen se zhoršenou prognózou a výraznějšími dopady na život. U osob s remisí, které nepokračují v užívání medikace po první epizodě onemocnění, se vyskytne v 77 % případů, na rozdíl od osob, které medikaci alespoň po dobu jednoho roku užívají, v tomto případě se relaps vyskytne u 3-5 % případů (Zipursky, Agid, & Remington, 2018).

Existuje možnost, že někteří lidé se schizofrenií, kteří po první epizodě dosáhli jasné remise symptomů, mohou přerušit léčbu a jejich stav se může vyvíjet dobře. Zároveň výzkumy naznačují, že u osob, které z farmakologické léčby profitují nejvíce, by bez ní mohlo dojít k výraznému zhoršení stavu (Zipursky et al., 2018). Nejefektivnějšími léky v prevenci relapsu jsou clozapin a olanzapin, přičemž clozapin může zároveň vést k řadě závažných vedlejších příznaků (Porcelli et al., 2016). Pravděpodobnost dosažení kompletního uzdravení je s každým relapsem nižší (Bankovská Motlová & Španiel, 2017).

Riziko relapsu nemusí být pouze snižováno farmakoterapií, ale ke snížení výrazně přispívá také její spojení s psychoterapií a psychoedukací. Dále existují faktory, které riziko relapsu zvyšují a jsou hůře ovlivnitelné, např. mužské pohlaví, nástup onemocnění v nízkém věku, zhoršené fungování již v premorbidním období, nízká podpora rodiny (Porcelli et al., 2016).

Méně častý je relaps u osob v manželství a udržovanými sociálními vazbami. Je ovšem třeba, aby rodina nezvyšovala u nemocného ještě více stres a podporovala ho. Pokud jsou vztahy vnímány pozitivně, riziko relapsu se snižuje (Lebell et al. 1993). Prožívání vztahů není důležité jen s rodinou, ale i se zdravotnickým personálem. Špatný vztah s vlastním lékařem se stává dalším rizikovým faktorem přispívajícím k relapsu (Fakhoury et al. 2007).

Častější relaps a horší průběh onemocnění může zapříčinit také užívání návykových látek, často se jedná o alkohol nebo marihuanu (Ciudad et al. 2009). Výzkumy potvrzují, že v případě užívání ilegálních drog či alkoholu jsou osoby častěji hospitalizovány, a i jejich symptomy a dopady na průběh života jsou výraznější (Machanda et al., 2005).

Dobrou prognózu má onemocnění s náhlým počátkem, bez dlouhých prodromálních příznaků, u kterého lze identifikovat spouštěcí činitele. Obecně mají lepší prognózu ženy, žijící ve fungujícím rodinném a partnerském prostředí, u kterých propukne onemocnění ve vyšším věku. Pokud jedinec před onemocněním bez obtíží funguje v sociální a pracovní oblasti a zároveň má funkční premorbidní osobnost, má také naději na dobrý průběh onemocnění (Libiger, 2002).

5 LÉČBA, PÉČE A PODPORA OSOB SE SCHIZOFRENIÍ

Jak je již v první kapitole práce zmíněno, v případě schizofrenie se jedná o sice závažné, ale léčitelné onemocnění. Vzhledem k předchozím kapitolám, je zřejmé, že skupina osob se schizofrenním onemocněním bude podobně různorodá, jako příznaky onemocnění. V jednotlivých případech se může lišit věk propuknutí, průběh, dopady apod. Vždy je třeba k danému člověku přistupovat individuálně, nejenom v kontextu jeho nemoci, ale i jeho potřeb, vývojových úkolů a úrovně fungování v životě.

Heterogenita se vyskytuje i ve způsobu využívání možností léčby a péče. Někteří lidé využijí běžnou psychiatrickou péči, další využijí návazné formy sociálních služeb a další budou vyhledávat spíše neformální podporu. Stále existují také lidé, kteří se k potřebné léčbě a péči nedostanou (Pěč, & Probstová, 2009).

Z klinické zkušenosti vyplývá, že čím dříve se podaří odhalit onemocnění, i v případě prodromálních příznaků, a zahájit léčbu, tím více se snižují negativní dopady na jedince, i jeho blízké. K medikaci v prodromálním období bez předchozí akutní epizody aktuálně z etických důvodů nedochází. Tyto ohrožené jedince je však třeba sledovat a zároveň navazovat spolupráci nejen s nimi, ale i s jejich rodinou. Je třeba dávat prostor dostatečné edukaci a pracovat na zvládnutí stresových situací (Motlová & Koukolík, 2004).

Farmakoterapie má své místo zejména během akutní epizody, slouží k tomu, aby jedinec mohl získat znovu kontrolu nad svými prožitky i chováním. Dříve byly užívány klasická neuroleptika, v současnosti jsou první volbou tzv. „atypická“ či nová antipsychotika II. generace, ty nesou méně nežádoucích příznaků a pacient po nich není tolik utlumený, patří sem např. clozapin (Leponex), olanzapin (Zyprexa), quetiapin (Seroquel) a další. Účinek antipsychotik se neprojeví okamžitě, ale v řádu dnů až týdnu. S výjimkou sedativního účinku, který, pokud ho mají, se projevuje rychle. Farmaka bývají často kombinována. V důsledku užití farmak dochází ke stabilizaci a udržování stavu jedince (Libiger, 2002). Riziko relapsu v důsledku dlouhodobé absence v užívání medikace je uvedeno v předchozí kapitole.

V akutní fázi se **psychosociální intervence** zaměřuje na snižování stresu, vytvoření bezpečí, navázání terapeutického vztahu a dobrého vztahu se zdravotnickým personálem obecně. Součástí by také mělo být předání základních informací o onemocnění rodině (Motlová & Koukolík, 2004).

V remisi má terapie stabilizační podobu. Je zaměřená opět na zvládnání stresu a zvýšené citlivosti. Je žádoucí předat informace o onemocnění, prognóze a možnostech a dále zapojit pacienta do psychosociálních programů. Během akutní fáze dochází stále často k hospitalizaci, po stabilizaci stavu a propuštění je třeba zaměřit péči na integraci jedince zpět do běžného života (Bankovská Motlová & Španiel, 2017).

V rámci udržovací terapie jsou aplikovány obdobné postupy jako při stabilizační terapii, dále se může aplikovat rehabilitace, podpora v zaměstnání, chráněné bydlení a programy založené na svépomoci. V rámci dlouhodobé prevence stresorů je nutné odstranit abúzus návykových látek a pracovat na dobré komunikaci nejenom pacienta samého, ale i pečujících osob a rodiny směrem k nemocnému (Motlová & Koukolík, 2004).

Právě dobrá komunikace a přijetí ze strany zdravotnického personálu ovlivňuje míru **compliance jedince**. Ochota podílet se na léčbě je významná zejména při nasazení farmakologické léčby. Antipsychotika mají časté negativní příznaky, z nichž nejvíce nepříjemně prožívají pacienti sexuální dysfunkce, přibírání na váze, extrapyramidové příznaky (křeče, parkinsonismus a další). Pokud mají pacienti pocit, že o svých příznacích nemohou hovořit, mají tendenci samovolně léky vysazovat a při léčbě více riskovat. Jejich motivace pro následnou psychosociální léčbu bývá také nižší (Perkins, 2002). Čím nižší compliance je, tím více se zvyšuje riziko hospitalizace (Weiden, Kozma, Grogg, & Locklear, 2004).

5.1 Psychosociální intervence

Základem je **rodinná psychoedukace**, jedná se o informace, které umožňují rodině i nemocným lépe pochopit onemocnění a jeho průběh. Díky tomu, je pro ně snadnější se adaptovat. Psychoedukce pro rodinu i pro pacienta je odlišná, dle jejich potřeb. To vede k prevencím relapsů a zvýšení prožívané kvality života (Bankovská Motlová, 2012).

Předávání informací se zaměřuje také na fyzické zdraví, konkrétně výživu a kondici. Na tuto oblast se zaměřují **programy pro dobré zdraví**. Pacientům s psychotickým onemocněním slouží jako prevence přibírání a vzniku metabolických poruch, či následný zdroj informací

k redukci hmotnosti. Program má také vliv na sociální fungování a sebedůvěru (Kitzlerová & Motlová, 2005).

Podstatnou součástí psychosociální péče jsou také **nácviky sociálních dovedností a náprava kognitivních funkcí**. Tyto oblasti mohou být narušeny premorbidně, symptomaticky či důsledkem samotného onemocnění (Motlová & Koukolík, 2004).

Trénink sociálních dovedností se zaměřuje na oblasti teorie mysli, sociální percepce, sociálních schémat, atribučních stylů a emočního zpracování. Hlavní cílem je působit na dysfunkce v interpersonální komunikaci, tak aby nedocházelo k selhávání v interpersonálních vztazích, které je stresující a vede k izolaci, studu a jiným negativním prožitkům (Rus-Calafell, Gutiérrez-Maldonado, Ribas-Sabaté, & Lemos-Giráldez, 2014). Jeli v tréninkové situaci dostatek příležitostí, povzbuzení a zvnitřnění znalostí, dojde k přenesení zkušeností do každodenního života. Trénink sociálních dovedností má pozitivní dopady i na oblast negativních i pozitivních symptomů, osobních problémů a potřeb, zvládání vedlejších příznaků medikace a vztahu s lékařem, sociální úzkosti a vyhýbání, kognitivních deficitů, izolace, vyrovnání se se stigmatizací, akceptaci onemocnění a získání vhledu. Obecně lze říci, že nekomunikujeme efektivně, kvůli tomu, že se cítíme dobře, ale cítíme se dobře protože komunikujeme efektivně (Kopelowicz, 2006).

Trénink kognitivních funkcí má pozitivní účinek na zlepšení kognitivního výkonu, fungování a symptomů. Částečně vede také ke zlepšení v oblasti psychosociálního fungování, jedná se tedy o dvě oblasti, které nelze při poskytování péče oddělovat (McGurk et al., 2007).

Psychoterapie je významným prvkem léčby a péče o osoby se schizofrenním onemocněním. K evidence-based přístupům v psychoterapii patří kognitivně-behaviorální terapie, na ni navazuje terapie přijetí a angažovanosti. Dále sem patří rodinná, individuální, podpůrná terapie a terapie zvyšující complianci. Využíván bývá také trénink metakognice, narativní terapie a terapie zaměřená na všímavost (Dickerson & Lehman, 2011). Záleží ovšem především na kvalitách terapeuta a aktuálních potřebách a stavu klienta, ať už se pracuje v rámci jakéhokoliv směru, metodě či formě psychoterapie (Pěč & Probstová, 2009).

Terapeutické přístupy prošly, ve vztahu k lidem s duševním onemocněním v oblasti psychotického spektra, řadou proměn. V současnosti lze nalézt v terapii zaměření i na význam vztahu klient – pracovník, od kterého se dříve spíše upouštělo a terapeuticky se řešily dílčí symptomy či problémy (Pěč & Probstová, 2009). Pracovník v oblasti psychosociální rehabilitace by měl ctít tyto zásady: *„flexibilitu odpovědi, zaměření na konkrétní problém,*

konzultace jako modus operandi vztahu, partnerství, očekávání svépomoci“ (Mosher & Burti, 2000, in Pěč & Probstová, 2009, 39). Existují přístupy, které přistupují ke vztahu jako základu a prostředku společné práce terapeuta a jeho klienta či pacienta (Pěč & Probstová, 2009). V severských zemích vznikl přístup k léčbě psychóz Open dialog, kdy se pacient podílí na veškerém rozhodování do samého počátku léčby. Do léčby je zapojena krom profesionálního týmu také rodina či sociální okolí pacienta. Nejde o to změnit pacienta, rodinu či okolí, ale vytvořit společný dialog mezi všemi přítomnými. Mezi základní podmínky patří např. co nejrychlejší zahájení léčebného procesu, zapojení sociální sítě, kontinuita péče, přijetí nejistoty. Dialog v rámci týmových sezení slouží nemocnému k popsání a vyjádření jeho psychotické zkušenosti. Nejedná se tedy ani tolik o metody, jako spíše proces interakce, který lze aplikovat na různé podmínky a okolnosti. Zvláště při práci s časnými psychózami, dochází ke snížení indikace psychofarmak (Seikkula & Olson, 2003; Piippo & MacGabhann, 2016).

Z předchozích kapitol vyplývá, že u každé osoby se schizofrenií se bude onemocnění projevovat jiným způsobem, a i její potřeby z hlediska léčby, následné péče a podpory mohou být odlišné. Nicméně schizofrenie je proces, který prostupuje celým životem jedince, a proto i léčba a péče by neměly být limitovány pouze na některé aspekty, ať už by se jednalo pouze o biomedicínský pohled či pouze sociální přístup. K nemocnému a jeho zkušenosti by se mělo přistupovat co nejkomplexněji.

Můžeme doufat, že i v našich podmínkách dojde postupně ke komplexnímu přístupu, v co největší šíři služeb pro duševně nemocné. Přispět by k tomu měla reforma psychiatrické péče, jejíž první fáze právě probíhá a bude trvat do roku 2023. Reforma si klade za cíl zvýšit duševně nemocným kvalitu života v oblastech, jako je například zdraví a zdravotní péče, zaměstnání a pracovní podmínky, vztahy v rodině, život v komunitě a sociální participace, bydlení, aktivity volného času, lidská práva apod. (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2013).

6 SCHIZOFRENIE V KONTEXTU VZTAHŮ

Z předchozího textu vyplývá, že schizofrenie je onemocnění, které výrazně narušuje běžné fungování. Stejně tak působí na sociální role a vazby jedince s onemocněním. Sociální okolí nejenom, že je také ovlivňováno onemocněním blízkého, ale samo hraje významnou roli v průběhu onemocnění i prevenci relapsů.

Vnímaná **nedostatečná sociální podpora** vede u osob se schizofrenií k prožívání osamělosti. Osamělost i vnímání sociální opory jsou subjektivní konstrukty, které vyjadřují míru toho, jak moc se osoba cítí spojená s ostatními. Osamělost se v této skupině vyskytuje ve větší míře než v běžné populaci (Lim, Gleeson, Alvarez-Jimenez, & Penn, 2018). Lidé se schizofrenií se často sami vědomě ze vztahů stáhnou. Izolují se kvůli tomu, jakým způsobem jim jejich symptomy (nepozornost, poruchy myšlení, obtíže v komunikaci, pozitivní symptomy apod.) narušují a stěžují existenci v blízkých vztazích (Davidson & Stayner, 1997).

Se schizofrenií přichází **prožitky ztráty mezilidských vztahů, sociální izolace a osamělosti**. Krom toho se objevuje také touha po vytvoření mezilidských vztahů. Lidé se zkušeností se schizofrenií popisují stav, v němž jako by jim nemoc ukradla přístup k sobě samým, stejně jako k jejich blízkým. To vše provází pocity odcizení, s až bolestivou touhou po utěšení, přátelství, blízkosti a laskavé péči. Stejně tak si většina přeje zažít i vztahy milostné (Davidson & Stayner, 1997).

6.1 Rodina a průběh onemocnění

Na počátku 20. století byl využíván pojem reaktivní psychóza, jednalo o psychotický stav vzniklý na základně psychosociálních vlivů. **Reaktivní psychóza** se měla stát oficiální diagnózou vedle maniodepresivní psychózy a schizofrenie (McCabe, 1975). Postupně se od tohoto pojetí upustilo, byť v severských zemích je stále užíváno. Výzkumy jsou zaměřovány na vlivy, které mohou na rozvoj onemocnění působit, např. týrání, sexuální zneužívání, separace od pečujících osob (Bebbington & Kuipers, 2011). Či původ dítěte z nechtěného těhotenství (Libiger, 2002).

Ve výzkumech se prokázalo, že pokud jsou u osob se schizofrenií přítomny disociativní symptomy, jsou často spojeny s dětským traumatem. Existují názory, že disociace či příznaky posttraumatické stresové poruchy vedou k rozvoji psychotických příznaků či mohou jejich vznik zprostředkovat. V rámci anamnézy by oblast dětského zneužívání či týrání neměla být opomíjena (Schäfer et al., 2012). Existuje také **traumatický neurovývojový model schizofrenie**. Vznikl na základě podobnosti mezi působením traumatu na vyvíjející se mozek a biologických odchylek v mozku osob se schizofrenií. Přičemž obě dvě varianty doprovází také obdobné hormonální abnormality (Read, Perry, Moskowitz, & Connolly, 2001). Další autoři se drží **tradičnějšího modelu schizofrenie**, ten vychází z geneticky podmíněné **zvýšené citlivosti vůči stresovým podnětům**. Zkušenost s dětským traumatem, která je výrazně stresující, tedy může vést až k rozvinutí duševního onemocnění (Morgan & Fisher, 2006).

K psychosociálním modelům patří také **antipsychiatrické teorie**. Ty přistupují ke schizofrenii jako reakci na neúnosnou situaci, která vede k psychickému zhroucení. Jedná se o vývojovou krizi. V případě, že je zpracována může vést k osobnostnímu růstu jedince. Medikace je považována za kontraindikaci. Antipsychiatrie je často označována za spekulativní (Libiger, 2002).

Historicky byl rodinnému prostředí přikládán velký význam při vzniku onemocnění. Vznik schizofrenie byl připisován genetickému a hereditárnímu přenosu. Dále také tomu, že duševní onemocnění nastává v důsledku specifického a abnormálního chování pečovatele. Tento koncept byl již v řadě studií vyvrácen. Chování rodičů nelze považovat za zdroj onemocnění (Malá, 2005). Přestože příčiny vzniku nejsou úplně zřejmé, je schizofrenie řazena mezi **neurovývojová onemocnění s neurodegenerativní složkou**. Nejčastěji je základem onemocnění genetická predispozice, která vychází z více genových polymorfismů, ty jsou ale v populaci dost časté (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Působení sociálních činitelů nelze přehlížet z hlediska průběhu, prognózy i komplexního terapeutického působení (Kulišťák, 2017).

Syřišťová (1973) krom traumatických zážitků vnímá jako **vývojové hrozby** také chronické ohrožení, frustraci, chronické konflikty v rodinném prostředí, chybějící či deformované blízké sociální vztahy, rozkoly v rodině a nedostatečný pocit bezpečí. Dále neschopnost podpořit dítě v emancipaci, narušený vývoj autonomie, maturace a seberealizace. Za patologické sociální techniky považuje iracionální, odporující, destruktivní a často i paranoidní způsob uvažování a komunikace. Za zvlášť rizikové pokládá, pokud dítě nemá

příležitost zažívat v jiném než rodinném prostředí korektivní zkušenost a je izolováno v nefunkčním prostředí.

Pozornost byla věnována také dvěma **extrémním výchovným přístupům**. Ten první je výrazně kontrolující, přehnaně kritický a obviňující. Tito blízcí nedokáží reflektovat, jakým způsobem onemocnění působí na daného jedince. Na druhé straně je opačný extrém, přehnaně ochránářského chování, které nemocnému neposkytuje žádnou autonomii a v závěru dochází k bagatelizaci a popírání onemocnění (Robbins, 1993). Zahrnutí láskou a ztráta autonomie, mají horší dopad na prognózu, protože vedou k pasivní závislosti na blízkých (Jarolímek, 2017). Sociální stažení přítomné u schizofrenie bylo zejména v 60. letech považováno za nevědomou snahu vyhnout se nefunkční rodinné atmosféře a vztahům (Motlová & Koukolík, 2004).

Ve výzkumu dětí se schizofrenií se u jejich matek vyskytovaly častější poruchy myšlení a jasnosti komunikace. Matky zdravých dětí byly zdatnější v poskytování pozornosti, flexibilitě, spontánnosti a více využívaly v komunikaci humor. Obecně oba rodiče zdravých dětí působily více uvolněně a angažovaně v komunikaci. Je ale třeba říct, že děti se schizofrenií, byly v době tohoto výzkumu hospitalizovány, a to jistě může mít na uvolněnost a komunikaci v rodině vliv (Tompson, Asarnow, Hamilton, Newell, & Goldstein, 1997).

V oblasti **disfunkční komunikace v rodinách** osob se schizofrenií byla věnována pozornost teorie dvojné vazby. Dvojnou vazbu v komunikaci vytváří většinou pečující osoby. Během sdělení v rámci dvojné vazby dostává jedinec protichůdné informace z více komunikačních kanálů (emoční, faktické, verbální, neverbální). Zpráva si teda odporuje. Zprávy takto sdělované, které na sebe navazují si také často protirečí. Před touto komunikací nelze v rodině uniknout. Vede k nejistotě, zda se podařilo správně porozumět a nerozhodnosti na jakou část zprávy reagovat. Takto vychovávané dítě se naučí neustále hledat skryté významy v jakémkoliv sdělení nebo rezignuje na jeho obsah. Tento komunikační styl může vést až k úplnému stažení a ponoření se do vlastních vnitřních procesů (Bateson, Haley, & Weakland, 1956).

Kromě dvojné vazby byla věnována pozornost tzv. rodinné „pseudovzájemnosti“, což bylo považováno za neadaptivní transakční styl. Členové rodiny mají narušenou svobodu pohybu ve vlastních rodinných rolích. Pseudovzájemnost slouží rodině jako obranný mechanismus. Selhání se manifestuje ve formě onemocnění. Dále byly v těchto rodinách popsány fenomény manželského rozštěpu a zdánlivého manželství (Libiger, 2002).

V oblasti komunikace je věnována pozornost expresivitě emocí (EE). Jedná se o nadměrně vyjadřovanou kritiku, hostilní projevy a emocionální zahlcování osob se schizofrenií v rodinném prostředí. To může mít podobu i jinak pozitivních emocí a přehnaných projevů vřelosti (McFarlane, 2016). EE se odráží v rodinné atmosféře a lze ji pozorovat v tom, jakým způsobem během spontánních rozhovorů mluví ostatní členové rodiny o osobě s onemocněním. EE v rodině je výrazným prediktorem relapsu. Čím vyšší je EE, tím vyšší je také pravděpodobnost relapsu. Pokud dojde po práci s rodinou k jejímu snížení, výrazně se také snižuje množství relapsů (Butzlaff & Hooley, 1998). Prokázala se významná souvislost mezi vysokou úrovní EE a prožívanou stigmatizací, jak u osob se schizofrenií, tak u jejich rodinných příslušníků (Phillips, Pearson, Li, Xu, & Yang, 2002). Lidem se schizofrenií obecně dělá problém prožívání vlastních negativních emocí (hněv, kriticismus, nepřátelství a další), často u nich vedou k tenzi a snaze je potlačit. Stejně tak mají problém tyto emoce tolerovat a přijímat u druhých (Davidson & Stayner, 1997).

Řada rodičů po sdělení diagnózy hledá vysvětlení, proč se nemoc objevila právě v jejich rodině. Onemocnění vyvolává pocity zármutku. **Vyrovňávání se s diagnózou** je obdobné, jako proces zpracování ztráty (Davis & Schultz, 1998). Výše uvedené poznatky z oblasti rodinné atmosféry, dynamiky a komunikace nelze považovat za činitele, kteří by vedli ke vzniku onemocnění. To, že dlouhou dobu, tak byli i některými odborníky vnímáni, vedlo u rodin osob se schizofrenií ke **stigmatizaci a pocitům viny**. Výrazně k prožívání viny přispívá také okolí rodiny, přátelé a profesionálové, kteří stále považují tyto modely za platné při vzniku schizofrenie (Ferriter & Huband, 2003). Komunikační styl a rodinná atmosféra tedy nehrají při vzniku onemocnění roli. Mají ovšem výrazný vliv na výskyt relapsů a vývoj onemocnění (Malá, 2005).

Na jedince, u kterého je přítomná biologická zranitelnost a predispozice k onemocnění může **v sociální oblasti působit řada stresorů**, např. negativně prožívané životní změny, sociální izolace, dvojná vazba v komunikaci, rodinná expresivita emocí, role v rodině, traumata, chronická úzkost, konflikty, kritika, separace od blízkých, prožívané stigma a další. Většina těchto stresorů vede k neurochemickým změnám, které v důsledku můžou vést ke zhoršení stavu, až k relapsu (McFarlane, 2016).

Z předchozího textu vyplývá, že čím kvalitnější sociální prostředí kolem sebe osoba má, tím je prognóza onemocnění lepší. Ukázalo se, že pokud je **rodina zapojena do léčby**, v trvání minimálně 3 měsíce, snižuje se pravděpodobnost relapsu o 20 % (Pitschel-Walz, Leucht, Bauml, Kissling, & Engel, 2001). V jiných výzkumech je uváděno, při vhodném zapojení

rodiny snížení relapsu až o 60 %, oproti běžné léčbě (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). V práci s rodinou je třeba se zaměřit na snížení rodinné zátěže, chronického stresu, snížení expresivity emocí, rozšíření informovanosti o schizofrenii a zvýšení compliance. Důležitá je práce na zvyšování kvality života celé rodiny a na zkvalitnění sociálního přizpůsobení a zvládnání sociálních rolí osoby s onemocněním (Pitschel-Waltz et al., 2001).

6.2 Kvalita života rodiny

Nedávná studie ukázala že subjektivní hodnocení kvality života **u osob se schizofrenií** je výrazně propojeno s blízkými vztahy a poskytovanou podporou od blízkých osob, bezpečným domovem a smysluplnými denními aktivitami. Dalším významný aspektem je nezávislost a naděje na sociální zapojení (Mortensen et al., 2016). Vyšší kvalitu života vnímají ženy a osoby, které mají pocit kontroly na svém životem. Kvalita života je popisována jako nižší, pokud je v životě nemocných přítomná či prožívaná stigmatizace a vedlejší příznaky medikace (Katschnig, 2000).

Úroveň kvality života je významná také **u rodinných příslušníků a poskytovatelů péče** osobám se schizofrenií. U nich je nejčastěji snižována v důsledku emocionální zátěže, plynoucí z jejich role pečovatele, nedostatku sociální podpory a vývoje onemocnění. Většinu rodinných příslušníků zažije v různé intenzitě pocity vyčerpání (Caqueo-Urizar, Gutiérrez-Maldonado, & Miranda-Castillo, 2009).

Významným kritériem, které často ovlivňuje kvalitu života rodiny je ekonomická zátěž. **Nedostatek ekonomických zdrojů** se promítá i do poskytované péče a celkové rodinné atmosféry (Caqueo-Urizar et al., 2009). U schizofrenie je zaznamenán fenomén sociálního skluzu. Pro něj je charakteristické zhoršení společenského postavení a nižší finanční příjmy. Poprvé se projeví zejména v období před první hospitalizací (Libiger, 2002). Rodiny s vyšším ekonomickým statusem se na onemocnění adaptují lépe (Bishop & Greeff, 2015). Pokud jedinec s onemocněním nemá dostatečné příjmy, je pro něj velmi těžké navazovat a udržovat vztahy. To v důsledku působí na již sníženou sebedůvěru. Je mnohem těžší v takové situaci podstoupit sociální risk a pokusit se navázat nové, či obnovit původní, blízké vztahy (Davidson & Stayner, 1997).

Kromě uvedených aspektů **narušuje životy pečovatelů** také nedostatek informací, neuspokojivá komunikace se zdravotníky, stigmatizace, geografická vzdálenost péče, ovlivnění vlastního volného času i pracovního zařazení a nedostatečné možnosti péče o

vlastní fyzické i duševní zdraví (Brand, 2001). V rodinách osob se schizofrenií se vyskytuje častěji větší sociální izolace a narušené vztahy s okolím. Rodiny se obtížně věnují stejnému trávení volného času a aktivitám jako před propuknutím onemocnění, často musí své plány měnit. V rámci rodiny se opakovaně vyskytují spory a neshody. U ostatních členů je častější výskyt deprese, pocitů zahanbení, snížené sebedůvěry a vyšší spotřeby alkoholu (Awad & Voruganti, 2008).

To, jak se bude vyvíjet **život rodiny po propuknutí schizofrenie** záleží již na akceptaci diagnózy, což velmi ovlivňuje zdravotník, se kterým přijdou první do kontaktu. Obecně lze říci, že vyrovnat se s onemocněním se daří více rodinám, které mají již před tím dobrou sociální oporu z okolí a kvalitní vzájemné vztahy. Dobrý prognostický faktor pro rodinu je, pokud se ke krizi staví jako k výzvě, a ve vypjatých situacích jsou schopni její členové komunikovat klidně, jasně a upřímně. Adaptaci významně pomáhá vlastní přesvědčení o tom, že situaci může rodina aktivně ovlivnit (Bishop & Greeff, 2015).

Lékařští a jiní odborní pracovníci by měli pečujícím osobám pomoci najít zdroj sociální opory. Dále by jim měli pomoci pracovat na naplnění jejich vlastních potřeb a předávat přiměřené a realistické informace o onemocnění a prognóze. Ukazuje se, že pokud jsou blízké osoby informovány a vedeny k tomu, jak zvládat maladaptivní projevy nemocného, vztahy v rodině jsou méně narušeny. K lepšímu vzájemnému fungování v rodině dochází, pokud jsou zachovány zdroje naděje a optimismu (Kate, Grover, Kulhara, & Nehra, 2013). I rodinní příslušníci by měli být vedeni k využívání podpůrných skupin pro rodinu a svépomocných skupin (Awad & Voruganti, 2008).

6.3 Vztahové role

Vztahová oblast přináší řadu obtíží a působí na jedince, rodinu i průběh onemocnění. Přesto jsou vztahy, zvláště ty blízké a důvěrné pro osoby se schizofrenií významnou hodnotou (Davidson & Stayner, 1997). Tito lidé mají stejné **vztahové potřeby**, jako lidé bez duševního onemocnění. Přejí si být chtěni, akceptovaní a milovaní. Potřebují podporu přátel a rodiny a ne, jen tu, která je zaměřena na onemocnění. Sami chtějí přijímat a zároveň projevovat blízkým lásku (Leet, 1993, in Davidson & Stayner, 1997). Svůj život prožívají jako kvalitnější, pokud se jim daří uplatnit v zaměstnání, mít přátelské vztahy a v neposlední řadě založit svojí vlastní rodinu (Skantze, 1992).

Nositelem dobré prognózy a kratších hospitalizací je také **manželství**. V manželství se většinou vyskytují osoby, u nichž je nižší přítomnost sociálních disfunkcí. Manželství silně koreluje s lepšími výsledky a projevy onemocnění. Díky manželské podpoře se o sebe zvládají jedinci s onemocněním lépe postarat a příznivěji zvládají stres. Je třeba manželské vztahy, pokud je to možné a potřebné, podporovat v rámci programů zaměřených na rodinu a rodinné terapie (Li et al., 2015). Manželství bývají pevnější a kvalitnější, pokud jsou v nich děti, zvláště pokud se narodily ještě před propuknutí onemocnění (Thara & Srinivasan, 1997).

Ženy jsou v manželství či dlouhodobých vztazích častěji než muži. Lze to přičítat pozdějšímu nástupu onemocnění, horšímu premorbidnímu vývoji u mužů, ale také tradičnímu očekávání spojenému s tím, že muži by měli být aktivnější při zahájení vztahů a měli by rodinu zaopatřit ekonomicky (Salokangas, Honkonen, Stengård, & Koivisto, 2001). Na průběh manželství má vliv řada proměnných, stejně tak jako je tomu v běžné populaci, zde má velký vliv krom jiného: doba nástupu onemocnění, jeho délka, množství relapsů, přítomnost deprese, ekonomická situace rodiny (Thara & Srinivasan, 1997).

V partnerském a manželském životě je samozřejmě významná **role sexuality**. I přesto, že u této skupiny je zaznamenán pokles sexuální aktivity a řada sexuální dysfunkcí, je téma sexuality pro osoby se schizofrenií stále aktuální. U části žen je před počátkem onemocnění zaznamenáno sexuální zneužívání, což jejich sexuální život dlouhodobě ovlivňuje (Assalian, Fraser, Tempier, & Cohen, 2000). Schizofrenii doprovází snížení sexuální apetence. Pokud jedinec užívá medikaci, tento symptom zpravidla odeznívá. Dostavují se ovšem časté vedlejší příznaky léků jako jsou např. poruchy erekce, orgasmu a uspokojení, předčasná ejakulace. U mužů je častější eliminace sexuality na autoerotické sexuální uspokojení (Aizenberg, Zemishlany, Dorfman-Etrog, & Weizman, 1995). V případě výskytu sexuálních dysfunkcí je třeba zvážit souvislost jejich vzniku s psychofarmakologickou léčbou, předtím, než budou považovány za psychogenně podmíněné. Vliv medikace na sexualitu může výrazně narušit complianci a vztah nemocného s jeho lékařem (Assalian et al., 2000).

Osoby se zkušeností se schizofrenií mohou zaujímat také **rodičovskou roli**. Výrazně jim v tom mohou pomoci podpůrné a edukační programy pro rodiče s duševním onemocněním. Rodičovství je pro ně často podstatnou součástí života, dává jejich životu smysl a zaměření. Vztah k jejich dětem je pro ně extrémně významný. Charakteristická je také touha po normálním životě pro jejich děti i je samotné. Vždy je vhodné, pokud má dítě stabilní kontakt se zdravými blízkými osobami, případně odbornými pracovníky, kteří rozpoznají, kdy je

třeba změnit či jinak zaměřit výchovu, pokud to jeden či oba rodiče nezvládnou posoudit sami (Bassett, Lampe, & Lloyd, 1999).

Rodiče zatížení duševní nemocí pociťují často výrazný strach, že o své dítě v důsledku onemocnění přijdou, bude jim odebráno z péče. Významným tématem je také odloučení od dítěte během vlastní hospitalizace a obava, že se o dítě nebude mít kdo postarat, pokud se jedná o samoživitele. Obavy vyvolává také stigmatizace, nejen jejich vlastní, ale zejména její dopady na dítě a chování okolí. Znepokojující je pro rodiče také strach z toho, že se u jejich dítěte rozvine obdobné duševní onemocnění (Bassett, Lampe, & Lloyd, 1999).

Obavy rodičů se schizofrenií mají své opodstatnění. Riziko pro rozvoj schizofrenie je v populaci nízké, přibližně 1 %. Nicméně s jedním takto nemocným rodičem roste na 12 % a pokud jsou oba rodiče zatíženi, je riziko vzniku mezi 35 % - 46 %. U dětí osob se schizofrenií je také častější rozvoj jiných duševních onemocnění. Přibližně kolem 7 roku života u těchto dětí může být pozorována řada behaviorálních obtíží (Donateli et al., 2010). Při rozhodnutí, zda mít i se schizofrenním onemocněním dítě, by se mělo přihlížet nejenom ke genetickému riziku, ale také ke kvalitám prostředí, do kterého se dítě narodí a k fungování obou rodičů, širší rodiny nebo sociálního okolí (Jarolímek, 2017). Vývoj dítěte a to, zda se vyskytnou behaviorální problémy, by krom rodiny měl monitorovat také pediatr. Čím dříve jsou behaviorální obtíže zaznamenány, a pokud se s nimi odborně pracuje, tím je prognóza dobrého vývoje lepší (Donateli et al., 2010).

Během dospívání se většina **dětí rodičů se schizofrenií** cítí jejich nemocí ovlivněna. Zejména jim chybí dostatek informací o vzniku nemoci a jejich projevech, což může vést k nedostatečné empatii k rodiči s onemocněním. Sami v důsledku onemocnění mohou zažívat rozpaky až pocity zahanbení. S přítomností schizofrenie v rodině se svěřují pouze nejbližším přátelům, což může omezovat jejich vlastní sociální síť a vrstevnické vztahy. Někteří mladí dospělí popisují, že jim ve vztahu k rodiči s onemocněním pomohlo osamostatnění nebo naopak to, když mohli onemocnění objasnit a přiblížit jiným lidem v jejich okolí (Valiakalayil, Paulson, & Tibbo, 2004).

Výzkum ukázal, že část dětí přijímala za své nemocné rodiče zodpovědnost, a docházelo mezi nimi k přenesení rodičovské role. Přičemž se děti stávaly více samotné a nezávislé oproti svým vrstevníkům. Často také pociťovaly hněv, frustraci, strach a nepochopení. Za pozitiva, která jim mohla schizofrenie v rodině přinést považují bližší vztahy, jak s nemocným, tak se zbylými členy rodiny, vyšší toleranci k odlišnostem a lepší porozumění

sama sobě a druhým. Na druhou stranu asi jedna třetina dětí popisuje svůj vztah k rodičům jako normální a zdravý, a nepociťovaly nikdy žádné neobvyklé nároky (Valiakalayil et al., 2004).

V neposlední řadě nelze opomenout **roli přítele**. Osoby se schizofrenním onemocněním nemají příliš blízkých přátel, pokud ale mají, jsou tyto vztahy vnímány jako pozitivní a významné. Přátelství vznikají nejčastěji v rámci komunit osob s obdobnými duševními problémy. Někdy je vyhnutí se přátelským vztahům bráno jako copingová strategie, kdy se jedinec snaží vyhnout napětí a konfliktům, které vztahy přináší. Přátelé s obdobnou zkušeností mohou poskytovat pochopení, které nemocný od nikoho jiného nezíská. Obecně přátelství pomáhá osobám se schizofrenií v naplnění emocionálních potřeb, ale také v oblasti praktické podpory (Harley, Boardman, & Craig, 2011).

7 DENNÍ SNĚNÍ

V následující kapitole se zaměříme na oblast denního snění a také na to, jaké jsou souvislosti mezi ním, blízkými vztahy a schizofrenním onemocněním.

V zahraniční literatuře lze pro denní sny nalézt řadu označení. Nejčastěji je tento fenomén pojmenováván jako *daydreaming* či *mind wandering*. Část autorů nachází mezi těmito fenomény, které se odehrávají v naší mysli, rozdíly (Dorsch, 2014). V této práci je budeme považovat za synonymní, obdobně jako většina výzkumníků, kteří se tomuto fenoménu věnují.

O oblast denních snů projevil zájem již Sigmund Freud, věřil, že mohou pomoci lépe pochopit význam snů vzniklých během spánku. Dennímu snění přikládal zejména funkci zaměřenou na uspokojení jedince. Obsah těchto snů považoval za imaginární reprezentaci přání, která nejsou dosahovány v životních zkušenostech jedince. Považoval je za produkty frustrace a touhy, které vytváří pouze se životem nespokojení lidé (Seeman, 1951). Tento psychoanalytický přístup byl později vyvrácen.

Díky současným možnostem výzkumu se ukázalo, že i přesto, že nám řada filozofických a duchovních směrů radí, abychom žili přítomným okamžikem, tak **téměř 50 % bdělého času** stráví lidé právě denním sněním (Killingsworth & Gilbert, 2010). Otec výzkumu a zájmu o denní sny J. L. Singer (1966) je pokládal za odklonění pozornosti od aktuálních tělesných i duševních podnětů a úkolů, k vnitřním podnětům v naší mysli. Jedná se o proces, během kterého se můžou tvořit i obrazné představy budoucích, minulých vzpomínek nebo nikdy nerealizovaných událostí. Časté jsou také vnitřní monology a představy zaměřené na plánování či řešení problémů. V obsahu denních snů se mohou vyskytovat i nesplněná přání (Singer, 1966). Stručně řečeno jedná se o **myšlenku či představu nezávislou na probíhající vnější stimulaci** (Killingsworth & Gilbert, 2010).

V řadě studií je denní snění označováno jako **nezáměrná a čistě spontánní aktivita** (Christoff, Irving, Fox, Spreng, & Andrews-Hanna, 2016). Najde se ovšem řada osob, které přiznávají, že **denní sny vytvářejí záměrně**. Je tedy třeba k tomuto fenoménu přistupovat komplexně a brát v potaz, že může být spontánní, nezáměrný ale také vědomý a plánovitý. Záměrná aktivita může být snadněji spojená s na budoucnost orientovaným a pozitivním myšlením, než nezáměrné snění (Seli, Risko, & Smilek, 2016). Denní sny napomáhají lidem

v kognitivních procesech jako je plánování, myšlení a také při učení (Killingsworth & Gilbert, 2010).

Singer pokládal za významné pracovat s denními sny i v rámci **psychoterapie**. Přístupoval k nim jako k spontánnímu plynoucímu souhrnu našich plánů, očekávání a nedokončených záležitostí, které se snaží dostat do vědomí i přes podněty z okolního a sociálního prostředí (1975). Využití denních snů v rámci psychoterapii našlo své místo zejména v oblasti imaginace. Zvláště pak techniky aktivní imaginace, kterou poprvé aplikoval C. G. Jung. Imaginace je užívána v různé míře téměř ve všech psychoterapeutických směrech. Představy nám umožňují měnit pohled na sebe samé, ale i na vnější realitu (Kastová, 2010). I z výzkumů vyplývá, že denní sny nám umožňují získat vhled do problému (Tan, Zou, Chen, & Luo, 2015). Představy jsou nositelem aktuálního chápání sebe samých, okolního světa a vztahu k druhým lidem. Práce s nimi nám umožňuje větší pochopení současné zkušenosti a sebe sama (Kastová, 2010).

Krom toho, že lze denní sny využít v psychoterapii, při řešení problémů či při představách našich přání, existují i jeho další funkce. A i přesto, že je nám denní snění vlastní, nepřináší pouze pozitiva, ale byly zmapovány i negativní dopady na lidský život.

Denní snění, můžeme velmi často zaznamenat, když se pustíme do čtení jakéhokoliv textu, a to i v případě že je čtený nahlas. Výrazně negativně působí na porozumění čtenému obsahu. Nepříznivý dopad má také na pozornost a pracovní paměť, což se projevuje v řadě testových situacích (Mooneyham & Schooler, 2013).

Za významný lze považovat **dopad denního snění na náladu**. Výzkumy prokázaly, že čas strávený denním sněním zhoršuje kvalitu nálady. To i v případě, že denní sny odvádí pozornost od neoblíbené či nepříjemné aktivity. Pokud obsahem denních snů je něco příjemného a pozitivního, stejně to nevede ke zlepšení nálady. Naopak pokud je obsah neutrálního či nepříjemného charakteru vede to k horší náladě a prožitkům. Špatná nálada může být také spouštěčem denních snů. Dle toho, co si lidé představují, lze lépe předpovědět úroveň jejich prožitků štěstí než podle toho, jakou aktivitu aktuálně vykonávají (Killingsworth & Gilbert, 2010). Pokud se u jedince s vysokým strachem z neúspěchu, objevují pozitivní představy dosažených cílů, může to u něj zvyšovat úroveň deprese a zmatení. Případně tato představa může vést ke snížené angažovanosti v dosažení původního cíle. Osoby se strachem z neúspěchu obecně zaznamenávají méně představ, ve kterých svého cíle úspěšně dosahují (Langens & Schmalt, 2002).

Ovšem z jiných výzkumů vyplývá, že samo o sobě denní snění náladu nezhoršuje a že vždy záleží na jeho obsahu. Obsah snění, který je pozitivně orientován na budoucnost či na jedince samého, či je obecně vnímán snícím jako příjemný, vede ke zlepšení nálady (Welz, Reinhard, Alpers, & Kuehner, 2017).

Ovšem denní sny **nemají pouze negativní dopad**. Obsahy denních snů jsou častěji orientované na budoucnost a jsou velmi často spojeny s aktuálním zájmem jedinců. Denní sny mohou tedy sloužit k plánování cílů zaměřených na budoucnost, zvláště těch, které jsou nositeli osobního významu (Mooneyham & Schooler, 2013). Přispívají ke kreativnímu myšlení a prospěšné jsou také v případě řešení problémů (Tan et al., 2015). Nebo při vyhledávání nových způsobů řešení dřívějších problémů. (Singer & Antrobus, 1972, in Mooneyham & Schooler, 2013). Při sněním orientovaném na budoucnost, u kterého dochází k autobiografickému třídění informací a plánování dochází také k získávání a rozvoji sebereflexe (Smallwood et al., 2011).

Denní snění umožňuje věnování se více cílům najednou a můžeme díky němu rozdělovat pozornost mezi různé myšlenky. Adaptivní může být také, někdy i záměrné, denní snění během vykonávání nudné činnosti. Může nám pomoci překonat období nezáživné činnosti, aniž bychom aktivitu museli přerušit (Mooneyham & Schooler, 2013).

7.1 Sociální aspekty denního snění

Význam vztahů na život, byl zřejmý již v předchozí kapitole Schizofrenie v kontextu vztahů. Nicméně i člověk bez zkušenosti s duševním onemocněním jistě shledá, že kvalitní a dlouhodobé blízké vztahy u něj vedou k pocitům štěstí a spokojenosti. Potřeba sociálního kontaktu v nás probouzí řadu myšlenek, pocitů a projevů chování. Jejich odraz lze zaznamenat i v kvalitě denních snů.

Poerio a Smallwood (2016) srovnali ve své meta analýze oblasti mozku aktivované při činnostech spojených se sociální kognicí a denním sněním. Během analýzy odhalily vzorec prostorového překrytí v oblasti temporálních laloků a také zadní cingulární kůry. Tento vzorec svědčí o tom, že existuje **závislost mezi denním sněním a sociální kognicí** a že mezi nimi dochází ke sdílení neuronálních procesů.

Sociální obsah je při denním sněním velmi častý nebo alespoň obvyklý u většiny lidí. V obsahu snění se vyskytují přímo druhé osoby, zejména blízké nebo vnitřní dialogy s blízkými či budoucí nebo minulé setkání s druhými osobami (Poerio & Smallwood, 2016).

V jednom z výzkumů bylo jako sociální identifikováno až 71 % denních snů (Song & Wang, 2012, in Poerio & Smallwood, 2016). Z těchto zjištění vyplývá, že projevy denního snění lze považovat za možnou adaptivní formu sociální kognice (Poerio & Smallwood, 2016).

Jak je uvedeno výše, denní snění má negativní dopad na náladu. Stejně tak byl nalezen negativní vztah mezi ním a prožívanou radostí, blažeností v životě. Tento vztah se prohlubuje v případě zvyšující ho se množství snů u mužů a větší úrovně živosti snů u žen. Obsah denních snů je často sociální povahy, vliv na prožitky ovšem má to, kdo se v těchto představách konkrétně objevuje. Pokud člověk sní o blízkých lidech se kterými má dobré vztahy (rodina, blízcí přátelé), vede to k prožívání spokojenosti. Naopak pokud se ve snech objevují osoby, se kterými si není blízký, vede to k prožitkům osamění a vnímání nedostatku sociální opory (Mar, Mason, & Litvack, 2012). Prokázalo se, že pokud osoba aktuálně vůbec či téměř nepocituje pozitivní emoce (radost, lásku, blízkost) a představí si někoho s kým vede kvalitní blízký vztah, vede to u ní ke zvýšení pozitivních emocí vůči druhým i sobě (Poerio, Totterdell, Emerson, & Miles, 2015).

To znamená, že denní sny mohou naplňovat **emocionální potřeby snících**. Lze usuzovat, že mohou sloužit jako kompenzace v případě nedostatečného uspokojené emocionálních potřeb. Pokud jsou emocionální potřeby nenaplněné, případně se lidé cítí od druhých odloučení, vede to k aktivitě, která má tyto prožitky zmírnit a potřeby uspokojit, např. navázání fyzického kontaktu s blízkými, zavolání příteli. V situacích, kdy není možné realizovat behaviorální aktivitu, mohou denní sny simulovat naplnění požadované potřeby. Další funkcí denních snů je tedy náhradní zastoupení v případě, že blízké osoby nejsou fyzicky dostupné (Maner, DeWall, Baumeister, & Schaller, 2007; Pickett, Gardner, & Knowles, 2004, in Poerio et al., 2015).

Během života se vyskytne řada situací, během který se musíme přizpůsobit novým sociálním výzvám. Jeden z výzkumů se zaměřil na období přechodu na univerzitu u mladých dospělých. Prokázalo se, že denní sny jim tuto situaci pomohly zvládnout. Pozitivní sociální sny predikovaly nižší osamělost. Studenti prožívali nižší osamělost, pokud jejich denní sny obsahovaly kvalitní vztahy, více pozitivní vazeb a nebyly příliš fantazijní. Takovou kvalitu neměli jejich denní představy od začátku, ale vytvořili se postupně jako kontrast k negativním pocitům z nového prostředí. Studenti, kteří se i v průběhu necítily zapojení a pociťovali osamělost, prokazovali nižší emocionální setrvačnost v reakci na sociální konstruktivní a pozitivní sny (Poerio, Totterdell, Emerson, & Miles, 2016).

Denní sny napomáhají dosahovat **cíle i v oblasti sociální**. K úspěšné realizaci úkolu napomáhá více představa činnosti samotné než obsahy zaměřené na finální úspěch. V rámci mezilidské komunikace napomáhají odstraňovat úzkost, pokud je přítomná, z budoucích situacích, ve kterých je třeba komunikovat s druhými. Podobně mohou napomáhat i v oblasti chování ve vztazích. Pokud budou denní sny zaměřeny na budoucí chování ve vztahové oblasti, může dojít ke zvažování různých variant, a ty později mohou vést k lepším výsledkům, např. vyřešení vztahového problému nebo konfliktu (Poerio & Smallwood, 2016).

Narušování pozornosti denním sněním se může projevovat také během komunikace s druhými. Může snižovat všímavost vůči sociálním podnětům. Výzkumně se prokázalo že například snižuje soucit a vnímavost k prožívání bolestivých stimulů u druhých lidí. Během denních snů dochází k pomalejší reakci na bolestivé podněty u druhých, stejně tak jejich intenzita je vnímána jako nižší (Kam, Xu, & Handy, 2013).

7.2 Souvislost mezi denními sny a schizofrenní zkušeností

Ve vztahu denních snů a duševního zdraví bylo prokázáno, že **lidé více úzkostní a zažívající distres** jsou i ze svých denních představ více rozrušení a mohou je prožívat intenzivněji. Díky svému **negativnímu kognitivnímu stylu**, zažívají také negativní prožitky po proběhlém pozitivním denním snu. Denní sny v nich vyvolávají negativní prožitky a prohlubují horší sebepojetí. Dá se říci, že zdravé osoby užívají denní snění k podpoření pozitivních prožitků. Oproti tomu lidé ve stresu a s úzkostí, vnímají své snění jako znak slabosti či něco nevhodného, co v nich vyvolává negativní emoce (Gold, Gold, Milner, & Robertson, 1986). U osob s **chronickým stresem** je denní snění častější a více odmítají být v přítomném okamžiku. Jejich denní sny se vyskytují zejména večer a jsou provázeny negativními emocemi (Crosswell, Coccia, & Epel, 2019).

Je zřejmé, že osoby se schizofrenní zkušeností zažívají vyšší úroveň stresu, stejně tak je u nich častější **výskyt depresivních projevů**. Ty se v denních snech projevuje negativním laděním a neschopností vytvářet pozitivně zaměřené sny, orientované na budoucnost. Právě způsob orientace na budoucnost a organizace fantazijních představ může hrát roli při nástupu a udržování deprese (Starker, & Singer, 1975). Z pozdějších výzkumů vyplynulo, že denní sny lze považovat za jeden z ukazatelů depresivního myšlení (Smallwood, O'Connor, Sudbery, & Obonsawin, 2007).

Obdobný vztah, jaký byl nalezen mezi depresivní symptomy a denním sněním nebyl u schizofrenie a denních snů zaznamenán. Starker a Singer (1975) při srovnávání denního snění u klinické populace, nenalezli žádné významné rozdíly v denním sněním u osob se schizofrenním onemocněním. A to i přesto, že zkušenost osob se schizofrenií bývá často považována za ryze fantazijní a odtrženou od běžného fungování (Laing, 2000). **Fantazijní svět**, lze pokládat za projev symptomů onemocnění, dle předchozího vymezení, a nikoliv za pouhé denní snění. Projevy schizofrenie (halucinace, bludy), nelze ztotožňovat s obsahem denního snění.

Na druhou stranu v **období adolescence** bývá uváděno denní snění jako prodromální projev nastupující schizofrenie. Může se projevovat současně s poruchami myšlení či chování anebo samostatně. Jedinec je melancholický, často zadumaný, zaměřený na své denní představy. Postupně se izoluje od okolního světa a ztrácí kontakt s realitou (Malá, 2005). Wolman (1972) in Malá (2005) rozlišuje schizofrenii v dětství na 4 typy – pseudoamentní, autistický, symbiotický, aretický. Přičemž denní sny přisuzuje zejména typu autistickému, u něhož se denní snění a fantazírování zřídka vyskytuje společně s bludy a halucinacemi. Tento typ by se v adolescenci a dospělosti projevoval jako simplexní a hebefrenní forma schizofrenie. Ve výzkumu z roku 2018 se ovšem ukázalo, že kvalita a frekvence denních snů u mladých dospělých (průměrný věk 22 let) a starých dospělých (průměrný věk 70 let) se liší. U mladých dospělých se v průběhu dne denní sny vyskytovaly častěji. Zároveň se u obou skupin negativní dopady denních snů dostavovaly zejména s vyšší frekvencí snění. Mladí dospělí považovali své denní představy za zvláštní, neotřelé a proměnlivé. Naproti tomu staří dospělí představy popisovali jako příjemné, jasné a zajímavé (Maillet et al., 2018). V případě denního snění u adolescentů, u kterých se později projeví schizofrenie, by se mohlo jednat o zintenzivnění vývojového projevu.

Ve zdravé populaci se také mohou vyskytnout **zážitky podobné halucinacím** či přechodné halucinace (zvuky, chvilkové projevy hlasů). Ty mají základ v rušivých myšlenkách a velmi živých denních snech. Fantazírování a denní snění mohou představovat další zdroj pro náchylnost ke vzniku halucinací (Prete et al., 2014).

Denní sny nehrají roli pouze při vzniku halucinací, ale předpokládá se, že z nich **mohou vycházet také bludy**. Blud grandiozity vzniká dle vývojové perspektivy z předchozích denních snů plných slávy a dokonalosti, které slouží jako kompenzace pro pocity osamělosti, nedostatečnosti a méněcennosti. Jedinec nejdříve uvěří svému negativnímu sebepojetí, které ve svých denních snech nahrazuje opakem, a postupně uvěří novému vylepšenému

sebepojetí. Tehdy se denní sen stává bludem. Zajímavý je sociální aspekt vzniku bludu grandiozity. Jedinci, u kterých později vznikne toto bludné přesvědčení se často vnímají jako společensky nežádoucí či poníženi. Následně chtějí změnit to, jakým způsobem se vnímají sami, případně jak je reálně vnímá jejich okolí. Z toho vznikají denní sny, které jim toto přání mají splnit a začínají o sobě snít jako o dokonalých, uznávaných a všemocných (Beck & Rector, 2002).

V jedné kvalitativní studii zaměřené na zotavení z psychózy, se ukázalo, že i v **průběhu zotavení** mají denní sny své místo. V počátku procesu zotavení trávil daný jedinec dle pozorování blízkých, velké množství času tichým denním sněním. Jedinec procházející zotavením to ovšem nazýval usilovným přemýšlením. Postupně si sám vytvořil denní řád, začal cvičit a věnovat se aktivitám spojených s náboženstvím. Sám i jeho okolí pozorovalo, že díky těmto aktivitám a pravidelnému řádu již netráví čas denním sněním či fantaziemi a nemá tolik negativních myšlenek. Pokud se vyskytla nějaká komplikace, starost a vedlo to k negativním prožitkům, jeho předchozí symptomy, zejména denní snění se navracelo (Subandi, 2015).

Z výše uvedeného vyplývá, že u osob se schizofrenií neexistuje jednoznačně charakteristický způsob denního snění. Nicméně denní sny a představy hrají v jejich životě významnou roli, stejně jako u zdravé populace. Kvalitu snění krom projevů vlastního onemocnění může ovlivňovat také úroveň stresu, deprese, sebepojetí, věk atd. Denní snění a jeho kvalita může být předstupněm před rozvinutím specifické psychopatologie. Lze uvažovat, že i ve vztahové oblasti bude fungovat denní snění jako kompenzace neuspokojených vztahových potřeb, pokud tak funguje i u zdravé populace, viz výše v textu, a kompenzační mechanismus, v podobě denních snů je u osob se schizofrenií již popsán v oblasti vzniku bludného myšlení. Často popisovaná ztráta kontaktu s realitou vychází z projevů psychopatologie. Denní sny, ale mohou sloužit jako svět, do kterého se lze uzavřít před negativními prožitky ve světě reálném, což ale nemusí být prožíváno jako žádoucí.

VÝZKUMNÁ ČÁST

8 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Vztahy, zejména ty blízké, mají často v procesu schizofrenního onemocnění a životě dané osoby zásadní roli (Pitschel–Waltz et al., 2001; Bankovská Motlová & Španiel, 2017; Mortensen et al., 2016). Zároveň je ale vztahová oblast v důsledku onemocnění významně narušená a jedinci se schizofrenní zkušeností zůstávají izolovaní od kvalitních mezilidských vztahů (Galdersi et al., 2018; Davidson & Staynera, 1997; Myin-Germes et al., 2000). Při léčbě schizofrenního onemocnění je třeba věnovat pozornost řadě faktorů a možná kvůli tomu, není možné komplikované vztahové oblasti pacientů a klientů, v odborných zařízeních, věnovat dostatek pozornosti. Byť situace se v současnosti v České republice začíná měnit a služby poskytované těmto osobám, by měly být čím dál více komplexnější a zároveň dostupnější.

Výzkum vztahové oblasti u osob se schizofrenní je často zúžen na protektivní faktory a prevenci relapsu. Vztahová oblast je také často zkoumána, pouze jako dílčí součást výzkumů kvality života u těchto jedinců. Vzhledem k tomu, že schizofrenie je řazena k závažným duševním onemocněním, je oblast výzkumu, zaměřená zejména na zkvalitnění léčby a poskytované péče, tak aby nedocházelo k prohloubení a chronicitě onemocnění. Zřejmě proto není výzkumně věnováno příliš mnoho prostoru zkušenostem a prožitkům těchto osob.

Přitom právě podrobnější znalost prožitků a zkušeností duševně nemocných může přinést bližší informace o jejich reálných potřebách a možnostech. Zároveň může přinést jejich lepší pochopení nejen z řad odborných a pečujících pracovníků. Těžko bychom mohli hledat duševní onemocnění, které je v naší společnosti opředené více mýty a stigmatizací (Zäske et al., 2018; Peer, Warnecke, Baum, & Goreczny, 2015).

Z tohoto důvodu je empirická část práce zaměřena právě na prožívání blízkých vztahů, přičemž chce přinést poznatky zasazené do konkrétních zkušeností jedinců se schizofrenním onemocněním. Od zahrnutí oblasti denních snů do výzkumu, lze očekávat, jak výzkumy v této oblasti naznačují, případné rozšíření poznatků o prožívání vztahové oblasti u těchto osob, a zároveň získání základních informací o kvalitě denního snění u osob se schizofrenií.

8.1 Výzkumné cíle a otázky

Jako **cíl práce** bylo stanoveno přiblížit a popsat subjektivní prožitky a zkušenosti v oblasti blízkých vztahů u jedinců se schizofrenií. Se zaměřením na to, jakým způsobem na sebe působí vývoj onemocnění se vztahovou oblastí, co ve vztazích prožívají jako nejobtížnější, co jim pomáhá a co by jim případně mohlo pomoci zkvalitnit vztahy s druhými, zejména blízkými, lidmi.

Cílem v oblasti denního snění je postihnout u osob se schizofrenií, jaké prožitky v nich denní sny vyvolávají, jaké nejčastější obsahy mají jejich denní sny, a zda jim přiřkládají nějaký význam, s přihlédnutím ke vztahové oblasti.

Na základě výše uvedených výzkumných cílů a jejich podrobnější specifikace byly stanoveny následující výzkumné otázky.

Hlavní výzkumné otázky:

„Jak prožívají lidé se schizofrenním onemocněním své blízké vztahy?“

„Jaké zkušenosti mají lidé se schizofrenním onemocněním s denními sny?“

A následně byly stanoveny **dílčí výzkumné otázky:**

„Co v oblasti vztahů prožívají jako nejobtížnější?“

„Co by jim pomohlo vztahy zkvalitnit?“

„Jak působí vztahy na průběh onemocnění?“

„Jaké obsahy mají denní sny u osob se schizofrenním onemocněním?“

„Jaké emoce v nich jejich denní sny vyvolávají?“

„Slouží jim denní snění jako kompenzační mechanismus vztahové oblasti?“

9 METODOLOGICKÝ RÁMEC A METODY

Ze základních přístupů psychologického výzkumu, byl pro tuto práci a její výzkumný záměr, zvolen jako nejvhodnější přístup kvalitativní. Miovským (2006, 17) je v obecné rovině popsán takto: „*Kvalitativní přístup v psychologických vědách je přístupem, který pro popis, analýzy a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod*“.

Z definice je zřejmé, že v kvalitativním přístupu nedochází ke kvantifikaci informací a následně tedy ani k zobecňování. Přistupuje k fenoménům jako k jedinečným a neopakovatelným, ty často kvantifikovat ani nelze, protože je lidé vnímají a prožívají výrazně odlišným způsobem. Jsou oblasti, ve kterých nelze nalézt společné principy a pravidla, právě kvůli odlišnosti jevu u jednotlivých osob. Mimo jiné sem lze řadit také oblast prožívání (Miovský, 2006).

V rámci kvalitativního výzkumu je třeba přihlížet k vývoji zkoumaných fenoménů, zájem o proces jejich vývoje a dynamiku, umožňuje jejich bližší a hlubší poznání. Pozornost si zaslouží také role a vliv výzkumníka, je třeba aby výzkumník měl dostatečnou úroveň reflexe. Lze počítat s tím, že již pouhou přítomností a následnou tvorbou dat, může určitým způsobem výsledky ovlivnit. Zároveň on sám je situací také ovlivňován. Ani účastníky výzkumu nelze považovat za pasivní, pokud se dostávají do interakce s výzkumníkem, dá se předpokládat, že i u nich může docházet ke změnám. Vzájemnou interakci lze jen těžko eliminovat, je třeba s ní počítat a popsat, jakým způsobem ovlivňuje výzkumný proces (Miovský, 2006).

Cíle práce jsou zaměřeny na subjektivní prožitky a zachycení jedinečných životních zkušeností v oblasti blízkých vztahů a denního snění u osob se schizofrenií. Z toho důvodu byl zvolen kvalitativní přístup a nikoliv kvantitativní.

Pro zachycení jedinečné zkušenosti a prožitků by se dalo uvažovat, dle Hendla (2005), o zvolení fenomenologického zkoumání, jako výzkumného přístupu. Z důvodů potřeb diplomové práce se budeme držet základního dělení typů výzkumů v kvalitativním přístupu dle Miovského (2006).

Jako typ výzkumu byla zvolena **případová studie**. Ta umožňuje jednotlivé případy popsat v rámci zkoumaného fenoménu do hloubky a komplexně. Při práci s více případy umožňuje zachycení podobností i rozdílů napříč jednotlivými případy. Zprostředkovává popis a porozumění různým činitelům a souvislostem v rámci každého případu, ale také v kontextu daného fenoménu v celkových souvislostech napříč případy (Miovský, 2006).

10 METODY ZÍSKÁVÁNÍ DAT

Metodou použitou pro sběr dat bylo **polostrukturované interview**. Zvoleno bylo z důvodu, že ze základních metod kvalitativního přístupu poskytuje vhled a nejlepší porozumění zkušenosti daného jedince (Hendl, 2005). Jedná se o nejčastěji užívanou metodu kvalitativního výzkumu. Je tvořeno strukturou, která je pro výzkumník závazná. Ten by měl zajistit, že klíčové otázky, tzv. jádro rozhovoru, budou vždy položeny a zodpovězeny. Doplnující otázky jsou vhodné k rozšíření tématu či zvýšení motivace respondenta. Při analýze je možné s nimi pracovat, pokud jsou výzkumně přínosné, nebo mohou být vynechány. Další důvodem, proč bylo zvoleno polostrukturované interview je jeho flexibilita, která umožňuje práci s doplňkovými otázkami, změnu seskupení otázek či případné vynechání některé otázky (Miovský, 2006). Forma odpovědi není strukturována a respondent si může sám zvolit, jakým způsobem na otázku bude odpovídat (Ferjenčík, 2010).

Ferjenčík (2010) rozděluje interview na několik, po sobě jdoucích, částí. Vždy je třeba úvodní etapy, která slouží k vysvětlení účelu setkání, navázání kontaktu a odstranění případné nejistoty na straně respondenta. Poté následuje již zmiňované jádro interview a poté jeho závěr. Závěr může sloužit k poslednímu ujasnění, zda tazatel všemu porozuměl. Ale zejména slouží k poděkování a ocenění respondenta za jeho účast.

Pro tento výzkum byl zvolen postup obdobný. Výzkumník se respondentovi představil a postupně ho seznámil s cíli výzkumu a samotným průběhem interview. Byl kladen dostatečný prostor pro dotazy respondenta. Následovalo podepsání informovaného souhlasu. Úvodní část byla tvořena otázkami na navázání kontaktu, a přes otázky zaměřené na to, s kým žije a jak tráví volný čas, se výzkumník dostal k jádru interview.

Jádro polostrukturovaného interview bylo tvořeno třemi základními okruhy. První byl zaměřen na vztahovou oblast v současnosti, na to, koho považuje respondent za nejbližší osoby, co je pro něj ve vztazích obtížné, co se mu daří, v čem by potřeboval pomoci. Druhý okruh byl obdobný, ale týkal se vztahů v minulosti, zejména v období vzniku onemocnění a také toho, co jedinec v rámci léčby absolvoval v rámci práce na svých vztazích. Následoval poslední okruh týkající se oblasti denního snění, jeho výskytu, zaměřenosti, obsahů, prožitků, které vyvolává. Na závěr byl věnován prostor poděkování za účast.

Struktura jádra rozhovoru je k nahlédnutí níže. Vždy byly kladeny příslušné doplňující otázky v kontextu odpovědi daného jedince. V některých případech byly otázky kladeny v jiném pořadí, než je uvedeno ve struktuře, z důvodu udržení plynulosti interview. Interview v průměru trvalo 68 minut, nejkratší mělo dobu trvání 63 minut a nejdelší 78 minut. Byla zvolena fixace dat v podobě audiozáznamu na diktafon. Nahrávka byla realizována pouze v případě, že s ní respondenti souhlasili. Souhlas s nahráváním byl také součástí informované souhlasu. Všichni respondenti s pořízením audiozáznamu souhlas vyjádřili.

Základní struktura interview:

Současné vztahy

Koho vnímáte jako své nejbližší?

Co je pro vás ve vztazích těžké?

Cítíte, že byste v této oblasti potřeboval někdy pomoc? V čem?

Co myslíte, že by vám pomohlo?

Je něco, co byste třeba ve vztazích chtěl/a jinak?

Co se vám na vztazích líbí?

Co si myslíte, že funguje?

Existuje něco, co Vám pomáhá vztahy udržovat?

Vztahy v minulosti

Když si vzpomenete na dobu, než se objevilo onemocnění, jaké byly vaše vztahy

Co pro vás bylo těžké?

Vnímáte, že bylo něco jinak?

Je teď pro vás něco snadnější?

Jak byste řekl, že s vámi vaše rodina prožívala vaše onemocnění?

Účastnili se s vámi nějakých kurzů?

A co vy jste absolvoval v rámci léčby?

Co vám během léčby nejvíc pomohlo ve vztahové oblasti?

Co jste cítil, že by vám pomohlo?

Zkušenost s denními sny

Představoval/a jste si někdy, že je něco jinak?

Můžete mi tu představu popsat?

Když už jsme u toho, stane se vám, že se během dne někdy zasníte a ponoříte, do svých představ?

O čem jsou nejčastěji?

Dovedete říct, jak dlouho trvají?

Jak často se zasníte?

Máte nějakou oblíbenou představu?

Jak se po takovém zasnění cítíte?

Zažil/a jste už někdy nepříjemný představy?

Jaké jsou ty nejpríjemnější představy?

Když se zamyslíte, jsou denní sny spíš o tom, co byste chtěl/a v minulosti nebo v budoucnosti?

11 METODY ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZY DAT

V počátku práce s daty došlo k doslovné transkripci audiozáznamu, pořízeného ze všech interview, za pomoci programu **Listen N Write Free** a programu **Microsoft Word**. Transkripce byla ověřena opakovaným poslechem audiozáznamu.

Pro analýzu získaných dat byla, vzhledem k výzkumným cílům a otázkám, zvolena **IPA (Interpretativní fenomenologická analýza)**. IPA je zaměřená na porozumění prožívané zkušenosti daného člověka. Teoreticky vychází z fenomenologie, hermeneutiky a idiografického přístupu. IPA zprostředkovává „porozumění zkušenosti člověka na idiografické úrovni se zaujetím pro to, jaký význam přisuzuje své zkušenosti určitý člověk v určitých podmínkách či situacích a jaká je podoba tohoto procesu nabývání významu“ (Řiháček, Čermák & Hytych, 2013, 10).

Postup se řídil obecnými doporučeními pro proces analýzy v rámci IPA. Byl zvolen aktuálně upřednostňovaný způsob, v rámci, kterého je každý jednotlivý případ analyzován nejdříve samostatně včetně významných témat. A následně probíhá analýza napříč všemi případy (Smith & Osbor, 2003, Smith, Flowers & Larkin, 2009, in Řiháček et al., 2013).

Pro analýzu dat byl zvolen obecný postup v rámci IPA dle Smith et al., (2009), v Řiháčkovi et al., (2013), který zahrnuje následující kroky:

- **Reflexe vlastní zkušenosti s oblastí výzkumu.** K vlastní reflexi byla využita technika dialogu sama s sebou a také diskuze nad oblastí výzkumu s dalšími osobami, které se ve zkoumané problematice orientují. Reflexe byla v průběhu tvorby dat opakována.
- **Čtení a opakované čtení** transkribovaných textů.
- **Tvorba prvních poznámek a komentářů.** Ty byly zaznamenávány po pravé straně textu. Byly zaměřeny zejména na obsah sdělení, ale také na lingvistické a konceptuální informace.
- **Rozvádění vzniklých témat.** Organizace přechozích poznámek do celků, které umožní zachytit specifickou zkušenost každého respondenta. Zaznamenávány byly po levé straně textu.

- **Hledání souvislostí napříč případem.** Práce se vzniklými tématy navzájem, hledání vzájemných souvislostí. V rámci jednotlivých případů byl vytvořen seznam témat, který soužil k hledání spojitostí. Témata byla následně převedena, do narativní podoby, ta ve formě celistvého případu, reflektuje specifickou zkušenost konkrétního jedince.
- **Následná analýza nového případu.** Postupně docházelo k opakování předchozího postupu u všech případů.
- **Hledání vzorců napříč případy.** Nové revidování témat předchozích případových analýz. Hledání vzájemných podobností, odlišností a stěžejných témat mezi jednotlivými případy. K této poslední části analýzy byl využit **program NVivo 12**, který umožnil přehlednější zpracování analýzy, než by mohlo přinést „ruční zpracování“. Jednotlivé kódy zaznamenané ve všech výzkumných případech, byly postupně tříděny a následně na základě podobnosti slučovány do kategorií, vystihující zkušenost respondentů. Finálně byly vytvořeny nadřazené tematické celky.

12 VÝZKUMNÝ SOUBOR A ZPŮSOB JEHO VÝBĚRU

Jak ze zaměření výzkumu vyplývá, respondenty byly osoby se zkušeností se schizofrenním onemocněním. Pro účast ve výzkumu byly stanoveny následující kritéria: Zkušenost se schizofrenním onemocněním, které bylo jedinci již diagnostikováno. Stabilní zdravotní stav jedince. Přítomnost náhledu na onemocnění, který umožní reflektovat vlastní zkušenost tak, aby byl jedinec schopný zodpovědět otázky z polostrukturovaného interview a zároveň neohrozil svůj zdravotní stav. A v neposlední řadě ochota zapojit se do výzkumu a realizovat setkání za účelem interview.

Vzhledem k výzkumným otázkám a cílům výzkumu, byla IPA jako způsob analýzy zvolena ještě před započítím výzkumu v rámci výzkumného plánu. Při výběru velikosti souboru bylo třeba získat dostatečné množství respondentů odpovídajících výše uvedeným kritériím, s ohledem k saturaci dat. A zároveň také bylo třeba přihlídnout k následnému způsobu analýzy dat. Pro IPA je v literatuře doporučován pro výzkumy v rámci diplomových prací výzkumný vzorek o 3-6 respondentech. V rámci dizertačních je uváděn obvykle vzorek o 4-10 respondentech. Práce s větším vzorkem je při analýze s IPA považována za problematickou. Nad jasně stanovený a vyšší počet respondentů je stavěna bohatost a hloubka dat, jednotlivých popsanych případů (Smith et al., 2009, in Řiháček et al., 2013). Vzhledem k zaměření výzkumu na rozsáhlou vztahovou oblast, ve spojení s oblastí denního snění, lze předpokládat, že podmínka bohatosti dat je naplněna.

Při výběru respondentů byly postupně uplatněny tři metody, **metoda záměrného (účelového) výběru přes instituce, metoda výběru vzorku samovýběrem a výběr vzorku metodou sněhové koule**. Uvedené metody řadíme k nepravděpodobnostním metodám výběru. Uvedené metody byly zvoleny z důvodu nejsnadnějšího získání respondentů, přičemž bylo při zapojení institucí, vždy možné ověřit, zda účastníci splňují stanovená kritéria pro účast.

Metoda záměrného výběru znamená, že respondent je vybrán dle nějakého kritéria. Patří k nejrozšířenějším metodám výběru (Miovský, 2006). V rámci výzkumu bylo osloveno celkem 15 institucí, či poboček jedné instituce, z nichž některé následně nabídly účast ve výzkumu jedincům, kteří splňovali stanovená kritéria. Instituce byly dopředu seznámeny

s výzkumným záměrem a způsobem realizace výzkumu. Takto byli do výzkumu získáni 2 respondenti. Někteří jedinci oslovení přes instituce projevíli zájem o účast, ale k realizaci již nedošlo, protože v dané době nesplňovali stanovená kritéria.

Pro metodu výběru samovýběrem je typický aktivní zájem zapojit se do výzkumu, ten nelze zaměňovat s prostým souhlas s účastí (Miovský, 2006). Dvě z oslovených institucí vyvěsily ve svých prostorech informační materiál k výzkumu, s kontaktními údaji na výzkumníka. Tímto způsobem se do výzkumu zapojil 1 respondent, který projevil aktivní zájem na základě vyvěšeného materiálu. Tímto způsobem projevílo zájem více jedinců, opět ovšem nesplňovali stanovená kritéria. V těchto případech je zaujala zejména oblast výzkumu, týkající se vztahové oblasti, ale nesplňovali kritérium zkušenosti se schizofrenním onemocněním.

Výběr vzorku metodou sněhové koule funguje na základě předchozího kontaktu a osobami splňující kritéria výzkumu. Ty následně mohou poskytnout kontakt na další potenciální respondenty. Případně může být kontakt získán přes jiného prostředníky či díky předchozím kontaktům výzkumníka samotného (Miovský, 2006). Tímto způsobem byli získáni 2 respondenti. Jeden, na základě předání informací od jiného respondenta, projevil zájem o účast a druhý byl osloven na základě předchozího kontaktu výzkumníka.

Výzkumu se tedy celkem zúčastnilo 5 respondentů z toho 3 ženy a 2 muži. Průměrná doba onemocnění ve vzorku je 16 let, nejdéle s onemocněním žije respondentka R1 a to 35 let. Nejkratší zkušenost s onemocněním má respondent R4, a to 9 let. Ale celkově nejkratší zkušenost má respondent R2, který na rozdíl od ostatních respondentů, prožil pouze jednu ataku onemocnění. Čtyři z pěti z respondentů jsou zvyklí, v různé míře, svou zkušenost sdílet v rámci programů peer konzultování či provázení nebo na přednáškách o duševním zdraví. Zbýlý respondent zvažuje, že by se do této oblasti v budoucnu také nějakým způsobem rád zapojil. V následující tabulce je uvedena stručná charakteristika jednotlivých respondentů. Pořadí bylo zvoleno dle toho, v jakém pořadí byly realizovány jednotlivé rozhovory. Stejně pořadí je zachováno i při prezentaci jednotlivých případů v kapitole Výsledky.

Tab. 1: *Charakteristika výzkumného souboru*

Respondent	Pohlaví	Věk	Věk nástupu onemocnění	Vzdělání	Rodinný stav	Děti	Bydlení
R1	žena	55	20	SŠ	svobodná	-	S matkou
R2	muž	33	23	SŠ	svobodný	2	S partnerkou a dětmi
R3	žena	55	39	VŠ	rozvedená	3	Sama (s dcerou)
R4	muž	39	30	VŠ	rozvedený	2	Sám
R5	žena	25	15	VOŠ	svobodná	-	S rodiči a sestrou

13 ETICKÉ ASPEKTY VÝZKUMU

Každý z respondentů byl **seznámen s cíli výzkumu a průběhem setkání**. Seznámen byl již během domluvy setkání a následně také při osobním kontaktu před zahájením interview. Před zahájením byl také každý účastník ještě jednou seznámen s tím, jakým způsobem budou následně poskytnuté informace zpracovány. Dále se **zachováním anonymity** ze strany výzkumníka a také **možností, kdykoliv z výzkumu bez udání důvodu odstoupit**, přičemž by žádné informace využity nebyly. Souhlas se svou účastí a seznámením s výše uvedeným potvrzovali respondenti **podpisem informovaného souhlasu**. Součástí byl také souhlas s pořízením audiozáznamu z celého interview.

Všechny materiály vzniklé ze setkání byly anonymizovány a poté uloženy pro další zpracování do složky chráněné heslem, na počítači, ke kterému má přístup pouze výzkumník a je rovněž chráněn heslem. Jakmile se stanou materiály nepotřebné pro účel jejich pořízení, budou odstraněny.

Při práci s daty byli respondenti anonymizováni a každému byl přidělen kód R1-R5.

V rámci výzkumu nebyl nikdo z respondentů klamán. Pokud během interview byla otevřena citlivá oblast, výzkumník ponechal na respondentovi, do jaké hloubky chce informace sdělovat. Ke každému z respondentů bylo přistupováno citlivým a empatickým způsobem.

Na závěr setkání bylo vysloveno poděkování za účast a každý ze zúčastněných následně dostal drobnou pozornost v podobě čokolády. Žádná větší odměna respondentů poskytnuta za účast nebyla. Pozornost v podobě sladkosti dopředu zmiňována nebyla.

14 VÝSLEDKY

V této kapitole je věnován prostor výsledkům analýzy dat získaných z polostrukturovaných interview. Kapitola je členěna do tří podkapitol. Předpokládá se že „*dobrá IPA studie zprostředkovává čtenáři vyprávění ze dvou perspektiv: z perspektivy jednotlivých případů/respondentů a z perspektivy témat*“ (Řiháček et al., 2013, 22). V první kapitole bude čtenář seznámen s jednotlivými případy, které by mu měli přiblížit jedinečnou zkušenost každého z respondentů v kontextu prožívání vztahové oblasti a denního snění a toho, čemu každý respondent přikládá subjektivní význam. Druhá kapitola přináší souhrnné informace a klíčová témata, vycházející z analýzy napříč všemi případy. V poslední kapitole jsou zodpovězeny výše položené výzkumné otázky.

Výsledky jsou doplněny o přímé citace respondentů. Od okolního textu jsou odlišeny použitím kurzívy, uvozovek a případně také závorek.

14.1 Jednotlivé případy

Paní R1., 55 let

Schizofrenní onemocnění se u paní R. objevilo kolem jejího 20 roku života, během studia prvního ročníku VŠ pedagogického zaměření, studium po prvním semestru přerušila a již nedokončila. V počátku onemocnění byla hodně sama, neměla přátelské vztahy, od druhých se izolovala a žila pouze školou. Součástí onemocnění bylo bludné přesvědčení, že je „*nejlepší, nejdokonalejší*“ a zároveň podezřívavost vůči druhým.

Žádným programem či péčí zaměřenou na vztahy nikdy neprošla. „*Takový program, i třeba na zvládání stresu, ale hlavně na vztahové problémy bych tenkrát hodně uvítala,..hlavně i pro tu rodinu, která si neví rady, co s takovým nejbližším*“.

V době propuknutí nemoci, se stále vnímala v roli dítěte. Náročné pro ni bylo, že její matka a nevlastní otec „*absolutně nepřipustili*“ že je, jakkoliv nemocná. Její starší bratr v té době studoval a její stav také příliš nevnímal. Cítila se hodně sama a nepochopená („*ty stavy byly tak hrozný kolikrát a neměla jsem to komu vysvětlit*“). Zpětně hodnotí, že díky nepřijetí nemoci, o kterém se nikdy doma nemluvilo, pro ni bylo obtížnější získat náhled na vlastní

stav. Na druhou stranu jí pomáhalo, že jí matka poskytovala péči („*denní servis, jako jídlo, úklid,..to mě vždycky pomohlo*“).

S matkou vztah od dětství vnímá jak špatný, plný neporozumění („*nikdy jsem k ní nenašla důvěru, s ničím jsem se jí nesvěřovala*“). Ve svém okolí navazovala vztahy se staršími osobami, např. učitelka na gymnáziu, u kterých vnímala, že jí můžou poskytnout „*ochranářskou pozici*“ a předávat zkušenosti.

Svou minulost považuje za vyřešenou, ničeho nelituje. Když má denní sny, v minulosti se téměř nikdy nepohybuje.

V současnosti má invalidní důchod a částečně pracuje pro jednu neziskovou organizaci. Zároveň se stará o matku, která je imobilní a má demenci („*Ona mi hrozně sprostě nadávala a byla agresivní při té demenci, vnímala jsem to jako skoro týrání.. teď je klidnější potom, co loni zkolabovala*“).

Od své první hospitalizace řeší otázku mateřství a partnerského života. Dlouhodobý vztah nikdy nenavázala („*To mi uniklo, Partnera na život jsem prostě nikdy nesehnala*“). Mateřství pro ni bylo vždy významné, hodně to řešila, ale nikdy se jí nepodařilo vymyslet, jakým způsobem ho realizovat, většinou plány skončily na tom, že neměla partnera. Nyní, vnímá, že již nemá na mateřství věk, cítí to jako osvobozující „*už je to bez toho, abych měla ty myšlenky, že bych měla děti, cítím se líp*“.

V dětech a péči o ně viděla vždy smysl života. Nyní pečuje o matku, je ráda, že je nějakým způsobem užitečná („*je to nějak smysl života, takový pseudosmysl*“). To považuje za něco, co se jí daří a těší ji, že může být druhým nápomocná. Ještě by ráda nějakým způsobem pomáhala druhým lidem se stejnou diagnózou. Zároveň velkou péčí věnovala svým neteřím. Bratr se rozvedl a dcery měl v péči. Z toho důvodu navštěvovala také psychologa, protože neteře její péči odmítaly. Cítila se od nich málo přijímaná a vnímala, že jejich matka je jim přednější, což ji zraňovalo. Péči o ně zakládala zejména na vaření a uklízení, je možné, že nevědomě opakovala stejný způsob péče, jaký dostávala od své matky. Vnímá, že se stavěla do role podobné rodičovské, ale že matku jim nahradit nemohla. Bratr je pro ni „*taková chlapská výpomoc*“, pomohl jí také několikrát během zhoršení duševního stavu, ale co obnáší duševní onemocnění příliš nechápe.

Významný je vztah s jejím bratrancem, ten má tři malé děti a žije v USA. Nemá, podle jejích informací, spokojený vztah s manželkou a zvažuje návrat zpět. Na jednu stranu, je pro ni častá komunikace s bratrancem až obtěžující, na druhou stranu je pro nic příjemná představa,

že by se vrátil a ona by se mohla podílet na výchově dětí. „*Zas by to byl nějaký, trošku jiný, smysl života než pucovat babču. I když by se to muselo nějak skloubit..je to taková moje vize*“.

Péče o tyto děti je ústředním tématem v jejích denních snech. Promýšlí konkrétní kroky, které by k péči vedly a jak by reálně mohla vypadat, „*...představuju si, že jim zařídím krásné pokojíčky, to už sem vše nahledala v Ikea, potom jak se budou vypravovat do školy ráno, aby měly svačinu a takové*“. Denní sny v ní obecně vyvolávají dobré pocity a jsou pro ni zdrojem zábavy. Během toho, jak je popisuje, se jí znatelně zlepšila nálada. Snění se věnuje téměř nepřetržitě celý den („*takže já vlastně mám celý život jeden velký sen*“). Během depresivních stavů se objevují i negativní sny. Sny se jí opakovaně vrací. V momentě, kdy v ní začnou vyvolávat negativní pocity, protože zjistí, že už jsou příliš nereálné, opustí je a zaměří se na jiné. Nejčastěji se jako obsah denních snů objevuje něco pozitivního, co by si do svého života přála. Např. dříve si představovala, kam by se mohla vydat na dovolenou, ale přestala, protože nechtěla jet sama, a v ten moment neměla nikoho blízkého s kým by představu realizovala. Denní sny jsou zaměřeny na budoucnost.

Přátelské vztahy má, zejména s jednou kamarádkou, se stejným duševním onemocněním. Navzájem si pomáhají v posledních letech, mrzí ji, že spolu takový vztah neměly již dříve. Obecně se jí vztahy nenavazují dobře, nemá volný čas, který by mohla trávit mimo domov, kvůli péči o matku. Opakovaně se setkala s předsudky a stigmatizací. To pro ni bylo nejvíce bolestivé v obdobích, kdy převládala její blud vlastní dokonalosti.

Ve vztazích jí pomáhá, na nikoho se nepovyšovat a přijímat situaci takovou jaká je. („*Já už jsem celkem smířená s osudem, jak bych řekla..*“). Přijímá život s jeho negativy i pozitivy („*...o tom je život*“), i když je v něm pro ni řada věcí náročných. Lze uvažovat, že denní snění jí pomáhá, z někdy náročných reality uniknout, a mohlo by jí také pomáhat naplnit neuspokojené potřeby, např. mateřskou roli.

Pan R2., 33 let.

Schizofrenie mu byla diagnostikována během jediné hospitalizace, kterou podstoupil ve svých 23 letech. V době, kdy se u něj začaly rozvíjet duševní obtíže se po několika letech, kdy žil sám, vrátil do rodného města a znovu bydlel se svojí matkou. Měl pocit, že v podstatě nic nedokázal a již delší dobu se mu nedařilo navázat partnerský vztah („*dá se říct, že mi chyběla láska nebo nějaký hlubší vztah*“). Neměl ani moc blízkých kamarádů, protože se

přestěhoval a bývalí kamarádi už s ním moc nepočítali a měli jiné zájmy („*takže jsem fakt byl docela osamocenej*“).

Onemocnění se projevovalo v podobě různých bludů a dalších zejména pozitivních symptomů. Pomohlo mu, že když mu bylo nejhůř, starala se o něj jeho bývalá přítelkyně, která sice věděla, že ve vztahu pokračovat nebudou, ale poskytla mu oporu. Je rád, že díky tomu, jeho rodina byla projevů ataky ušetřená. Onemocnění mu tedy primární vztahy, které měl před propuknutím dobré, nijak zásadně nenarušilo. Měl sice pocit, že se s ním snaží doma manipulovat („*to bylo asi jediný období v životě, kdy jsem byl ošklivej na mamku*“), tak se s rodinou na čas vídal méně. Jediný, poškozený vztah, byl s jeho mladším nevlastním bratrem, kterého brával často ven na různé akce, po hospitalizaci se s ním přestal vídat, aniž by věděl proč. Až nyní vztah postupně obnovují.

Po hospitalizaci mu dělalo velký problém komunikovat s druhými. Intenzivně prožíval („*vedlejší účinky prášků, který u mě byly hodně velký a hodně mě tlumily*“). Vedlejší příznaky a útlum mu krom běžného fungování ovlivňovaly komunikaci s druhými i sexuální život. Bývalá přítelkyně se ho snažila brát ven a postupně začleňovat do života („*Nevím, jak by to dopadlo, kdyby mě nebrala ven a já byl doma jenom sám s mamkou, to by bylo mnohem horší*“). Kvůli vedlejším příznakům se rozhodl zkusit alternativní způsob léčby a léky vysadil. Bývalá přítelkyně ho v tom podpořila a z rodiny mu nikdo nebránil, protože jeho nejhorší stavy nezažili a neměli mnoho informací.

„*Rok po vysazení to bylo pořád ve mně, ale pak se to začalo lepší*“. Během prvního roku po vysazení byl samotářský, unavený. Lze uvažovat, že se jednalo zejména o postupnou rekonvalescenci z energeticky náročné ataky onemocnění. Podněty přijímal v podstatě pouze ze sledování filmů, což bylo jediné téma, o kterém byl schopný mluvit. Vše měl potřebu přirovnávat k filmům. V té době bydlel s matkou, a v kontaktu s druhými pro něj filmy byly „určitou záchranou“. Jinak se cítil hodně nejistý sám sebou, a bylo pro něj těžké komunikovat. Po vztazích toužil, ale snížené sebevědomí mu bránilo je navazovat.

Kamarádi ho občas brali ven a při té příležitosti potkal svojí současnou partnerku. „*Jak kdyby ve mně tenkrát něco přeskočilo do normálu,..protože jsem věděl, že na filmy ji prostě nedostanu, v ten moment to byla obrovská motivace a věděl jsem, že druhá šance nebude*“. V novém vztahu se bál přítelkyni sdělit svoji zkušenost s duševním onemocněním, ukázalo se, že v době, kdy se k tomu odhodlal, ona už s tím byla seznámena od jeho přátel, a nesdílela jeho obavy („*Tak mě přijde, dá se říct, že jako ten vztah pro mě byl vyloženě léčivej*“).

Aktuálně jako své nejbližší vnímá rodiče, přítelkyni a společné děti, kamarády, dohromady asi 10-15 lidí. Ve svých vztazích by nic neměnil, pokládá je za základ života. Problematická je pro něj někdy komunikace, ale spíše s cizími lidmi, kteří ho mnohdy nechápou a nechtějí slyšet, když se jim snaží říct i něco nepříjemného. Při konfliktech mu nejvíc vadí „že u toho nějakým způsobem přebere negativitu toho druhého..je těžký to potom hodit za hlavu a nějakou dobu se necítím dobře z toho“.

Ve vztazích mu nejvíc pomáhá rozvíjení sebereflexe a vnímání druhých a jejich potřeb. Dále a nejenom ve vztahové oblasti vnímá, že mu hodně pomohla hudba, některé filozofické směry a zásadně kniha Čtyři dohody, díky které se začal vzdělávat. Vztahy se snaží udržovat skrze práci na sebe sama („soustředím se na sebe a vím, že když budu se sebou v pohodě, tak budu mít i dobré vztahy, dá se říct“).

Aby se onemocnění nevrátilo, snažil se změnit životní styl a způsob myšlení. „Můj v podstatě boj proti té schizofrenii byl o vědomým zkoumání těch myšlenek, který přichází a dá se říct rozhazování na ty recidivní a ty který jsou prostě v pohodě, kterýma se můžu zabývat“. Obdobným způsobem pracuje i s denními sny. Snaží se je rozvíjet pouze vědomě, nejčastěji se jim věnuje před usnutím a aktuálně mají nejčastěji podobu nějakého přání směřovaného do budoucnosti. Drží se hesla: „nejlíp se startuje tomu, co už se teďka vidí v cíli“. Nejčastěji si představuje výsledky nějaké činnosti a hlavně pocity, které bude v ten moment zažívat. Pokud přichází hodně spontánních denních snů, snaží se od nich odvádět pozornost prací. Negativním představám a scénářům se striktně vyhýbá. Častým obsahem, krom výsledků činnosti, jsou u něj také dialogy, které mu slouží jako příprava na reálné rozhovory, zvláště pokud očekává konfrontaci. Dříve se v nich snažil zpětně hledat „chyby“, které udělal, aby se příště neopakovaly.

Blízcí lidé se objevují v představách, pokud si představuje činnost, která je spojená s rodinou. Aktuální oblíbená představa je, že až se mu podaří dosáhnout pracovního úspěchu, pojedede „s celou rodinou na fakt krásnou dovolenou, jak jsou takový domky nad mořem, a že tam vezmu třeba i babičku, děcka, že tam pojedeme takhle s celou rodinou“. Sice už se tam vidí, ale zároveň zdůrazňuje, že aby přání mohlo fungovat, je třeba proto něco udělat. To si dříve tolik neuvědomoval a věnoval snění více času.

Paní R3., 55 let

Onemocnění se pravděpodobně projevilo již kolem 30 roku, po narození nejmladší dcery, nicméně diagnostikováno bylo při první atace a hospitalizaci v 39 letech. V té době měla za

sebou komplikovanou vztahovou minulost. S prvním manželem se rozvedla po 8 letech, měli dvě děti, které si vzal do péče a ona se s nimi vídala jednou za dva týdny. Krátce na to se vdala, ale druhý manžel byl alkoholik, zažila domácí násilí a rozvedla se. Po rozvodu se z manželství narodila dcera, která ihned po porodu kvůli vrozené srdeční vadě zemřela. Po krátké známosti znovu otěhotněla, partner odešel a jí se narodila nejmladší dcera, která otce nikdy nepoznala.

V době vzniku onemocnění prožívala partnerský vztah s výrazně mladší mužem (*„byla jsem s přítelem nesmírně šťastná, naplněná jako žena“*). Kvůli věku partnera s ní přerušila kontakt matka a vídala se pouze s vnučaty. Partnerský vztah *„rozdělila až ta nemoc“*, nebo možná konec vztahu spíše uspíšila, během vztahu jí již nešlo, zřejmě kvůli rozvíjejícímu se onemocnění, pracovat a vytvořila si dluhy, které splácí dodnes. Od té doby partnerský vztah nenavázala. Má staršího bratra, který se snažil udržovat spojení mezi ní a rodiči, v průběhu onemocnění s ní, ale také několikrát přerušil kontakt.

Během hospitalizace si vzali nejmladší dceru do péče její rodiče. Zbylé děti žily daleko a o jejím stavu toho moc nevěděly. Od nástupu onemocnění do předloňského roku se u ní vyskytlo 6 relapsů onemocnění, vždy v důsledku toho, že záměrně vysadila léky. To jí vždy hluboce narušilo vztahy s blízkými (*„...oni mi to hodně zazlívali, po každé té atace jsem znovu ty vztahy budovala, snažila se získat důvěru, a vždycky to byl takový propad a vždycky jsem se škrabala nahoru, nahoru, abych to dala dohromady“*). Matka s ní několik přerušila kontakt. Naposledy se téměř rok neviděly. Trvalo jí několik let, než se jí podařilo nahlédnout na to, co její rodina v takových chvílích prožívala.

Aktuálně pracuje jako peer pracovnice v psychiatrické nemocnici a je zapojená do řady projektů. Vztahy nyní *„vypadají dobře, zlepšují se všechny i ty přátelský jsou kvalitnější, než bývaly“*.

Po první hospitalizaci žila v chráněném bydlení. Její rodiče se věnovali vnučce, kterou měli v péči a na dceru už neměli kapacitu. Cítila se v té době *„strašně, ale fakt strašně sama“*. Nejmladší dceru jednou týdně navštěvovala, vždy půjčila knihu z knihovny a společně si četly. Snažila se udržet s ní vztah a zároveň to *„drželo nad vodou“* i ji samotnou.

Po dvou letech nastoupila do jiného chráněného bydlení, kde se účastnila program Jak žít a pracovat s duševním onemocněním, trval rok a součástí byla také psychoterapeutická skupina. Poprvé tu pocítila *„sílu toho sdílení, jako v té skupině“*. Mohla zde otevřít téma

svých sebevražedných myšlenek i výčitek vůči dětem. Postupně se dostala k práci v oblasti peer provázení.

V poslední době jí výrazně pomohla změna bydliště, přestěhovala se do většího města. Podstoupila 14 měsíců intenzivní psychoterapie, kde mohla řešit „*ty neurotický věci, ten vztah s maminkou a dětma*“. Zúčastnila se řady programů, v rámci, kterých některé skupiny i vede. Ke svým blízkým osobám nyní řadí také dvě terapeutky z oddělení, na kterém pracuje. Za významný považuje vztah se svou novou psychiatrickou, která jí vyšla vstříc s výměnou léků a poté odezněly velmi nepříjemné vedlejší příznaky.

Tím, že získala práci, bydlení a sama se začala cítit líp, mohla „*nabídnout pomocnou ruku dětem*“. S dcerami má nyní dobrý vztah, založený na vzájemném sdílení a pomoci. Se synem by si přála vztah hlubší, občas od něj cítí výčitky, že s ním v dětství tolik nebyla. Ve vztazích jí nejvíce pomohla práce na sobě a čas.

Její otec zemřel, když spolu byli rozhádaní, rozhodla se proto na vztahu s matkou pracovat. Možná, že díky terapii si uvědomila, že od ní očekává „*lásku a opečování, jakou by mohla dát malému dítěti*“. Popisuje, že v momentě, kdy si své očekávání uvědomila „*něco se uvolnilo, takovýho, jakoby hrozně těžkýho*“. Vztah nyní prožívá jako kvalitnější a raději péči, kterou očekávala od matky poskytuje sama svým vlastním dětem.

V současnosti se jí daří mít lepší sebereflexi, více sdílet se svými blízkými, i to co není pozitivní, má větší odvalu řešit nepříjemné věci. Během posledních let si uvědomila „*jak to pro ty blízký bylo těžký*“. Její nejmladší dcera zažívala ve škole šikanu, „*kvůli tomu, že byla maminka v blázinci*“ a i v dospělosti s tím měla „*hrozný traumatický zážitky*“.

Díky dobrému vztahu s psychiatrickou a kvalitnější edukaci již ví, že léky nebude chtít přestat brát. Zároveň je ale s minulostí vyrovnaná. „*Těžko odvolávám nějaké věci, které jsem udělala, protože vím, že pro mě to znamená vlastně nějaký přínos. Ale pro ně to byly spíš ztráty. Jo oni jsou rádi, že jsem tam, kde jsem, ...ale tu bolest tu jim jako..to musíme na tom pracovat. Z toho jejich pohledu to bylo těžký*“.

Přátelské vztahy si poprvé v životě udržela, i přes změnu bydliště. Zejména jedna kamarádka, také se zkušeností se schizofrenním onemocněním, ji poskytovala podporu, když v ní nikdo z blízkých při posledním relapsu nevěřil. Přála by si „*ještě najít partnera, protože cítím, že ten vztah k těm dětem je jedna věc a druhá věc je péče o sebe a tam k tomu patří ještě partner*“.

Dřív, než s tím před pár lety začala vědomě pracovat, dokázala snít pořád („*Měla jsem pocit, že mě to vysiluje, že jsem se necítila potom dobře. Protože na jedné straně tady byly ty sny, jak by to mohlo ideálně vypadat a na druhé straně ty průsery, který jsem žila*“). V té době si představovala ideálního partnera, domov, dovolenou apod.

Postupně si vytvořila vlastní meditace a učila se být v přítomném okamžiku. Snaží se pracovat vědomě se svými myšlenkami, tak aby se jí „*nerozutíkávaly*“. Soustředí se hlavně na svoje prožitky a ty nepříjemné se snaží analyzovat a odstraňovat. Nazývá to „*neustálou vnitřní sebeanalýzou*“. Meditace, během kterých se ladí do různých kvalit (odevzdání, pokora, přijetí..), jí pomohly i ve vztahu k dcerám, protože ty projevíly o tento aspekt jejího života zájem a sdílejí ho nyní společně.

V rámci denních představ vysílá také vědomé prosbičky za děti či pacienty. Dřívější spontánní představy nahradila vědomými a cíleně zaměřenými vizualizacemi („*Ta představivost a ta možnost ovlivňovat vědomě svoji realitu mě velmi zaujala*“). Je to tvorba vědomého přání, zaměřeného na budoucnost. Vnímá, že vizualizace jí pomohly ve zlepšení vztahu s matkou. Samozřejmě „*musela nabít znovu odvahy tam za ní vkročit*“, ale pracovala na tom vztahu také „*energeticky a prosbičkami..posílala jsem tam světlo, tak se to nakonec dalo do pořádku*“. Pokud se objeví spontánní denní představy snaží se analyzovat, zejména ty nepříjemné. Když obsahem představ nejsou záměrné vizualizace, objevuje se v nich plánování činnosti v budoucnosti. Do minulosti se vůbec nevrací.

Pan R4., 39 let.

Onemocnění mu bylo diagnostikováno ve 30 letech, když prožíval svou první ataku. Při zamyšlení má pocit, že k němu měl dispozice již v dětství. V horečkách zažil opakovaně halucinace a byl velmi citlivé dítě. V komunikaci s matkou se občas dostával do „*slepých uliček*“. „*Bavil jsem se svojí mámou a zaběhl jsem se někam, odkud nebyl únik a začal jsem panicky brečet*“.

Rodiče se rozvedli a s otcem se příliš nevídal. Prostředí primární rodiny popisuje jako „*hodně tvrdé*“. Matku vnímá jako „*takovej generálskej typ*“. Nerad se v tomto prostředí od dospělosti pohyboval, protože cítil tlak, aby se choval stejně jako matka s bratrem a on byl raději citlivý a vnímavý.

Ke konci vysoké školy založil se svou partnerkou rodinu vlastní. Narodily se jim dvě dcery. Měl problém s tím, že jim matka do života hodně mluvila a nerespektovala jejich názor. Často se dostával do sporů mezi matkou a svou partnerkou. Přátelské vztahy měl hodně

spojené s konzumací alkoholu a marihuany. Při nástupu nemoci mu byla jeho žena velkou oporou, měl výrazné depresivní epizody, snažila se ho aktivizovat.

„Potom co jsem se pokusil o sebevraždu, tak měla podmínku, že se půjdu léčit, dostal jsem léky a ty mi tenkrát pomohly“. Myslí si, že žena by i přes spory s jeho matkou, ve vztahu zůstala. Její otec měl také schizofrenii. Ale když získal náhled přál si, aby od něj i s dětmi odešla. *„Až když jsem to viděl sám, tak jsem si přál, aby ode mě odešla i s dětma, přál jsem si, aby mě takovýhodie neviděli..aby takovej vzor neměli v životě dětí“.*

Po rozvodu se o sebe obtížně staral sám a dostal se do existenčních problémů, musel také platit alimony na dcery. Vrátil se k mámě, což pro něj bylo velmi obtížné. Stres z rozvodu a *„návrat do původní rodiny“*, dle něj stáli za propuknutím druhé epizody onemocnění.

Dnes už s mámou nežije, povedlo se mu osamostatnit. I když vztahy v rodině prožívá zejména negativně, stále jsou pro něj důležité. Přál by si větší pochopení a možnost svěřit se. Když matce řekne, že mu není dobře, tak mu řekne *„aby se z toho neposral“*. Doma se jeho problémům často smějí. Nemá rád tento způsob komunikace a prostředí, protože vnímá, že v něm také hrubne a přejímá negativní ladění. I proto je rád se svými dětmi (*„protože mě znají jako citlivýho člověka. Jo a na druhý straně je ta máma“*). Vzhledem k finančním problémům se s ním ani bratr moc nebavil a nebral ho rovnocenně (*„jsem ztratil hodnotu v té rodině“*).

S dcerami si postupně vybudoval dobrý vztah, snaží se jim alespoň jednou týdně věnovat. Mrzí ho, že ho zažily v jeho depresivních stavech, kdy se jim nemohl a ani nechtěl věnovat. Dcery se ho snažily v té době utěšovat a *„ochraňovat“*. *„Už jsem schopnej stát rovně a bavit se s nima. Přestávám mít pocit, že ony jsou jakože, ne nadřazený, ale jako prostě, že už nejsou šikovnější, než já“.*

Po finanční stránce je na tom už lépe. Pracuje v oblasti peer poradenství. Vnímá, ale že finance mu vztahy stále komplikují. Pokud by měl větší prostředky, má pocit, že by mohl své vztahy kultivovat a rozvíjet více.

Má několik blízkých přátelských vztahů, dokonce obnovil některé přátelské kontakty z vysoké školy. Mrzí ho, že se svými klienty řeší řadu jejich problémů, i vztahových a rodinných, a se svou rodinou (matkou a bratrem) ty vztahy takto dobré nemá a promluvit si s nimi moc nemůže. I když se alespoň navštěvují. Chtěl by, aby ho i jeho onemocnění akceptovali. Problémy ve vztazích mu občas dělá komunikace, buď řekne něco *„co je těžce*

přijímaný“, nebo se snaží, aby to sdělení nikoho nezranilo (*„pak jsem schopnej se obviňovat z toho, aby to nebyla manipulace“*).

Aktuálně mu činí obtíže navázat a udržet partnerský vztah, i když by si to přál. *„Většinou dokud je to bez sexuality, tak je to v pohodě. A pak když je tam ta sexualita, tak mě to většinou nebaví“*. Postupně v partnerském vztahu začne hledat negativa, přál by si, aby se naučil vidět víc to *„pozitivní a hezký než to co, ho nebaví, co je špatně nebo co nejde“*.

Hodně mu pomohl, i ve vztahové oblasti, psychoterapeut, kterého navštěvoval. Za významný považuje i vztah se svojí psychiatrickou, vídají se každý měsíc od počátku onemocnění (*„můžu jí říct, co chci, málokdo mě zná, tak jako ona“*). Dodává mu do života podporu a pochopení. *„Jednou mi nahrazovala mámu vlastně..prostě ona mi dala tu, jako by tu péči vnímavou, respektující a to, co jsem doma neměl“*. Přál by si mít v životě nějaké staršího *„mentora nebo lifecoache, klidně profesionála“*, někoho, kdo by mu dával rady, měl vhléd do života a nebyl *„zlej a zákeřnej“*.

Ve vztazích se mu momentálně daří zvládat otcovskou roli, snaží se druhým pomáhat. Vztahy má kvalitnější, protože je začal zakládat na společném sdílení i tvorbě, což dělal v mládí, např. když byl v kapele, ale později měl vztahy založené spíše na společné konzumaci. Umělecké tvoření se pro něj stalo významným vztahovým aspektem.

K tvoření ho znovu přivedla představa, kterou měl ve své dřívější práci. Měl představu o tom, jak svému spolupracovníkovi fyzicky ubližuje. Poté si vzal raději dovolenou a promluvil si se svou lékařkou. *„Řekl jsem si, že když jsem schopnej takhle ničit představou, představivostí, že musím být schopnej se tím i naučit tvořit. A od té doby, vlastně se snažím tvořit i fyzicky“*.

Snění přes den mu také dříve soužilo, jako zábava a ukrácení dlouhé chvíle. Než začal znovu pracovat, vytvářel po celý den různé scénáře do budoucnosti, ale sám se v nich ztrácel a nedokázal z nich žádný realizovat. Takové snění mu nebylo příjemné. V příjemných představách rozvíjel nápady do umělecké tvorby a ty již později realizoval.

V současnosti nemá na snění čas, sní někdy večer třeba půl hodiny. Snění mu slouží také k urovnání myšlenek. *„Když mám nějakou negativní představu, tak se jí snažím zastavit hnedka“*. Snaží se tak ovlivňovat svůj duševní stav. Věří, že díky denním snům může *„vědomě měnit to svoje směřování“*. Denní sny tedy také slouží jako oblast pro přání, která se později v budoucnu vyplní.

Blízcí se v představách příliš neobjevují. Dřív se hodně zaměřoval na proběhlé rozhovory a snažil se v nich „*měnit své chyby*“. Ale po nějaké době přišel na to, že pokud chce něco ve vztahu změnit, musí to říct konkrétním člověku. Denní sny se u něj pravděpodobně občas zaměňují za projevy onemocnění nebo se s nimi doplňují. Např. někdy si představuje dcery, jak se zrovna mají, a někdy má pocit, že slyší, co si právě povídají doma. Čas si ráda krátí představami nad různými vynálezy, dříve u něj byl přítomný inventorní blud.

Paní R5., 25 let

Onemocnění se u ní začalo rozvíjet postupně a diagnostikováno bylo po 15. roce života. Bere ho jako geneticky podmíněné, v rodině mají vážnější duševní obtíže i její teta s bratrancem. Její máma nikdy diagnostikována nebyla, ale má dojem, že má celkem závažné problémy, jen si to nikdy nepřiznala („*s tím doma bojujeme dnes a denně, že mamka je v pohodě a všichni kolem ní jsou nějak špatní*“).

Bydlí s rodiči a mladší sestrou. Onemocnění se v plné síle objevilo právě, když se do domu stěhovali. V té době také přecházela na vyšší stupeň gymnázia. Do dnes jí adaptace na změny a stresová období duševní stav zhoršují.

S mladší sestrou mají hezký vztah, má dojem, že ji sestra chápe. S tátou mají také dobrý vztah, je to flegmatik a hodně technický typ, takže duševním potížím v rodině nevěnuje velkou pozornost („*vždycky mi to pomohlo ten jeho flegmatismus*“). S matkou popisuje vztah jako komplikovaný, nedostává se jí od ní pochopení, které by chtěla. Má pocit že na ni „*strašně přenášela ty svoje psychický problémy*“, kterým se musela věnovat, i když měla hodně svých problémů („*mě to vždycky úplně bodne, když to slyším, jak ona se zase hroutí nebo brečí nebo něco a je to hrozně náročný, mě se udělá vždycky úplně fyzicky blbě*“). Hodně ji mrzí, že ji matka nikdy moc neoceníla nebo nepochválila („*spíš si vždycky našla všechno, co jsem udělala blbě a tak*“). V současnosti se s ní snaží udržovat neutrální vztah a být hodně asertivní, v tom jí pomohla psychoterapie.

Nejnáročnější pro ni během onemocnění byly depresivní stavy a tlak od rodičů, aby byla jiná. Hodně ji srovnávali se sestrou, která je zdravá a hodně společenská a ona byla nemocná a „*strašně ráda sama*“. Mrzelo ji, že jí vůbec nerozumí, hlavně matka. Má dojem, že tím tlakem se její duševní problémy akorát prohlubovaly. Nedělá jí dobře ani očekávání společnosti, když se jí např. někdo vyzptává, kdy se vdá, jestli založí rodinu apod. „*jsem tolerantní, ale když mám něco trochu jinak, tak bych si přála, aby to lidé přijímali*“. Je

možné, že konfrontace se společenskými očekáváními jí nedělá dobře i kvůli tomu, že si v současnosti není jistá svou sexuální orientací.

Během depresivních stavů neměla zájem o druhé lidi. Když jí bylo líp, cítila ve společnosti sociální úzkost. Obava z neznámých lidí v menší míře přetrvává dodnes (*„když je to cizí člověk, nechci nic o sobě říkat, protože když o mě nic neví, tak já nevím, jak ten druhý bude reagovat a nechce se mi do žádných konfliktů“*). Snaží se obavy aktivně překonávat. Hodně jí v tom pomohla setkání během léčby s lidmi s podobnými zkušenosti. Před nimi takovou úzkost necítila. Nejvíce jí pomáhalo sdílení své zkušenosti a skupinová psychoterapie. Díky kontaktu s druhými v sociálních službách postupně nabyla sebevědomí a učí se asertivitě, to si myslí, že jí spolu s empatií a prací na sobě, pomáhá vztahy udržovat.

Nikdy neměla velké množství přátel, ale spíše jeden či dva intenzivní přátelské vztahy (*„dokážu navázat neskutečně hluboký vztah i třeba během chvíle“*). Nyní má dvě blízké kamarádky, také s duševními obtížemi, potkali se v lékařském zařízení a sociální službě. Jedna žije nyní v zahraničí a před odjezdem přátelský vztah přešel v partnerský. Když rozvíjí hluboké vztahy, nechává je volné a čeká, v co se rozvinou (*„je mi to více méně jedno, jestli je to muž nebo žena,...zaměřuju se na to, jak mi s tím člověkem je jako po duši, špatně se mi to někdy škatulkuje“*).

Z partnerských vztahů má obavu, nazývá ji až úzkostí. Ta pramení z toho, že i když je jí ve vztahu dobře, nemá ho pevně ve svých rukou a může se pokazit. Oblastí se partnerských vztahů se teď pravděpodobně i kvůli své jistotě příliš nezaobírá (*„musím říct, že se hodně bojím vztahů, právě protože nad tím nebudu mít kontrolu“*). Dřív měla oblíbenou představu, ze které se později stal blud, že někde najde nějaký předmět nebo člověka, který jí přesně určí, za kým se má vydat, kdo bude její spřízněná duše.

Ve vztazích její nejistota pramení i z toho, že má díky onemocnění hodně narušenou pozornost, špatně si třídí myšlenky a ovlivňují ji hodně i sensorické vjemy. Díky tomu se jí špatně soustředí na komunikaci a má obavu z toho, že jí druzí nebudou rozumět. Přála by si mít nějaký „překladač“, aby jí druzí dobře rozuměli.

Obdobně se roztěkanost odráží i v oblasti denního snění. Uvádí, že sní *„úplně non stop, stává se mi to celý den,...ale jsem u toho strašně roztěkaná, šíleně“*. Dřív měla představy hodně nereálné a pokud se jí nepodařilo je uskutečnit, měla pocit, že je *„k ničemu“*. V současnosti se je snaží udržovat reálné a aktivně pracuje na odstranění černobílého myšlení i

v představách. Občas si vybaví záměrně i něco negativního, pokud se to týká plánování, aby se vrátila do reality („*abych se potom nezhroutila*“).

Aktuálně má představy orientované na budoucnost a týkají se zejména chystaného pracovního záměru („*to snění mě hodně taká nahoru, zvedá mi náladu*“). Ale když byla v depresi hodně se vracela do minulosti a bylo jí potom ještě hůř.

Dříve si představovala i partnerský vztah. V té době byla psychicky oslabená a submisivní, což jí příliš nevyhovuje („*at' se těm lidem nezdám, tak jsem rád dominantní v tom vztahu*“). „*Představovala jsem si, že jsem víc dominantní, jako chlap, v té pozici, že jsem ta dominantní, co si to tak nějak povede*“.

Obecně nemá ráda, když se cítí onemocněním „*pevně ukotvená*“, zdá se jí, že si potom „*život neřídí sama, ale řídí to ta psychika, a to je hodně náročný*“.

14.2 Analýza a interpretace dat

Následující text obsahuje tematické celky, které byly v analýze napříč případy identifikované jako významné. Obecnější tematické celky jsou tvořeny specifickými kategoriemi.

Z procesu kódování vyplynuly tyto základní tematické oblasti: *Potřeby ve vztazích, Komunikační bariéra, Práce na sobě sama a Vědomá práce s denními sny.*

POTŘEBY VE VZTAZÍCH

Potřeba blízkých vztahů

Všichni respondenti **přikládají vztahům ve svém životě velký význam** a projevovali o vztahy zájem před onemocněním i v jeho průběhu. Pokud neměli o vztahy zájem jednalo se pouze o přechodné období, kdy u nich převládaly depresivní symptomy, měli zásadní existenční problémy a na vztahy již nezbývala energie, izolovali se od druhých v důsledku příznaků onemocnění.

R5: „*Bylo mi hrozně blbě, nebyla jsem schopná ničeho, téměř jsem nekomunikovala.*“

R4: „*Jediný, co jsem byl schopnej bylo dokopat se do práce, a na vztahy jsem už neměl.*“

R3: „*No, hlavně se člověk podle mě uzavírá hodně do sebe. Že ty vztahy tak jako vyhasínaj, bych řekla.*“

I přesto, že se sami z výše uvedených důvodů v určitých obdobích ze vztahů stahovali a v jiných obdobích, zejména těsně či po propuknutí onemocnění o kontakt s blízkými přicházeli (viz Tabulka 2). Absence blízkých vztahů neznamena, že o ně nemají zájem. Právě naopak. **Potřeba blízkých vztahů je přítomná u všech respondentů.** Touží po přijetí a kontaktu od svých rodin, v partnerských vztazích chtějí dosáhnout sounáležitosti, blízkosti, sdílení a naplnění sexuality. U všech lze také zaznamenat potřebu založení vlastní rodiny.

V případě odcizení s blízkými osobami, je třeba poznamenat, že pokud byl vztah již před onemocněním nějakým způsobem narušený nebo zatížený problémy, onemocnění vedlo k prohloubení těchto aspektů.

R1: *„Jsem stále řešila, jestli partnera, jestli rodina a děti, a to tak probíhalo, celou dobu, ale teď už jsem toho prostá, jakože rodinu ne, děti ne, partnera ne a je to takový trošku osvobozující v této fázi.“*

R2: *„Myslím, si že vztahy jsou to nejdůležitější, základ života.“*

R3: *„Já jsem si připadala strašně sama, protože ten vztah se rozpadl, nebo rozpadl nás to hodilo každého někam úplně jinam.“*

Tab. 2: *Nejčastější faktory vedoucí k odcizení s blízkými*

Faktor obecně	Specifické projevy
nepřijetí onemocnění blízkými	nepochopení prožitků a projevů onemocnění tlak na změnu nemožnost sdílení stigmatizace problémy v komunikaci
symptomy onemocnění	paranoia, podezřívavost, bludy uzavření se do sebe problémy v komunikaci ztráta motivace deprese sebevražedné sklony nízké sebevědomí
medikace	vysazení medikace, zhoršení stavu, ztráta důvěry vedlejší příznaky medikace (útlum, sexuální dysfunkce)
vlastní stud a výčitky	
nedostatek financí a prostředků	ztráta hodnoty v rodině nemožnost udržovat vztahy
fyzická vzdálenost	kvůli zdravotnímu stavu hůře realizovali návštěvy, stěhování kvůli práci a kvalitnější léčbě

Potřeba akceptace a blízkosti

Ukázalo se, že kromě respondenta R2, vnímají ostatní respondenti jako nejvíce významné **potřeby akceptace a blízkosti**, lze předpokládat, že je to z toho důvodu, že ve svých blízkých vztazích v rodinách prožívali výrazné nepochopení sebe a svého onemocnění. U respondentky R1 a R5 se také objevují výrazné obavy z nepřijetí druhými lidmi, které jsou podložené zkušenostmi se stigmatizací, která jim bránila vztahy navazovat. U respondentky R5 tyto obavy z nepochopení nabraly v průběhu onemocnění podobu sociální úzkosti.

Nepochopení prožívají zejména na základě **nízkého uspokojování emocionálních potřeb** a poskytování **emocionální podpory** v primárních rodinách (opět s výjimkou R2). Respondenti v rodinách identifikovali nejčastěji podporu v podobě péče, přípravy jídla, poskytování zázemí, dohledu nad medikací a projevy onemocnění, snahy o aktivizaci, sociální začleňování, podporu při hledání zaměstnání apod.

R1: „*Ten můj život by se určitě ubíral někudy jinudy, kdybych neměla kvalitní zázemí po té první hospitalizaci.*“

Emocionální podpora přicházela ve dvou případech (R2 a R4) od tehdejších partnerek respondentů. Respondenti R4 a R3 získávali také podporu od svých dětí, ta vyvolávala na jedné straně motivaci a na druhé straně výčitky vůči dětem.

R2: „*Když jsem v podstatě zešilel, tak si mě k sobě přitáhla a byl jsem s ní.. Aspoň se mnou takhle někdo byl, jinak bych zůstal doma jenom sám s mamkou, a to by bylo určitě mnohem horší. Nevím, jak by to bylo dál, kdyby mě nebrala ven a tak dál.*“

R3: „*No tak jako moje manželka byla velice trpělivá, citlivá a tři roky myslím, že nedělalo problém mi poskytovat oporu.*“

Podporu, která jim byla poskytována zpětně oceňují, ale chyběla jim zmiňovaná blízkost a pochopení. Nedařilo se jim **sdílet své prožitky a zkušenosti**, vnímali, že jim blízcí nerozumí. Blízkým často chyběla trpělivost a očekávali, že se dostaví výsledky a změna v duševním stavu nemocného. Změny nepřicházeli nebo nepřicházeli dostatečně rychle, to snižovalo vzájemné pochopení.

Vzájemné pochopení je zpětně přičítáno **malé edukaci o onemocnění**, sami nevěděli, co přesně se s nimi děje a chyběl jim také **náhled na onemocnění**. Stejně tak jejich blízcí nebyli dostatečně seznámeni s průběhem onemocnění (R1, R2, R3, R5), což dle názoru respondentů

vedlo k tomu, že na ně měli často **nereálné požadavky**, které vnímali jako nátlak nebo manipulaci, či je nepřijetí jejich onemocnění zraňovalo.

R3: „*Já jsem tehdy potřebovala někoho, kdo by mi naslouchal o tom, co jsem prožívala, o tom, co se mi dělo, jako i s čím jsem si nevěděla rady a kdyby mi dovedl dát tu naději, že to bude lepší, protože všichni se hrozili, co se se mnou děje a ty už nikdy, a ty už nikdy...a to není pravda, vždycky se z toho dá dostat.*“

R1: „*I můj drahej bratr, si klidně řekne, že psychická nemoc není nemoc. A pak mi řekne, když začnu být na tom hůř, přiber si léky.*“

R5: „*I když vím, že v rodině mě podporují v tom, abych tu pracovní oblast zvládla. Ale furt mě zase samozřejmě tlačí do práce, na druhou stranu je to strašně těžký někdy v těch stavech.*“

Lze vypořádat, že pokud respondenti (R2, R3, R4, R5) pociťovali nátlak či manipulaci, a zároveň prožívali nepochopení, měli větší tendenci se vůči požadavkům **ohradit a nerealizovat je**.

R3: „*Nejtěžší asi bylo, když jsem nechtěla užívat léky a celá rodina na mě tlačila ať ty léky užívám, já jsem trvala na tom, že jim do toho nic není, jestli užívám nebo neužívám léky, že je to na mém rozhodnutí.*“

Kompenzace vztahových potřeb

V důsledku onemocnění došlo k výraznému omezení vztahů mimo rodinu. Postupně se ale respondentům, kteří výrazně prožívali zmíněné nepochopení (R1, R3, R4, R5), podařilo nalézt nové přátelské vztahy, které jim ho kompenzovali. Přátelství navazují zejména s osobami se stejnou či obdobnou zkušeností s duševním onemocněním. Navzájem si poskytují podporu a pochopení, které z předchozích vztahů neznají.

Řada programů jim také umožnila sdílet a pracovat s vlastní zkušeností s duševním onemocněním. V tomto prostředí také odpadají případné obavy z nepochopení, které zažívali v běžném životě a ze stigmatizace.

R3: „*A hodně mě držela tím, že jsem se jí mohla vypovídat. Opravdu hodně. Že jsem opravdu třeba každý dne s ní volala.. A to bylo v době, kdy ta rodina se nedůvěřivě dívala.*“

R5: „*Pro mě je strašně důležitý to, že se rozvíjí to, že můžeme ty věci nějak sdílet a fakt jako mám dobrou zkušenost s těmihle organizacemi, ale furt je jich hrozně málo těch služeb.*“

Významně nápomocným se ukázal také **vztah s ošetřujícím lékařem či psychoterapeutem** (F3, F4), kteří krom odborné péče, poskytli také saturaci zmíněných potřeb. To umožnilo zkvalitnění vzájemné spolupráce.

R3: *„Jednou mi nahrazovala mámu vlastně, paní doktorka a dobře, že fakt byla žena v mém životě, která jako,.. prostě ona mi dala tu, jako by tu péči vnímavou, respektující a to, co jsem doma neměl.“*

Uspokojení potřeb a získání podpory, byť v jiném prostředí než v rodinném, v kombinaci s psychoterapeutickou či jinou péčí, umožnilo následné zkvalitnění vztahů s rodinnými příslušníky. Díky **získání vlastního pochopení**, se respondentům (R3, R4, R5) začalo dařit lépe chápat i rodinné příslušníky a jejich vlastní potřeby.

Denní snění také v některých chvílích sloužilo k uspokojení vztahových potřeb či rolí. Přičemž v některých případech bylo tematicky totožné s obsahem bludného přesvědčení, kterému předcházelo nebo následovalo. Vztahovou oblast výrazně kompenzuje pouze v případech, kdy daný aspekt není v životě respondenta přítomen nebo nemá požadovanou kvalitu (F1, F3, F4, F5). Takové představy vyvolávaly ve snícím příjemné prožitky, nicméně pokud se následně konfrontoval s reálnou situací dostavily se prožitky negativní (F1, F3, F5). Většina respondentů se snažila obdobné představy kontrolovat a omezovat, a nyní se u nich již nevyskytují (F2, F3, F4).

R1: *„Přemýšlím o těch dětech,..hlavně, že jim zařídím krásné pokojíčky, to už sem všechno nahledala i v ikei, potom jak je budem, jak se budou vypravovat do té školy ráno, aby měly tu svačtinu a takové.“*

R3: *„To jsem dovedla snít o tom, jaký bych měla být nejrady, kam bych jela na dovolenou, jak bude vypadat můj partnerský vztah, tak to jsem byla velkej snilek. To jsem snila hodně. Ale teď už je to ta realita.“*

R5: *„Ať se těm lidem ve vztahu nezdám, tak jsem v tom docela dominantní v tom vztahu.. takže já jsem si představovala, že jsem víc dominantní, víc jako ten chlap. Nejsm transexuál, ale že jsem v té dominantní pozici. Ta dominantní, co si to tak nějak povede.“*

Pro respondentku R1 a R5 jsou tyto představy někdy **snadnější a bezpečnější cestou**, jak vztahy prožívat, protože nad nimi mají kontrolu, což v reálné situaci nepocítují.

R5: *„Možná tím, aby mě to neshodilo dolů, tak si udržuju, tu svojí představu, to co můžu líp ovlivňovat.“*

Potřeba smyslu a naplnění vztahových rolí

Kvalitní vztahy poskytovaly do života respondentů potřebný **smysl**. Ten byl ztotožňován zejména s mateřskou a partnerskou rolí, pokud tyto role jedinec nezastával, hledal smysl v jiném vztahu, např. v péči o matku (R1) či v intenzivních přátelských vztazích (R5). Saturace výše uvedených potřeb, větší vzájemné pochopení s blízkými a práce na sobě sama, vedly u respondentů k **naplnění vztahových rolí**. Začali poskytovat oporu a péči svým dětem, které ji začaly více přijímat a vrátily se do své role dítěte. A k rodičům začaly přistupovat více z pozice dítěte dospělého, které je připravené jim také poskytnout péči (vyjma R2 a R5, kteří své vztahové role předtím úplně neopustili).

R3: „...když jsem s tou maminkou, tak že očekávám, že se ke mně bude chovat jako k tomu malému dítěti, který potřebuje tu lásku a opečovávání a já jsem si říkala..to máš poskytovat ty svým dětem a nemůžeš to čekat od maminky, aby se k tobě chovala jako k malému dítěti a ve chvíli, kdy jsem si to uvědomila, tak jak kdyby se ve mně něco uvolnilo, takovýho, jakoby hrozně těžkýho.“

Obtížněji se jim daří **naplňovat partnerskou roli**. Byť partnerské vztahy jsou něco, co by si přáli (R1, R3, R4, R5), dělá jim obtíže je navázat, kvůli obavám vlastním či případného partnera, či vnímané stigmatizaci. Partnerské vztahy jim komplikuje také sexuální oblast, která se jim nedaří naplňovat (R2, R4, R5).

KOMUNIKAČNÍ BARIÉRA

Napříč případy byly zaznamenány **problémy v komunikaci**, které byly vnímány jako to „nejobtížnější“ ve vztazích. Problémy v komunikaci, jak je uvedeno výše, jsou také součástí faktorů, které vedly k odcizení s blízkými a komplikovaly uspokojení vztahových potřeb. V tabulce 3 je uveden výčet zaznamenaných faktorů napříč případy.

R5: „Bych měla někdy ráda nějaký přístroj, aby ten člověk vlastně pochopil,.. abych jim mohla dát tu mojí myšlenku do hlavy, protože já se neumím vyjádřit v tom zmatku myšlenkovým mým, to je úplně neuvěřitelný.“

R4: „Občas se mi stává, že někomu řeknu věci, jak vidím a je to těžce přijímaný a pak zase, že když to řeknu tak, aby to nikoho nezranilo, tak jsem schopnej se obviňovat z toho, aby to nebyla manipulace.“

R2: „Já si myslím, že hlavně, co mi bránilo v komunikaci s druhýma lidma, tak byly ty vedlejší účinky prášků, který u mě byly veliký a hodně mě tlumily.“

Tab. 3: *Faktory znesnadňující komunikaci s druhými lidmi*

Obecný faktor	Specifické projevy
příznaky onemocnění	bludy, pozitivní symptomy, narušení pozornosti, strach z druhých lidí, zúžená oblast zájmu
deprese	izolace, špatné snášení konfliktů, delší čas zpracování informací a emocí
neschopnost zaměřit pozornost	zhoršené vyjadřování, špatné soustředění na obsah sdělovaného
chybění odhadu	jak druzí přijmou informaci, jak sdělovat nepříjemné informace, jaký zvolit způsob komunikaci, aby odpovídal situaci
nízká sebedůvěra	vyhýbání se kontaktu, prožívání úzkosti, vyhýbání se konfliktům
neefektivní komunikační vzorce v rodině	přehnaná kritika, posměch, zlehčování, nátlak
vedlejší účinky prášků	utlumení
obtížné vyjadřování negativních emocí	potlačování vlastích emocí, přejímání negativity druhých (zejména při konfliktech)

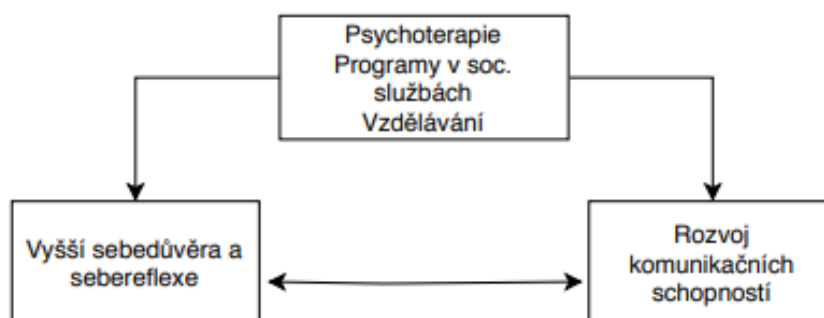
K výše uvedenému výčtu je třeba několik poznámek. **Vyhýbání se konfliktům** bylo v některých situacích a fázích onemocnění efektivní a vedlo k podpoře vztahů. Během remise ovšem přinášelo více negativních dopadů na vztahy a zejména prožívání jedince. Je třeba zdůraznit, že všechny uvedené poznatky vycházejí ze subjektivního prožívání jedinců, tedy i zaznamenání neefektivních komunikačních vzorců. Respondenti sami sebe často označovali, buď celkově nebo v průběhu onemocnění, jako citlivější k některým komunikačním jevům v rodině.

Zkvalitnění komunikace

U všech respondentů (s výjimkou R2) přispěla ke zkvalitnění komunikace **medikace a postupná absence symptomů** onemocnění, ty sice v některých případech (R4, R5) částečně přetrvávali dále, ale komunikace byla díky nim narušena méně. Medikace vedla mimo jiné k návratu do reality a možnosti zaměřit pozornost na vztahovou oblast.

Díky **psychoterapii, poradenství, programům v sociálních službách** a vlastnímu **vyhledávání informací a vzdělávání** začali u sebe postupně respondenti rozvíjet schopnosti, které jim umožňovali zkvalitnění komunikace např. asertivita, nepovyšování se, odvaha řešit problémy apod. Zároveň u nich výše uvedené intervence zvyšovaly **sebedůvěru a sebereflexi**, díky čemuž pro ně bylo snadnější komunikační schopnosti rozvíjet. Pokud se jim to dařilo, zpětně to opět působilo pozitivně na vlastní sebepojetí. To v důsledku vedlo ke zkvalitnění vztahů obecně. Tyto vzájemné vtahy zachycuje následující diagram.

Diagram 1: *Vztah mezi poskytovanou péčí, rozvojem komunikačních schopností, sebedůvěrou a sebereflexí*



Denní snění slouží respondentům (R2, R4, R5) jako prostor, pro přípravu komunikace či zpětné hledání, proč kontakt s druhým člověkem nenaplnil jejich představy. Stejně tak slouží jako prostor pro příprava budoucích dialogů, zvláště pokud mají před sebou významný rozhovor či v kontaktu očekávají nějakou konfrontaci. Respondent R4 měl dlouho pocit, že pokud v představě změní proběhlou konverzaci, „*odstraní chybu*“ promítne se to v důsledcích i do reality druhých osob. Psychoterapie mu pomohla uvědomit si, že pokud zpětně se chce v komunikaci něco změnit, musí to sdělit lidem, kterých se to týká.

V této kapitole byl již zmíněn pozitivní vliv ať už profesionální péče či individuálního vzdělávání, jedná se o významný aspekt života všech respondentů a je mu podrobněji věnována následující kapitola.

PRÁCE NA SOBĚ SAMA

Všem respondentům je vlastní **akceptace jejich onemocnění** a vlastní zkušenosti s ním. Snaží se přijímat život se vším, co jim přináší. Pokud chtějí nějakou změnu v životě, vědí, že je třeba, aby ji učinili oni sami.

R3: *„I když říkám, že ať jsem udělala cokoli tak jsem to udělala správně, protože jsem tam, kde jsem dnes, jenom díky tomu, že jsem prožila, to, co jsem prožila.“*

Ze zkušeností vidí, že pokud se jim dařilo pracovat na sobě, pozitivně to kromě jejich života ovlivňovalo i blízké vztahy.

R2: *„Takže soustředím se na sebe a vím, že když budu se sebou v pohodě, tak budu mít i dobrý vztahy, dá se říct.“*

Kromě respondenta R2, který na svém onemocnění pracoval sám po své první a jediné hospitalizaci, a respondentky R2, která využívala psychologického poradenství a aktivizační terapie ve stacionáři, absolvovali zbylí respondenti (R3, R4, R5) individuální i skupinové psychoterapie a účastnili se různých podpůrných programů, kde se učili pracovat s onemocněním, stresem i vztahy.

R4: *„Pomohl terapeut, který se mnou pracuje na tom nabytí, zlepšení vztahů vůbec a především jsme pracovali na té rodině.“*

R5: *„...měla skupinový sezení a mě osobně, mám radši ty skupinový, že opravdu. No mám prostě radši mnohem. To mi pomohlo už tenkrát.“*

Krom odborné péče je u všech respondentů patrná snaha hledat, z různých zdrojů, co by jim mohlo pomoci jejich stav zlepšit nebo udržovat. Častou inspiraci nacházejí v různých odborných i populárně naučných knihách, hudbě, umělecké tvorbě, meditacích, duchovním směřování, analyzováním vlastních myšlenek a záměrnou aktivizací.

Dalo by se říct, že skrze onemocnění se snažili hledat cestu sami k sobě. Odborná péče jim často umožnila pochopit i prožívání jejich blízkých (R3, R4, R5).

Výše uvedené způsoby vlastní práce sama s sebou, krom toho, že respondentům pomáhají se cítit lépe, vedou v důsledku ke **zkvalitnění vztahů**. Blízcí vidí, že na sobě pracují, pokud je to spojeno i s odbornou péčí, vede to ke zvýšení důvěry. Nově objevené oblasti zájmu, které jim pomáhají, mohou s blízkými sdílet. Skrze práci na sebe sama mohou navazovat

vztahy nové – pokud se účastní odborných programů, potkávají osoby s obdobnou zkušeností a socializují se.

R3: „...mám za sebou různé meditace a různé duchovní techniky a podobně a i dcery se dávají teď tou cestou a v podstatě se mě občas na něco zeptají, nebo si nechají poradit, nebo hledají nějaký návod ode mě a tak. Takže se jako střetáváme, což bych dřív vůbec nepředpokládala.“

R4: „myslím, že pokud se člověk schází s lidma za účelem tvorby, tak je to super.“

Pokud rodina tuto oblast zájmu či způsobu práce sama s sebou nesdílí a staví se vůči ní, prohlubuje to rozpor mezi ní a jedincem s onemocněním (R4).

Nemožnost ovlivnit druhé

Všichni respondenti si uvědomují, že své blízké nemohou změnit a že reálné **změny** mohou realizovat **pouze sami u sebe**.

R4: O změnách ve vztazích „*To já nemůžu ovlivnit, tam já můžu změnit jediné sám sebe.*“

Některé formy komunikace v blízkých vztazích je zraňují viz. faktor neefektivní komunikační vzorce v rodině v Tabulce 3 v přechozí kapitole. Zároveň na ně negativně působí i problémy, které mají jejich blízcí a sami s nimi nepracují.

Často zmiňují, že v komunikaci přejímají negativitu druhých (R2, R4, R5). Za významnější lze pokládat, že vlastní zdravotní, psychické problémy a projevy v chování k jedinci s onemocněním, ze strany jeho blízkých osob, u něj vedou ke zhoršení psychického stavu.

R1: „*Jsem ráda, že jsem zpracovala tu naši babču, že mě to totálně nepoložilo, že se ke mně spoustu let chovala naprosto hrozně a že jsem schopná se o ni starat.*“ O matce, která onemocněla demencí.

R5: „...*a prostě je to takový strašně náročný, mě to vždycky úplně bodně, když to slyším, jak ona se zase hroutí nebo brečí nebo něco a je to hrozně náročný, mě se udělá úplně fyzicky blbě.*“

R4: „...*můj bratr s mojí mámou byli trošku citlivější lidi. Oni jsou hodně tvrdí z mého pohledu.*“

Součástí práce sama na sobě je tedy také **osvojení adaptivních reakcí na chování blízkých osob**. Pokud se jim vztahy dlouhodobě nedaří změnit a cítí, že jim nedělají dobře, snaží se od těchto osob izolovat nebo nekomunikovat v takové míře a kvalitě jako předtím (R2, R4, R5). Případně se snaží v rámci zachování vztahů přizpůsobit situaci své chování, aby byli

druhými přijímání, i když to následně neprožívají dobře (R4). Případně pokud je to nutné hledají přímou vnější pomoc, např. při pečování o matku s demencí se snaží zajistit podpůrné pečovatelky. V případě neuspokojených vztahových potřeb si je nahrazují v jiných vztazích viz kapitola Potřeby ve vztazích.

Skrze práci na sobě k zaměstnání

Respondenti v tomto výzkumu (R1, R3, R4) díky tomu, že na sobě pracovali nejenom sami, ale i s odborníky a v rámci různých programů, našli **zaměstnání**. Byli zapojeni do programů a skupin ve kterých sdíleli svůj příběh a zkušenost, což pomáhalo druhým lidem s onemocněním, ale zároveň práce s vlastním příběhem měla léčivý efekt i pro ně. Respondentům R3 a R4 se postupně podařilo rozvíjet tento způsob práce natolik, že nyní pracují jako peer pracovníci v sociální službě a psychiatrické nemocnici. Respondentka R1 příležitostně v rámci jednoho programu také svůj příběh sdílí a pomáhá jedné neziskové organizaci s administrativní činností. Zbylí respondenti by se rádi angažovali obdobným způsobem a podnikají k dosažení cílů reálné kroky.

Získání práce zaměřené na pomoc druhým přináší do života respondentům vyšší prožívaný **smysl** a spokojenost, pociťují **znovuzískání hodnoty** u některých blízkých osob, jejich pracovní činnost probudila zájem o oblast duševního zdraví u jejich blízkých či dřívějších přátel, jedná se o novou oblast, kde mohou rozvíjet další vztahy. A samozřejmě práce přináší i finanční prostředky díky, kterým mohou kultivovat vztahy a vytvářet zázemí.

R4: „*Pak jsem přistoupil na to, že začnu dělat toho peera a bral to naplno, jako svoje poslání nějaký.*“

R5: „*Že dělám něco, co ostatním lidem pomůže. To je ta hlavní mise.*“

R2: „*...všechno podaří udělat tak, abych mohl pomáhat lidem, kteří jsou diagnostikováni.*“

VĚDOMÁ PRÁCE S DENNÍMI SNY

V předchozích kapitolách byly denní sny popsány v kontextu kompenzace vztahových potřeb i rozvíjení dialogů. Nyní se na jejich kvalitu zaměříme obecněji. Pozornost bude věnována zejména vědomé práci s denními sny, kterou respondenti často realizovali.

Ukazuje se, že každý z respondentů prošel či prochází obdobím, kdy je schopný **snít téměř nepřetržitě**.

R1: „*Takže já vlastně mám celý život jeden velký sen.*“

R3: „...než jsem začala dělat meditace a takový věci, než jsem se začala zabývat silou přítomného okamžiku a tak, tak jsem dovedla snít pořád.“

R5: „Stává se mi to celý den, non stop. Úplně non stop. Prostě.“

Po intenzivním snění se u respondentů objevují častěji **nepříjemné pocity**, kterým na krátkou dobu předchází pocity příjemné. Obsahem takových představ je totiž zpravidla něco příjemného, např. jak by měl vypadat jejich partner, vztah obecně, byt, práce, jak se věnují nějaké činnosti, kterou reálně zatím nerealizovali apod. Pokud se po zasnění konfrontují s realitou, vyvolává to ony zmíněné nepříjemné pocity.

Tyto nepříjemné pocity se jim daří odstraňovat **vědomou prací s denními sny**. R1 v takových případech, kdy, zjistí, že sní o něčem, co už je pro ni hodně nereálné pozmění obsah denních snů.

R1: „...se to pořád vrací, ta představa trvá a až bude jasný, že to nenastane nebo nebude, tak si najdu něco jinýho, to já si najdu pořád něco jinýho.“

Respondentka R5 se snaží do představ vkládat i něco negativního, aby se představa přibližovala realitě a bylo ji možné dosáhnout.

R5: „Já se opravdu občas snažím i záměrně vyvolávat i negativní představy, abych se vrátila do reality, občas to vidím všechno strašně úžasně a říkám si musí tam být i něco, že si schválně vybavím to negativní, aby to bylo vyrovnaný, abych se z toho potom nezhroutila.“

Zbylí respondenti (R2, R3, R4) již nenechávají své představy volně plynout, ale pracují s nimi více vědomě. Je to i **součástí jejich práce na sebe sama**, aby se chránili před návratem onemocnění. Praktikují „nepřetržitou vnitřní sebeanalýzu“ (R3), během které se snaží odstraňovat všechny negativní představy a udržovat svou mysl v přítomném okamžiku za pomoci meditace, či záměrného soustředění.

R2: „...boj proti té schizofrenii byl o vědomým zkoumání těch myšlenek, který přichází a dá se říct, třeba rozhazování na ty recidivní, ty který mě směřují zpátky do blázince a ty který jsou prostě v pohodě a kterýma se jako můžu zabývat.“

R4: „Když mám nějakou negativní představu, tak se ji snažím zastavit hnedka.“

Vědomě **zpracované či kontrolované denní sny** jsou zaměřeny na budoucí činnosti či události a přináší pozitivní pocity. Zatímco při **depressivních stavech** uvádějí respondenti sny, které v nich vyvolávají výrazně negativní pocity a častěji jsou orientovány do minulosti.

K vědomé práci s denními sny patří také jejich využívání k naplnění různých přání. Respondenti (R2, R3, R4) postupně v rámci kontroly představ začali realizovat různé „vizualizace“ a „vědomá přání“. Mají zkušenosti, že pokud si představují, co by si do života přáli, v budoucnu se jim to vyplní.

R2: „těžko vysvětlit, že přání se neplní, když si člověk něco přeje, tak moje zkušenost, je zkrátka taková, že když si něco přeju, tak se mi to splní.“

R3: „...metodou vizualizace. A v rámci tady této metody jsem si vlastně vysnívala, takzvaně jak bych chtěla, ale bylo to vědomé vysnívání, jak bych chtěla, aby vypadala moje budoucnost a ony se mi některé ty věci začaly plnit.“

R4: „Já už si vypřál hodně věcí, a člověk akorát si musí dávat pozor na to co si přeje.“

V průběhu času, si postupně začali uvědomovat, že vědomá přání k realizaci nestačí, ale musí vyvíjet **k dosažení cíle i vlastní aktivitu**. Nyní si tedy něco přejí a následně se snaží, za pomoci vlastních schopností, které si také museli osvojit, přání realizovat. Vědomé snění je realizováno výrazně kratší dobu než spontánní snění, respondenti ho popisují v řádu desítek minut denně. Spontánní sny jsou u nich méně časté a pokud se objevují snaží se s nimi pracovat, či je odstraňovat.

Vědomá práce s denními sny některým (R2, R3, R4, R5) přináší i **vědomou kontrolu** nad vlastním životem a jeho směřováním.

R4: „tím denním sněním si může člověk jako líp vytvářet nějakou budoucnost, že si může líp formulovat a formovat svůj život,... respektuji, že můžu vědomě měnit to svoje směřování.“

R3: „Právě že ta představivost a ta možnost ovlivňovat vědomě svoji realitu mě velmi zaujala.“

Vědomá přání jsou často zaměřená do vztahové nebo pracovní oblasti. V tabulce 4 je výčet nejčastějších obsahů denních snů u respondentů s příklady, v tabulce 5 je výčet obsahů týkající se vztahové oblasti.

Tab. 4: *Výčet obsahů denních snů*

Zaměření denních snů	Konkrétní příklad
dovolená	plánování konkrétní dovolené, příjemná představa během pracovního dne
práce	pracovní úspěch, plánování konkrétní činnosti, srovnávání myšlenek, peníze
snění pro zábavu	plánování umělecké činnosti, tvorba vynálezů, představa péče o děti, představa domácího zvířete
plánování budoucí činnosti	plány před cestou, před důležitým rozhovorem
úspěch	ve škole, v práci, ve volnočasových aktivitách
dialogy	příprava rozhovorů, zpětné opravy konkrétních situací, zdroj zábavy
přání	zaměřená na vztahy, práci, zdravotní stav, pocity, peníze, pracovní a jiný úspěch

Tab. 5: *Výčet denních snů ve vztahové oblasti*

Zaměření denních snů	Konkrétní příklad
imaginární vztah	představa partnera, rodiny, péče o děti, vyhledání spřízněné duše
kontakt s blízkými	když jsou fyzicky daleko, představa, že spolu normálně tráví čas
dialogy	příprava na kontakt, oprava předchozích, spontánní dialog
společné trávení času	dovolená, sdílení zájmů
přání	(znovu)navázání kontaktu, zdraví blízkých, změna chování, úspěch pro blízké, příjemné pocity ve vztazích
aspekty partnerského vztahu	sexuální představy, vzájemné sdílení, dominance ve vztahu

14.3 Odpovědi na výzkumné otázky

V následující kapitole budou zodpovězeny výzkumné otázky na základě analýzy dat. Nejdříve budou zodpovězeny otázky týkající se vztahové oblasti a následně otázky vztahující se k oblasti denního snění.

Výzkumné otázky

„Jak prožívají lidé se schizofrenním onemocněním své blízké vztahy?“

Všichni respondenti považují **vťahy za významnou oblast svého života**. Někdy se sami v důsledku onemocnění od druhých záměrně izolovali a některé blízké vztahy zanikly nebo byly poškozeny. Často prožívali samotu. Absence vztahů ovšem neznamená, že o ně nemají zájem. **Potřeba blízkých vztahů** je přítomná u všech respondentů, touží zejména po přijetí a vzájemném kontaktu od svých rodin. Přejí a snaží se rozvíjet partnerské vztahy ve kterých budou moci prožívat sounáležitost, blízkost, sdílení a naplnění vlastní sexuality. Všichni mají potřeby vlastní rodiny a pokud mají děti, snaží se jim poskytovat rodičovskou péči.

V blízkých vztazích zažili často odcizení, jehož základ vnímají v těchto proměnných: **nepřijetí onemocnění blízkým** (nepochopení prožitků a projevů onemocnění, tlak na změnu, nemožnost sdílení stigmatizace, problémy v komunikaci), **symptomů onemocnění**

(paranoia, podezřívavost, bludy, uzavření se do sebe, problémy v komunikaci, ztráta motivace, deprese, sebevražedné sklony, nízké sebevědomí, **medikace** (vysazení medikace, zhoršení stavu, ztráta důvěry, vedlejší příznaky), **vlastního studu a výčitek, nedostatku financí** (ztráta hodnoty v rodině, nemožnost udržovat vztahy), **fyzické vzdálenosti** (kvůli zdravotnímu stavu hůře realizovali návštěvy, stěhování kvůli práci a kvalitnější léčbě). Ztrátu kontaktu nebo přerušeni kontaktu ze strany blízkých prožívali jako zraňující, vyvolávalo to samotu, případně pocity hněvu na sebe sama i na druhé.

Vztahy vnímají jako něco pozitivního, a snaží se na nich vědomě pracovat a kultivovat je. Což se jim daří zejména pokud jsou spokojeni se svou medikací a mají vytvořené vlastní zázemí. Jako významné prožívají **blízké přátelské vztahy**, které krom jednoho respondenta, všichni **navazují zejména s lidmi s obdobnými duševními obtížemi**. V nich získávají potřebnou akceptaci, možnost sdílení a podporu.

Pozitivní ve vztazích je pro ně také to, pokud se jim daří **naplňovat vlastní vztahové role**. Např. daří se jim poskytovat rodičovskou péči vlastním dětem, které ji od nich přijímají. Pokud některé role ve vztazích, které by si přáli (partnerská, rodičovská) nejsou dostatečně nebo vůbec naplněny, vyvolává to negativní prožitky. Někteří se s absencí snaží smířit a hledají smysl jinde, jiní se snaží vztahy rozvíjet.

„Co v oblasti vztahů prožívají jako nejobtížnější?“

Zejména v počátku onemocnění prožívali jako **nejnáročnější samotu, nepochopení ze strany blízkých** a nemožnost sdílet své prožitky a aktuální problémy.

Za nejobtížnější byly také identifikovány **obtíže v komunikaci**. Ty často přispívají k odcizení s blízkými i k problémům v uspokojování vztahových potřeb. Potíže v komunikaci z pohledu respondentů způsobují: příznaky onemocnění, deprese, neschopnost zaměřit pozornost, chybení odhadu (jak druzí přijmou informaci, jak sdělovat nepříjemné informace, jaký zvolit způsob komunikace, aby odpovídal situaci), nízká sebedůvěra, neefektivní komunikace v rodině (přehnaná kritika, posměch, zlehčování, nátlak), obtížné vyjadřování negativních emocí (potlačování vlastních emocí, přejímání negativity druhých).

Dále bylo jako obtížné identifikováno **navazování nových partnerských vztahů a jejich udržení**. To je komplikováno obavami vlastními i případného partnera, stigmatizací, obtížemi v sexuální oblasti.

Obtíže zaznamenávají také v **oblasti praktických záležitostí**, které jejich vztahy také ovlivňují. Nedostatečné finanční možnosti jim komplikují nejenom partnerské vztahy. Náročné je pro ně také hledání bydlení nejen pro sebe, ale i pro jejich blízké, aby mohli bydlet ve své blízkosti a snáze udržovat kontakt.

„Co by jim pomohlo vztahy zkvalitnit?“

V počátku onemocnění by uvítali **kvalitnější edukaci o onemocnění**, jak vlastní, tak hlavně jejich blízkých osob. Přičemž si myslí, že by to mohlo pomoci jejich přijetí v rodině a odstranit nároky a očekávání, ze strany blízkých, které nedokázali kvůli onemocnění naplňovat.

Vnímají, že jim pomáhalo, pokud jim byla poskytována péče materiální, např. zázemí, strava apod. Ale jako důležitější vnímají i **emocionální podporu**, kterou vnímali jako nedostatečnou.

Jako klíčový se ukázal **vztah s ošetřujícím psychiatrem**, od kterého by očekávali vyšší přijetí a možnost s ním více sdílet. Přáli by si, aby jejich lékař byl od začátku naslouchající a ochotný vyslechnout jejich problémy, s vedlejšími symptomy léků a odkázal je i na návaznou péči, např. poradenská pracoviště, psychoterapeuty, sociální služby.

Identifikovali, že jim výrazně pomohlo **sdílení vlastní zkušenosti a práce s vlastním příběhem** v rámci různých programů a sociálních služeb, případně jim dále pomáhalo, pokud se stali peer konzultantem a pomáhali druhým lidem s duševním onemocněním. Někteří vnímají, že tyto možnosti nejsou stále dostatečně rozvinuté a přáli by si tuto zkušenost podstoupit dříve.

Některým respondentům výrazně pomohla také **psychoterapie**, ať individuální nebo skupinová, v čemž hodlají na dále pokračovat. Výrazně jim pomáhalo, zvláště v době, kdy neměli odbornou péči, jejich **vlastní práce sama na sobě**, např. meditace, studium, četba knih, hudba, umělecké tvoření. Sem spadá i vědomá práce s denními sny.

Aktuálně by jim nejvíce vztahy zkvalitnilo, kdyby se jim podařilo vytvořit **kvalitnější zázemí pro sebe, ale i blízké**, např. bydlení ve vzájemné blízkosti. Lepší **finanční a pracovní možnosti**, díky kterým by mohly vztahy více rozvíjet a trávit s blízkými více času.

Vztahy by také pomohla zkvalitnit změna na straně blízkých osob. Ať už se jedná o **pomoc s péčí o jejich fyzické zdraví**, nebo hlavně o **jejich vlastní psychické obtíže**, které mají negativní dopady i na jedince s onemocněním.

„Jak působí vztahy na průběh onemocnění?“

Vzhledem k samotě, kterou respondenti popisovali v počátku onemocnění, pokud se jim poté podařilo navázat kvalitní vztahy ať už partnerské či přátelské, přičítali jim až „**léčivou sílu**“.

Pozitivně na průběh onemocnění působila **podpora**, zejména od rodinných příslušníků, kteří se starali o **materiální zajištění** osob, stravu, pomoc v domácnosti apod. A zároveň ze vztahů ať už částečně v rodině či hlavně z přátelských, čerpali **emocionální podporu**. Oba dva způsoby podpory měli **na zlepšení jejich stavu pozitivní efekt**.

V jednom případě respondent reflektoval, že pravděpodobně kvůli nepřijetí onemocnění rodinou a popíráním jeho existence, se mu podařilo získat **náhled později**, než kdyby bylo onemocnění v rodině akceptováno.

Vztahy, v tomto případě zejména k rodičům, sourozencům a hlavně dětem, byly také **motivačním faktorem**, aby na sobě jedinci sami pracovali a případně, aby **nepodlehli depresivním a také sebevražedným myšlenkám**.

Pozitivní vliv v některých případech měla starost blízkých o psychický stav jedinců, přičemž průběh onemocnění sledovali a při zhoršení stavu **kontaktovali jejich lékaře**, kvůli úpravě medikace. Významně pozitivně působilo, pokud některá z blízkých osob podpořila a ocenila, u jedinců s onemocněním jejich práci na vlastní změně.

Blízké osoby vynakládali také velké úsilí na **aktivizaci a socializaci jedinců**, což v některých případech vnímali pro svůj stav jako příjemné, a v dalších to prožívali jak nátlak, případně měli **vůči blízkým výčitky a pocíťovali stud**, pokud se jim nedařilo jejich očekávání naplňovat.

Výše uvedené pocity způsobovali **zvýšení negativních prožitků a stresu**. K tomu mimo jiné přispívala také nepřítomnost vztahů a nenaplnění vztahových potřeb, vlastní psychické a fyzické obtíže blízkých, izolace od jedinců s onemocněním a přerušování kontaktu. Negativní prožitky a stres **na průběh onemocnění působili negativně** a dle některých jedinců uzdravení až znemožňovali.

Respondenti uvedli, že žádný rodinný příslušník se společně s nimi, či samostatně, **neúčastnil žádného programu**, či jakékoliv odborné péče. Pouze jeden sourozenec jednou navštívil psychologickou skupinu, protože ho zajímalo, jakým způsobem probíhá.

„Jaké zkušenosti mají lidé se schizofrenním onemocněním s denními sny?“

Všichni respondenti v průběhu života zažili období, ve kterém u nich **bylo denní snění velmi intenzivní**. Takové snění popisují jako **nepřetržitě a přicházející samovolně**. Během tohoto snění si nejčastěji představovali něco, co by chtěli ve svém životě mít, nebo sloužilo k třídění myšlenek, v nichž se ale poté následně stejně nevyznali. Často si po dlouhé časové intervaly představovali, jakou by měli mít práci, vztahy, partnera či jakým způsobem by si zařídili byt. Nic z toho ovšem nevedlo k pozdější realizaci. Samotné snění v nich **vyvolávalo pozitivní pocity**, ovšem pokud sami konfrontovali představy s realitou jejich života, **vedlo to k negativním prožitkům**.

Postupně si v přístupu k denním snům vytvořili **nové strategie**. Jeden z respondentů, pokud zjistí že jeho představy mají malou pravděpodobnost k realizaci, zaměří své snění jiným směrem, případně obsah pozmění natolik, aby konfrontace s realitou nebyla pro něj bolestivá. Další respondent s nepřetržitým sněním, se snaží představovat si nejenom pozitivní, ale také negativní aspekty daného obsahu, aby ho dostatečně přiblížil realitě.

Zbylí respondenti postupnou vědomou činností, čas strávený denním sněním minimalizovali na několik desítek minut denně. Snaží se **analyzovat veškeré obsahy**, které se v denních snech objevují, případně se snaží udržovat svoji mysl v přítomnosti i za pomoci meditace.

Denní snění některým respondentům přináší **pocit vědomé kontroly nad vlastním životem**. Používají ho k vědomé tvorbě přání, o kterých očekávají, že se jim později vyplní. Dříve se spoléhali pouze na to, že stačí vytvořit pouze ono přání, ale později začali k představě přání přidávat i vlastní záměrnou činnost. Vědomou prací s denními sny, někteří z respondentů považují za jeden ze způsobů, jakým se mohou vypořádávat s onemocněním a jeho dopady do jejich života.

V depresivních stavech popisují denní sny jako zatěžující, výrazně negativní a orientované na minulost. Krom těchto stavů, jsou sny nejčastěji zaměřeny na budoucnost.

U některých respondentů se obsah některých opakujících se denních snů **shodoval s obsahem jejich bludného přesvědčení**. V některých případech mu tyto denní sny předcházely. V jiných, poté co jejich bludné myšlení odeznělo se objevilo denní snění, které mělo obdobný obsah bez bludného přesahu a rozvíjeli ho vědomě, jako zdroj zábavy.

„Jaké obsahy mají denní sny u osob se schizofrenním onemocněním?“

Mezi nejčastější spontánně vybavené představy patří představy: **dovolené** (plánování konkrétní dovolenou, představa jakékoliv dovolené), **pracovní činnosti** (úspěch, plánování konkrétní činnosti, urovnávání myšlenek, peníze a jejich využití), **snění jako zdroje zábavy** (plánování umělecké činnosti, tvorba vynálezů, představa péče o děti, představa domácího zvířete), **plánování budoucí činnosti obecně** (před realizací nějaké cesty, před důležitým rozhovorem), **úspěchu** (ve škole práci, volnočasových aktivitách), **dialogu** (příprava rozhovoru, zpětná oprava konkrétního rozhovoru), **vědomě vytvořených přání** (zaměřené na vztahy, zdravotní stav, pracovní úspěch, pocity, peníze).

Ve vztahové oblasti byly zaznamenány následující spontánně vybavené denní sny: **imaginární vztahy** (představa partnera, rodiny, péče o děti, vyhledávání spřízněné duše), **kontakt s blízkými** (běžný kontakt s blízkými, když nejsou na blízku, příprava na budoucí kontakt), **dialogy** (příprava, oprava předchozích dialogů, spontánní dialog), **společné trávení času** (dovolená, sdílení zájmů), **vědomě vytvoření přání** (zdraví blízkých, změna chování, znovuoobnovení vztahu, úspěch pro blízké, (znovu)navázání kontaktu), **aspekty partnerského vztahu** (sexuální představy, vzájemné sdílení, dominance ve vztahu).

„Jaké emoce v nich jejich denní sny vyvolávají?“

Pokud s denními sny **vědomě pracují** a jejich kontrola se jim daří, přináší jim to **pozitivní pocity**. Někdy popisují výrazné zlepšení nálady po proběhnutém zasnění. Naopak v případech, kdy snění popisují jako **téměř nepřetržité, bez jakékoliv kontroly**, cítí se během snění dobře, ale poté přicházejí **pocity negativní**. Zejména při konfrontaci vysněného obsahu s realitou jejich života.

Výjimkou je denní snění během **depresivních stavů**, kdy jeho obsahy i následné ladění jedince jsou výrazně **negativní** a často zaměřené do minulosti.

„Slouží jim denní snění jako kompenzační mechanismus vztahové oblasti?“

Denní snění bylo užíváno k **uspokojení vztahových potřeb i rolí**. V určitých obdobích, se v obsahu denních snů, vyskytovaly vztahové kvality či aspekty vztahu, které v životě respondenta nebyly přítomné, ale toužil po nich. **V reálné životě je postrádal buď úplně nebo neměli požadovanou kvalitu**. Tyto představy vyvolávaly u snícího příjemné pocity, nicméně po uvědomění si reálné situace se dostavily negativní pocity. Většina respondentů se snažila obdobné představy kontrolovat a omezovat.

Pro některé respondenty byly tyto představy **snadnější a bezpečnější cestou**, jak vztahy prožívat, protože nad nimi mají kontrolu, což v reálné situaci nepocítují. Zároveň v dané chvíli nebylo v možnostech respondentů realizovat požadovaný vztahový aspekt jiným způsobem.

15 DISKUZE

Následující text je věnován výsledkům výzkumu v rámci širšího kontextu. Dále jsou zmíněny limity a možné nedostatky práce, přínosy práce a doporučení pro další výzkum.

U všech jedinců se schizofrenním onemocněním byla přítomná potřeba blízkých vztahů a snaha ji naplňovat, což odpovídá výsledkům výzkumu Davidsona a Staynera (1997). Popisovali také obdobné důvody sociálního stažení, které lze nalézt v literatuře. Izolace a snížený zájem o zapojení do vztahů, jako součást vlastního onemocnění (Galdersi et al., 2018), po získání náhledu docházelo také k vědomému „odehnání blízkých“ (Davidson & Staynera, 1997). Případná absence vztahů, ovšem neznamena, že o vztahy nemají dlouhodobě zájem. Právě naopak. Pokud neměli ve svých životech přítomny kvalitní vztahové vazby, prožívali samotu. Zejména v počátcích onemocnění. Což odpovídá výsledkům výzkumu (Myin-Germes et al., 2000), že i přes sníženou expresi emocí, osoby se schizofrenií emoce prožívají, zvláště ty negativní. Jsou tedy citlivější, než by se jejich okolí mohlo v průběhu onemocnění zdát.

Dle vlastní zkušenosti identifikovali řadu proměnných, které k odcizení přispívají, přičemž nebyl identifikován žádný nový faktor, který by v předchozí literatuře či výzkumech nebyl již zmapován. Jako nejobtížnější v blízkých vztazích identifikovali obtíže v komunikaci, navazování nových partnerských vztahů a jejich udržení a obtíže v oblasti praktických záležitostí např. finance, bydlení apod.

Faktory identifikované jako znesnadňující komunikaci u respondentů, odpovídají přechozím zjištěním. Některé obtíže vycházely z pravděpodobného narušení kognitivních funkcí a vlastních symptomů onemocnění (Dickinson, Bellack, & Gold, 2007). Komunikaci ovlivňovalo také chybění odhadu, jakým způsobem uvažuje a prožívá druhý člověk, což odpovídá deficitům v oblasti teorie mysli (Skodlar et al., 2013; Langdon, Coltheart, Ward & Catts, 2002). Pravděpodobně u některých respondentů, alespoň v některých obdobích, komplikovala kontakt s druhými také alexithymie (Van 't Wout, Aleman, Bermond, & Kahn, 2007). Popisovali také citlivost ke kritice, výčítkám a negativismu v rodině, což dle literatury odpovídá možné přítomnosti zvýšené exprese emocí v daném prostředí (McFarlane, 2016) a zvýšené citlivosti ke kritice (Cutting, Aakre, & Docherty, 2006). Potíže

v oblasti sociální kognice a kontaktu, se dařilo respondentům odstraňovat pomocí nácviků asertivity, komunikace a zvyšování vlastní sebedůvěry a také díky vlivu psychoterapie.

Výrazně negativně prožívali nízké pochopení a přijetí ze strany blízkých osob. Zpětně to přičítají zejména nízké informovanosti blízkých i vlastní. Je možné, že nízká míra edukace byla způsobena tím, že v době propuknutí onemocnění, nebylo tolik běžné poskytovat komplexnější informace o onemocnění, jako je tomu nyní (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Nebo také tomu, že péče je obecně velmi různorodá a její maximální podoba se ke všem osobám s onemocněním stále nedostane. Někdo využívá pouze psychiatrickou péči a někdo i návazné sociální služby, případně někteří zůstávají u neformální podpory (Peč & Probstová, 2009). Tomu odpovídá i pozdější zkušenost některých respondentů, kteří se museli za vhodnou péči stěhovat, protože v jejich bydlišti stále nebyla dostupná. Obdobně to měli s pracovními podmínkami.

Kromě psychoterapie a kvalitního vztahu s psychiatrem, v rámci odborné péče, identifikovali jako nejpřínosnější možnost sdílet a pracovat s vlastním příběhem. Veškerá práce na sebe sama měla pozitivní vliv i na vztahovou oblast.

Nenaplněné vztahové potřeby z partnerských a rodinných vztahů kompenzovali respondenti v nových přátelských vztazích, ty navazovali zejména s lidmi s obdobnými duševními problémy (Harley et al., 2011), případně ve vztahu s ošetřujícím psychiatrem či následně psychologem. Z výzkumů víme, že špatný vztah k vlastnímu psychiatrovi může zvyšovat pravděpodobnost relapsu (Fakhoury et al., 2007). Sami respondenti, pokládali vztah s psychiatry a psychology za velmi významný a někteří z nich je považovali za své blízké osoby, které výrazně přispěli k lepšímu průběhu onemocnění i vlastních vztahů. Ve vztahu s osobami s obdobnými obtížemi, se jim dostalo pochopení, přijetí a podpory, jejichž absence jim předchází, zejména rodinné vztahy komplikovala.

Ukázalo se, že obdobně jako u zdravých osob, mohou ke kompenzaci vztahových a emocionálních potřeb sloužit i denní sny (Maner et al., 2007, Pickett et al., 2004, in Poetrio et al., 2015). U některých respondentů v případě absence vztahů či některé z jejich kvalit, docházelo k realizaci denních snů s obsahem zaměřeným na chybějící vztahový aspekt. Beck & Rector (2002) identifikovali kompenzační mechanismus denních snů i v průběhu vzniku bludných přesvědčení. Během rozhovorů byly identifikovány u některých respondentů denní sny, které měly stejný obsah jako jejich bludy. Buď jim denní sny v minulosti

předcházeli, nebo nyní nemají bludné přesvědčení, ale obdobné představy rozvíjejí dále v rámci denních snů.

V případě denních snů se lze přiklonit k názoru, že jsou spontánní, ale často také vědomé, plánovité a kontrolované (Seli et al., 2016). Vědomá kontrola denních snů se v různé míře vyskytla u každého z respondentů. Může se jednat o jednu z dalších aktivních kognitivních strategií (Boshi et al., 2000), která umožňuje jedincům snadnější vypořádání se s onemocněním a jeho symptomy. Vědomá kontrola denních snů měla často podobu vytváření přání, zaměřených na něco pozitivního v budoucnosti. Přání se často týkala i vztahové oblasti. Přání jako obsah denních snů popsal již Singer & McCraven (1961) u zdravé populace. Už tehdy se ukázalo, že přání mohou mít podobu realistických přání, kterých je možné postupně v budoucnu dosáhnout nebo výrazně nereálných přání, jejichž šance na realizaci je velmi malá. U respondentů byla výrazná tendence držet své denní sny zaměřené na budoucnost a v realitě. Sice věřili v určitou „magickou moc“ vytvořeného přání a očekávali, že se jim v budoucnu vyplní, zároveň, ale uváděli, že si postupně osvojili strategie v chování, kterými se snaží na naplnění svých přání postupně sami pracovat.

Je možné, že přiřkládání významu vědomě vytvořenému přání v denních snech, by mohla být součástí primárního obranného procesu – všemocná kontrola dle McWilliams (2015). Respondenti často uváděli, že vědomá přání a jejich následné vyplnění jim přináší možnost ovlivňovat vlastní život. Dle definice obranného mechanismu všemocné kontroly, by tedy přetrvávajíc pocit všemocnosti nemuseli využívat k tomu, aby získali převahu nad druhými lidmi. Ale aby získali kontrolu nad vlastní životem, kterou jim onemocnění částečně odebralo.

Popsaný způsob denního snění, v obsazích snů či následné kvalitě emocí, se nelišil od denního snění ve zdravé populaci. Což odpovídá předchozím výzkumům (Starker & Singer, 1975). Denní snění se ukázalo výrazně pozměněno během depresivních stavů. Vyskytovalo se typické zaměření na minulost a negativní prožitky (Smalwood et al., 2007).

Popisovaná zkušenost s téměř nepřetržitým denním sněním může odpovídat nadužívání kompenzačního mechanismu, případně procesu zotavení se z proběhlé ataky onemocnění, obdobně popsáno Subandim (2015). Ale může se jednat také o způsob snění, vlastní většině osob. Dle některých výzkumů stráví člověk denním sněním téměř polovinu bdělého času (Killingsworth & Gilbert, 2010), to by někdo mohl vnímat i jako snění téměř nepřetržitě.

Kromě již zmíněné edukace, kvalitnějšího vztahu s psychiatrem, vlastní práce sama s sebou a dostupnější péče, by vztahy jedinců pomohly zkvalitnit větší finanční a pracovní možnosti. Finanční obtíže, navazování vztahů a jejich udržování výrazně komplikují, což se v důsledku odráží na vnímání vlastní hodnoty (Davidson & Stayner, 1997). Zvláště jeli jedinec mužského pohlaví a chce naplnit společenské očekávání (Thara & Srinivasan, 1997).

Platí předchozí zjištění (Bishop & Greeff, 2015), že vztahy, které byly kvalitní již před propuknutím onemocnění byly následně méně poškozeny. Dle prožitků respondentů lze nalézt některé vzorce v jejich rodinách, které bývají označovány jako onemocnění komplikující: neřešené psychické obtíže blízkých osob (Brand, 2001), výrazná kritika a často vyjadřované výčitky (McFarlane, 2016; Butzlaff & Hooley, 1998), poškozené blízké vztahy již před onemocněním (Syřišťová, 1973), přítomnost výrazně direktivního chování ze strany rodičů (Jarolímek, 2017). To spolu s nenaplněnými vztahovými potřebami a rolemi, zvyšovalo úroveň prožívaného stresu a průběh onemocnění znesnadňovalo.

Pokud měli děti, často docházelo k poskytování podpory a péče z jejich strany, v některých případech to respondenti vnímali jako výměnu rolí, obdobně jako ve výzkumu z roku 2004, realizovaném s potomky osob se schizofrenií (Valiakalayil et al., 2004). Popisované prožitky vůči dětem odpovídaly předešlým výzkumům (Bassett et al., 1999).

Vztahy ale dle očekávání (Pitschel–Waltz et al., 2001; Bankovská Motlová & Španiel, 2017; Mortensen et al., 2016) působily na prožívání jedinců a jejich onemocnění také pozitivně. Někteří vztahům přikládali až „léčivou sílu“. Obecně jim pomáhala poskytovaná materiální podpora a péče, emocionální podpora, i když vnímali, že by ji potřebovali ve vyšší míře. Dále je vztahy, zejména partnerské a k dětem motivovali zvládat depresivní a sebevražedné myšlenky a k vlastní práci na sobě sama. Blízcí je také aktivizovali, socializovali, a v případě potřeby kontaktovali lékaře.

Za přínos práce lze považovat přiblížení zkušenosti jedinců se schizofrenním onemocněním a zmapování oblasti denního snění, v kontextu blízkých vztahů. Přiblížení reálných zkušeností může sloužit jak odborníkům, zvláště když se vztah s lékařským a pečujícím personálem ukázal jako významný. Stejně tak laické veřejnosti, ve které přetrvává řada mýtů o projevech a průběhu schizofrenního onemocnění, což stále vede ke stigmatizaci osob s tímto onemocněním (Záske et al., 2018; Peer et al., 2015). Dále také osobám, u jejichž blízkého se schizofrenní onemocnění projeví.

Limitem práce je výzkumný soubor, ve kterém se z větší části vyskytují osoby, které zažily psychoterapeutickou péči, což u osob se schizofrenií není běžný jev. Zároveň všechny osoby měly náhled na své onemocnění, který není v této populaci vždy přítomný. Na druhou stranu, léčba spolu s náhledem mohla pravděpodobně umožnit, reflektování vlastní zkušenosti a identifikaci některých jevů i z počátku onemocnění. Což by se jim nemuselo podařit, pokud by psychoterapeutickou péčí a různými programy zaměřenými na jejich vlastní příběh, neprošli. Zdrojem případných nepřesností a nedostatečného prohloubení poznání v některých oblastech výzkumu, by mohla být citlivost tématu blízkých vztahů i denních snů a nedostatečná zkušenost výzkumníka při vedení interview. V budoucích výzkumech by bylo vhodné zvážit opakované setkání s respondenty, případně kombinaci interview s dotazníkovou či deníkovou metodou pro zkoumání oblasti denních snů.

V příštích výzkumech by bylo vhodné zaměřit oblast výzkumu konkrétněji, např. na komunikaci s blízkými, vztah k rodičům, vztah k dětem, přátelské vztahy, vztah s psychiatrem a pečujícími, denní snění jako samostatné téma apod. Lze předpokládat, že by to vedlo k hlubšímu poznání dané oblasti, skrze zkušenosti jedinců s onemocněním. Případně se věnovat současně zkušenosti osob s onemocněním i jejich blízkých osob, k vytvoření komplexního pohledu na vztahovou oblast v souvislostech se schizofrenním onemocněním.

16 ZÁVĚRY

Cílem výzkumné části diplomové práce bylo přiblížit individuální zkušenost, s prožíváním blízkých vztahů a denního snění, osob se schizofrenním onemocněním, tak aby bylo možné jejich prožitkům lépe porozumět. I přes různorodost jednotlivých účastníků výzkumu, byly nalezeno několik společných rysů.

- Blízké vztahy jsou pro respondenty významné a všichni také touží po naplnění vztahových potřeb.
- Zejména v počátku onemocnění, a někteří i v jeho průběhu, prožívali samotu.
- Jako nejnáročnější v průběhu onemocnění ve vztahové oblasti identifikovali samotu, nepochopení ze strany blízkých, obtíže v komunikaci, navazování nových partnerských vztahů a jejich udržení, obtíže v praktických záležitostech běžného fungování (hledání bydlení, zaměstnání).
- Problémy v komunikaci dle nich pramení z příznaků onemocnění, depresivních stavů, neschopnosti zaměřit pozornost, chybění sociálního odhadu, nízké sebedůvěry, neefektivní komunikace v rodině (kritika, posměch, nátlak, zlehčování), vedlejších účinků prášků, obtížného vyjadřování negativních emocí.
- Zpětně vnímají edukaci o onemocnění jako nedostatečnou. Pro sebe sama i pro své blízké. Čemuž přičítají následné nepochopení ze strany blízkých.
- V rodinách během onemocnění vnímali zejména materiální podporu a péči. Emocionální podporu by uvítali intenzivnější.
- Významným se ukázal vztah s ošetřujícím psychiatrem. Některým respondentům saturoval vztahové potřeby přijetí a sdílení.
- Respondentům výrazně v průběhu onemocnění pomohlo sdílení vlastní zkušenosti a práce s vlastním příběhem.
- Přátelské vztahy se jim nejčastěji dařilo navazovat s osobami s obdobnými duševními obtížemi. Tyto vztahy jim často uspokojovali vztahové potřeby a poskytovaly podporu, zvláště v době, kdy neměli jiné vztahy, ve kterých by jim to mohlo být poskytnuto.
- Onemocnění i vztahovou oblast výrazně pozitivně ovlivnila zkušenost s psychoterapií a programy v sociálních službách.

- Aktuálně by jim ve vztazích nejvíce pomohlo kvalitnější zázemí pro ně i jejich blízké (vyšší finanční prostředky, zajištění bydlení) a pomoc s péčí o vlastní psychické a fyzické zdraví jejich blízkých osob.
- Vztahy na průběh jejich onemocnění měli pozitivní vliv (podpora, aktivizace, socializace, zvýšení motivace, kontakt s lékařem, vyvolání pozitivních emocí).
- Vztahová oblast, měla ale také negativní dopad na průběh onemocnění, protože v některých případech zvyšovala prožívaný stres.
- V průběhu života všichni respondenti popisují, že zažili období velmi intenzivního denního snění.
- Pro denní snění je nyní u respondentů typická vědomá kontrola jeho zaměření, obsahů a emocí, které vyvolává. Jeho kontrola byla často součástí práce s vlastním onemocněním.
- Denní sny mají aktuálně nejčastěji zaměřené do budoucnosti a cítí se během něj i po něm dobře.
- Obsah denních snů se často týká vztahové oblasti. V některých případech denní sny kompenzovali absenci vztahu či některé z jeho kvalit.
- Denní sny často užívají k formulaci přání zaměřených do budoucnosti, od nichž očekávají následné vyplnění. Přání jsou často zaměřená i na vztahovou oblast.
- Během depresivních stavů i denní sny vyvolávaly negativní pocity a byly zaměřeny na minulost.
- V některých případech byl identifikován stejný obsah denních snů, jako mělo předchozí či následující bludné přesvědčení.

17 SOUHRN

V teoretické části práce je nejdříve obecně vymezena schizofrenie a její klinický obraz. Jedná se o onemocnění z kategorie funkčních psychóz, pro které je charakteristická ztráta kontaktu s realitou, v důsledku čehož často jedinec jedná neobvyklým způsobem (Doubek et al., 2010). Symptomy onemocnění lze rozdělovat na pozitivní, negativní, kognitivní a afektivní (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Projevy je třeba vnímat komplexně a nikoliv odděleně. Pro vnějšího pozorovatele je onemocnění a svět nemocného často nepochopitelný (Kučerová, 2010). Absence náhledu často vede k horší prognóze a nižší úrovni spolupráce na léčbě (Amador et al., 1991).

Dále je popsána diagnostika a subtypy onemocnění, propuknutí, průběh a prognóza schizofrenie. I přesto, že se jedná o závažné, často chronické onemocnění, vyskytují se při něm období symptomatické úlevy – remise. Je třeba podporovat nemocné i jejich blízké v pozitivním pohledu na onemocnění (Os et al., 2006). Zhruba jedna třetina osob dosáhne uzdravení. Je třeba snižovat riziko relapsu (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Jedna z kapitol je věnována také léčbě, péči a podpoře osob se schizofrenií.

Schizofrenie je proces, který narušuje všechny oblasti života, nejenom nemocného, ale i jeho blízkých. Blízké osoby, nejčastěji rodina a partneři, nejen že jsou schizofrenií ovlivněni, ale i oni působí na průběh onemocnění. Čím kvalitnější sociální prostředí jedinec má, tím lepší je prognóza. Uvádí se, že vhodné zapojení rodiny snižuje pravděpodobnost relapsu až o 60 % (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Rodinné prostředí přináší, ale také řadu stresorů, které v důsledku mohou vést ke zhoršení stavu a relapsu (McFarlane, 2016).

Denní sny lze stručně popsat jako myšlenku či představu, jež není závislá na probíhající vnější stimulaci (Killingsworth & Gilbert, 2010). Mohou být spontánní, nezáměrné, ale také vědomé a plánovité (Seli et al., 2016). Sněním v průběhu dne strávíme až 50 % času, a na náš život to má pozitivní i negativní dopady (Killingsworth & Gilbert, 2010).

Představy jsou nositelem aktuálního chápání sebe samých, okolního světa a vztahu k druhým lidem. Práce s nimi nám umožňuje větší pochopení současné zkušenosti a sebe sama (Kastová, 2010). Z výzkumů vyplynulo, že denní snění lze považovat za možnou adaptivní formu sociální kognice (Poerio & Smallwood, 2016). Skrze obsah denních snů mohou být

kompenzovány nenaplněné emocionální potřeby (Poetrío et al., 2015). A mohou pomoci překonat pocity osamělosti (Poetrío et al., 2016).

Kvalitu denních snů ovlivňuje např. prožívaná úzkost, distres či deprese (Gold et al., 1986; Croswell et al., 2019). Zásadní vztah mezi denními sny a symptomy schizofrenie nebyl zaznamenán (Starker & Singer, 1975). Denní snění může být podkladem pro vznik halucinací (Prete et al., 2014) a mohou z něj vycházet i bludná přesvědčení (Beck & Rector, 2002).

V empirické části práce byly stanoveny následující cíle: přiblížit a popsat subjektivní prožitky a zkušenosti v oblasti blízkých vztahů u jedinců se schizofrenií. Se zaměřením na to, jakým způsobem na sebe působí vývoj onemocnění se vztahovou oblastí, co ve vztazích prožívají jako nejobtížnější, co jim pomáhá a co by jim případně mohlo pomoci zkvalitnit vztahy s druhými, zejména blízkými, lidmi. Cílem v oblasti denního snění je postihnout u osob se schizofrenií, jaké prožitky v nich denní sny vyvolávají, jaké nejčastější obsahy mají jejich denní sny, a zda jim přiřkládají nějaký význam, s přihlédnutím ke vztahové oblasti.

Na základě výše uvedených výzkumných cílů a jejich podrobnější specifikace byly stanoveny následující výzkumné otázky: „Jak prožívají lidé se schizofrenním onemocněním své blízké vztahy? Jaké zkušenosti mají lidé se schizofrenním onemocněním s denními sny? Co v oblasti vztahů prožívají jako nejobtížnější? Co by jim pomohlo vztahy zkvalitnit? Jak působí vztahy na průběh onemocnění? Jak působí vztahy na průběh onemocnění? Jaké obsahy mají denní sny u osob se schizofrenním onemocněním? Jaké emoce v nich jejich denní sny vyvolávají? Slouží jim denní snění jako kompenzační mechanismus vztahové oblasti?

Byl zvolen kvalitativní přístup k výzkumu a jako ty výzkumu případová studie. Metodou pro sběr dat bylo polostrukturované interview. Následně byla provedena doslovná transkripce interview. V souladu s výzkumnými cíli a otázkami byla pro analýzu dat zvolena IPA (interpretativní fenomenologická analýza). Analýza probíhala dle obecných doporučení pro IPA. Nejdříve byly zpracovány jednotlivé případy. Témata z nich byla převedena do narativní formy, která nejlépe reflektuje specifickou zkušenost. Následně probíhalo hledání vzorců napříč případy, k tomu byl použit program NVivo 12.

Pro IPA je pro diplomové práce doporučován výzkumný soubor o velikosti 3-6 respondentů (Smith et al., 2009, in Řiháček et al., 2013). Výzkumu se účastnilo 5 respondentů a byli vybráni nepravděpodobnostními metodami výběru – metodou záměrného výběru přes

instituce, výběru vzorku samovýběrem a metodou sněhové koule. Byly dodrženy etické aspekty výzkumu.

Výsledky jsou členěny do tří kapitol. První seznamuje čtenáře s jednotlivými případy a přibližuje jedinečnou zkušenost respondentů. Druhá kapitola přináší souhrnné informace a klíčová témata, vycházející z analýzy napříč všemi případy. V poslední jsou zodpovězeny výše položené výzkumné otázky.

Oblast vztahů je pro respondenty významná, touží po naplnění vztahových potřeb. Mají zkušenost s prožíváním samoty. Identifikovali několik faktorů, které vedly k odcizení s jejich blízkými osobami. Jako nejnáročnější ve vztahové oblasti identifikovali samotu, nepochopení ze strany blízkých, obtíže v komunikaci, navazování nových partnerských vztahů a jejich udržení, obtíže v praktických záležitostech běžného fungování. Obtíže v komunikaci jsou významné napříč případy.

Prožívané nepochopení, přičítají také nedostatečné edukaci. Během onemocnění vnímali z rodiny materiální podporu a péči. Emocionální podporu by uvítali intenzivnější. Uspokojení vztahových potřeb a podporu jim často poskytl až přátelský vztah, nejčastěji s osobami s obdobným duševním onemocněním. Jako významný se ukázal vztah s psychiatry a psychology. Výrazně jim pomohlo sdílení vlastní zkušenosti, psychoterapie a programy v rámci sociálních služeb. Aktuálně by jim ve vztazích nejvíce pomohlo kvalitnější zázemí pro ně i jejich blízké a pomoc s péčí o vlastní psychické a fyzické zdraví jejich blízkých osob.

Vztahy na průběh jejich onemocnění měli pozitivní vliv (podpora, aktivizace, socializace, zvýšení motivace, kontakt s lékařem, pozitivní emoční ladění). Ale také onemocnění komplikovali, protože v některých případech zvyšovaly prožívaný stres.

V průběhu života zažili období velmi intenzivního denního snění. Nyní je typická vědomá kontrola jeho zaměření, obsahu a emocí, které vyvolává. Jeho kontrola byla často součástí práce s vlastním onemocněním. Aktuálně jsou denní sny nejčastěji zaměřeny do budoucnosti a cítí se během něj i po něm dobře. Jejich obsah se je často spojen se vztahovou oblastí. V některých případech denní sny kompenzovali absenci vztahu či některé z jeho kvalit.

Denní sny často užívají k formulaci přání zaměřených do budoucnosti, od nichž očekávají následné vyplnění. V přáních se často věnují i vztahové oblasti. Během depresivních stavů i denní sny vyvolávaly negativní pocity a byly zaměřeny na minulost. V některých případech

byl identifikován stejný obsah denních snů, jako mělo předchozí či následující bludné přesvědčení.

Výsledky výzkumu odpovídají předchozím výzkumným zjištěním a přináší vhled do individuální zkušenosti osob se schizofrenií v oblasti blízkých vztahů, k čemuž přispívá i zmapování oblasti denního snění. Příští výzkum by bylo vhodné zaměřit na užší téma v oblasti prožívání vztahů či denního snění.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- Aizenberg, D., Zemishlany, Z., Dorfman-Etrog, P., & Weizman, A. (1995). Sexual dysfunction in male schizophrenic patients. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 56(4), 137–141. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=1995-40592-001&lang=cs&site=ehost-live>
- Amador, X. F., Strauss, D. H., Yale, S. A., & Gorman, J. M. (1991). Awareness of Illness in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 17(1), 113–132. doi:10.1093/schbul/17.1.113
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*: Fifth edition. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Assalian, P., Fraser, R., Tempier, R., Cohen, D. (2000). Sexuality and quality of life of patients with schizophrenia. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 4(1), 29–33. doi:10.1080/13651500052048479
- Awad, A. G., & Voruganti, L. N. P. (2008). The Burden of Schizophrenia on Caregivers. *Pharmacoeconomics*, 26(2), 149–162. doi:10.2165/00019053-200826020-00005
- Bankovská Motlová, L. (2012). *Psychoedukace u schizofrenie*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- Bankovská Motlová, L., & Španiel, F. (2017). *Schizofrenie: jak předejít relapsu aneb Terapie pro 21. století* (3., přepracované a doplněné vydání). Praha: Mladá fronta.
- Bassett, H., Lampe, J., Lloyd, H. (1999). Parenting: Experiences and feelings of parents with a mental illness. *Journal of Mental Health*, 8(6), 597–604. doi:10.1080/09638239917067
- Bateson, G., Haley, D. D., & Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizofrenia. *Behavioral science*, 1(4), 251-254. doi: 10.1002/bs.3830010402
- Bebbington, P. E., & Kuipers, E. (2011). Schizophrenia and Psychosocial Stresses. In D. R. Weinberger, & P. J. Harrison (Eds.). *Schizophrenia* (601-624). Chichester: John Wiley & Sons.
- Beck, A. T., & Rector, N. A. (2002). Delusions: A Cognitive Perspective. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 16(4), 455–468. doi:10.1891/jcop.16.4.455.52522

- Bishop, M., & Greeff, A. P. (2015). Resilience in families in which a member has been diagnosed with schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(7), 463–471. doi:10.1111/jpm.12230
- Bliksted, V., Videbech, P., Fagerlund, B., & Frith, C. (2017). The effect of positive symptoms on social cognition in first-episode schizophrenia is modified by the presence of negative symptoms. *Neuropsychology*, 31(2), 209–219. <https://doi.org/10.1037/neu0000309>
- Boschi, S., Adams, R. E., Bromet, E. J., Lavelle, J. E., Everett, E., & Galambos, N. (2000). Coping with psychotic symptoms in the early phases of schizophrenia. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70(2), 242–252. doi:10.1037/h0087710
- Brand, U. (2001). European perspectives: a carer's view. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(410), 96–101. doi:10.1034/j.1600-0447.2001.1040s2096.x
- Butzlaff, R. L., & Hooley, J. M. (1998). Expressed Emotion and Psychiatric Relapse. *Archives of General Psychiatry*, 55(6), 547. doi:10.1001/archpsyc.55.6.547
- Caqueo-Urizar, A., Gutiérrez-Maldonado, J., & Miranda-Castillo, C. (2009). Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: A literature review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7(1), 84. doi:10.1186/1477-7525-7-84
- Carswell C, Wheeler A, Vanderpyl J, Robinson E. 2010. Comparative effectiveness of long-acting risperidone in New Zealand: a report of resource utilization and costs in a 12-month mirrorimage analysis. *Clin Drug Investig*, 30(11), 777–787. <https://doi.org/10.2165/11537680-000000000-00000>
- Ciudad A, Alvarez E, Bobes J, San L, Polavieja P, Gilaberte I. 2009. Remission in schizophrenia: results from a 1-year follow-up observational study. *Schizophr Res*, 108(1-3), 214–222. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2008.12.004>
- Cooke, M., Peters, E., Fannon, D., Anilkumar, A. P. P., Aasen, I., Kuipers, E., & Kumari, V. (2007). Insight, distress and coping styles in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 94(1-3), 12–22. doi:10.1016/j.schres.2007.04.030
- Crosswell, A. D., Coccia, M., & Epel, E. S. (2019). Mind wandering and stress: When you don't like the present moment. *Emotion*. doi:10.1037/emo0000548
- Cutting, L. P., Aakre, J. M., & Docherty, N. M. (2006). Schizophrenic Patients' Perceptions of Stress, Expressed Emotion, and Sensitivity to Criticism. *Schizophrenia Bulletin*, 32(4), 743–750. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl001>

- Davidson, L., & Stayner, D. (1997). Loss, loneliness, and the desire for love: Perspectives on the social lives of people with schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20(3), 3-12. doi:10.1037/h0095369
- Davidson, L., Schmutte, T., Dinzeo, T., & Andres-Hyman, R. (2007). Remission and Recovery in Schizophrenia: Practitioner and Patient Perspectives. *Schizophrenia Bulletin*, 34(1), 5–8. doi:10.1093/schbul/sbm122
- Davis, D. J., & Schultz, C. L. (1998). Grief, parenting, and schizophrenia. *Social Science & Medicine*, 46(3), 369–379. doi:10.1016/s0277-9536(97)00167-6
- Delepaul, P., deVries, M., & Jim, v. O. (2002). Determinants of occurrence and recovery from hallucinations in daily life. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(3), 97-104. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s001270200000
- Dickerson, F. B., & Lehman, A. F. (2011). Evidence-Based Psychotherapy for Schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(8), 520-526. doi: 10.1097/01.nmd.0000195316.86036.8a
- Dickerson, F., Origoni, A., Schweinfurth, L. A. B., Stallings, C., Savage, C. L. G., Sweeney, K., ... Yolken, R. (2018). Clinical and Serological Predictors of Suicide in Schizophrenia and Major Mood Disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 206(3), 173–178. doi:10.1097/nmd.0000000000000772
- Dickinson, D., Bellack, A. S., & Gold, J. M. (2007). Social/Communication Skills, Cognition, and Vocational Functioning in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 33(5), 1213–1220. doi:10.1093/schbul/sbl067
- Donatelli, J.-A. L., Seidman, L. J., Goldstein, J. M., Tsuang, M. T., & Buka, S. L. (2010). Children of Parents With Affective and Nonaffective Psychoses: A Longitudinal Study of Behavior Problems. *American Journal of Psychiatry*, 167(11), 1331–1338. doi:10.1176/appi.ajp.2010.09020241
- Dorsch, F. (2014). Focused Daydreaming and Mind-Wandering. *Review of Philosophy and Psychology*, 6(4), 791–813. doi:10.1007/s13164-014-0221-4
- Doubek, P., Praško, J., & Herman, E. (2010). *Psychóza v životě – život v psychóze*. Praha: Maxdorf.
- Du Sert, O. P., Potvin, S., Lipp, O., Dellazizzo, L., Laurelli, M., Breton, R., ... Dumais, A. (2018). Virtual reality therapy for refractory auditory verbal hallucinations in schizophrenia:

A pilot clinical trial. *Schizophrenia Research*, 197, 176–181.
doi:10.1016/j.schres.2018.02.031

Fakhoury, W. K. H., White, I., & Priebe, S. (2007). Be good to your patient: How the therapeutic relationship in the treatment of patients admitted to assertive outreach affects rehospitalization. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(9), 789–791.
<https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e318142cf5e>

Faulkner, G. E. J., Adámková Ségard, M., & Hátlová, B. (2013). *Psychomotorická terapie v léčbě schizofrenie*. V Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně.

Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši* (Vyd. 2). Praha: Portál.

Ferriter, M., & Huband, N. (2003). Experiences of parents with a son or daughter suffering from schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(5), 552–560.
doi:10.1046/j.1365-2850.2003.00624.x

Flanagan, E. H., Davidson, L., & Strauss, J. S. (2010). The Need for Patient-Subjective Data in the DSM and the ICD. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 73(4), 297–307. doi:10.1521/psyc.2010.73.4.297

Flanagan, E. H., Solomon, L. A., Johnson, A., Ridgway, P., Strauss, J. S., & Davidson, L. (2012). Considering DSM-5: The Personal Experience of Schizophrenia in Relation to the DSM-IV-TR Criteria. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 75(4), 375–386. doi:10.1521/psyc.2012.75.4.375

Galderisi, S., Mucci, A., Buchanan, R. W., & Arango, C. (2018). Negative symptoms of schizophrenia: new developments and unanswered research questions. *The Lancet Psychiatry*, 5(8), 664–677. doi:10.1016/s2215-0366(18)30050-6

Garety, P. A., & Freeman, D. (1999). Cognitive approaches to delusions: A critical review of theories and evidence. *British Journal of Clinical Psychology*, 38(2), 113–154.
doi:10.1348/014466599162700

Gaser, C. (2004). Neuroanatomy of “Hearing Voices”: A Frontotemporal Brain Structural Abnormality Associated with Auditory Hallucinations in Schizophrenia. *Cerebral Cortex*, 14(1), 91–96. doi:10.1093/cercor/bhg107

- Goghari, V. M., Harrow, M., Grossman, L. S., & Rosen, C. (2013). A 20-year multi-follow-up of hallucinations in schizophrenia, other psychotic, and mood disorders. *Psychological Medicine*, 43(6), 1151-60. doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S0033291712002206>
- Gold, S. R., Gold, R. G., Milner, J. S., & Robertson, K. R. (1986). Daydreaming and Mental Health. *Imagination, Cognition and Personality*, 6(1), 67-73. doi:10.2190/yx88-mjky-x196-n185
- Häfner, H. (2003). Gender differences in schizophrenia. *Psychoneuroendocrinology*, 28, 17-54. doi:10.1016/s0306-4530(02)00125-7
- Hamm, J. A., & Firmin, R. L. (2016). Disorganization and Individual Psychotherapy for Schizophrenia: A Case Report of Metacognitive Reflection and Insight Therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 46(4), 227-234. doi:10.1007/s10879-016-9326-7
- Harley, E. W.-Y., Boardman, J., & Craig, T. (2011). Friendship in people with schizophrenia: a survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(8), 1291-1299. doi:10.1007/s00127-011-0437-x
- Harvey, P. D., & Bellack, A. S. (2009). Toward a Terminology for Functional Recovery in Schizophrenia: Is Functional Remission a Viable Concept? *Schizophrenia Bulletin*, 35(2), 300-306. doi:10.1093/schbul/sbn171.
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Herold, R., & Trixler, M. (2002). Theory of mind deficit in people with schizophrenia during remission. *Psychological Medicine*, 32(6), 1125-1129. doi:10.1017/s0033291702005433
- Hoff, P. (2012). Eugen Bleuler's concept of schizophrenia and its relevance to present-day psychiatry. *Neuropsychobiology*, 66(1), 6-13. <https://doi.org/10.1159/000337174>
- Christoff, K., Irving, Z. C., Fox, K. C. R., Spreng, R. N., & Andrews-Hanna, J. R. (2016). Mind-wandering as spontaneous thought: a dynamic framework. *Nature Reviews Neuroscience*, 17(11), 718-731. doi:10.1038/nrn.2016.113
- Jarolímek, M. (2017). *Já blázním s vámi*. Praha: Galén
- Kalina, K. (2001). *Jak žít s psychózou*. Praha: Portál.
- Kam, J. W. Y., Xu, J., & Handy, T. C. (2013). I don't feel your pain (as much): The desensitizing effect of mind wandering on the perception of others' discomfort. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 14(1), 286-296. doi:10.3758/s13415-013-0197-z

- Kastová, V. (2010). *Imaginace jako prostor setkání s nevědomím*. Praha: Portál.
- Kate, N., Grover, S., Kulhara, P., & Nehra, R. (2013). Relationship of quality of life with coping and burden in primary caregivers of patients with schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(2), 107–116. doi:10.1177/0020764012467598
- Katschnig, H. (2000). Schizophrenia and quality of life. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(407), 33–37. doi:10.1034/j.1600-0447.2000.00006.x
- Killingsworth, M. A., & Gilbert, D. T. (2010). A Wandering Mind Is an Unhappy Mind. *Science*, 330(6006), 932–932. doi:10.1126/science.1192439
- Kitzlerová, E., Motlová, L. (2005). Program pro dobré zdraví - první zkušenosti a výsledky v ČR. *Psychiatrie pro praxi*, 6, 304-308.
- Kopelowicz, A. (2006). Recent Advances in Social Skills Training for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 32(1), 12–23. doi:10.1093/schbul/sbl023
- Krynicky, C. R., Upthegrove, R., Deakin, J. F. W., & Barnes, T. R. E. (2018). The relationship between negative symptoms and depression in schizophrenia: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 137(5), 380–390. doi:10.1111/acps.12873
- Kučerová, H. (2010). *Schizofrenie v kazuistikách*. Praha: Grada.
- Kulišťák, P. (2017). *Klinická neuropsychologie v praxi*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum.
- Laing, R. D. (2000). *Rozdělené Self: existenciální studie o duševním zdraví a nemoci*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.
- Langdon, R., Coltheart, M., Ward, P. B., & Catts, S. V. (2002). Disturbed communication in schizophrenia: the role of poor pragmatics and poor mind-reading. *Psychological Medicine*, 32(7), 1273–1284. doi:10.1017/S0033291702006396
- Langens, T. A., & Schmalt, H.-D. (2002). Emotional Consequences of Positive Daydreaming: The Moderating Role of Fear of Failure. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(12), 1725–1735. doi:10.1177/014616702237653
- Lebell, M. B., Marder, S. R., Mintz, J., Mintz, L. I., Tompson, M., Wirshing, W., Johnston-Cronk, K. (1993). Patients' Perceptions of Family Emotional Climate and Outcome in Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 162(6), 751–754. doi:10.1192/bjp.162.6.751

- Leff, J., Williams, G., Huckvale, M. A., Arbutnot, M., & Leff, A. P. (2013). Computer-assisted therapy for medication-resistant auditory hallucinations: proof-of-concept study. *British Journal of Psychiatry*, 202(06), 428–433. doi:10.1192/bjp.bp.112.124883
- Li, X., Wu, J., Liu, J., Li, K., Wang, F., Sun, X., & Ma, S. (2015). The influence of marital status on the social dysfunction of schizophrenia patients in community. *International Journal of Nursing Sciences*, 2(2), 149–152. doi:10.1016/j.ijnss.2015.04.015
- Libiger, J. (2002). *Schizofrenní poruchy*. In C. Höschl, J. Libiger, & J. Švestka (Eds.), *Psychiatrie* (341-401). Praha: Tigris
- Lim, M. H., Gleeson, J. F. M., Alvarez-Jimenez, M., & Penn, D. L. (2018). Loneliness in psychosis: a systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(3), 221–238. doi:10.1007/s00127-018-1482-5
- Lysaker, P. H., Roe, D., & Yanos, P. T. (2006). Toward Understanding the Insight Paradox: Internalized Stigma Moderates the Association Between Insight and Social Functioning, Hope, and Self-esteem Among People with Schizophrenia Spectrum Disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 33(1), 192–199. doi:10.1093/schbul/sbl016
- Maillet, D., Beaty, R. E., Jordano, M. L., Touron, D. R., Adnan, A., Silvia, P. J., ... Kane, M. J. (2018). Age-related differences in mind-wandering in daily life. *Psychology and Aging*, 33(4), 643–653. doi:10.1037/pag0000260
- Malá, E. (2005). *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. Praha: Grada.
- Manchanda, R., Norman, R. M. G., Malla, A. K., Harricharan, R., & Northcott, S. (2005). Persistent psychoses in first episode patients. *Schizophrenia Research*, 80(1), 113–116. doi:10.1016/j.schres.2005.08.005
- Mar, R. A., Mason, M. F., & Litvack, A. (2012). How daydreaming relates to life satisfaction, loneliness, and social support: The importance of gender and daydream content. *Consciousness and Cognition*, 21(1), 401–407. doi:10.1016/j.concog.2011.08.001
- Marsálek, M. (2007). *Deprese u schizofrenie: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf.
- McCabe, M. S. (1975). Reactive psychoses: A clinical and genetic investigation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 259, 133.
- McFarlane, W. R. (2016). Family Interventions for Schizophrenia and the Psychoses: A Review. *Family Process*, 55(3), 460–482. doi:10.1111/famp.12235

- McGurk, S. R., Twamley, E. W., Sitzer, D. I., McHugo, G. J., & Mueser, K. T. (2007). A Meta-Analysis of Cognitive Remediation in Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 164(12), 1791–1802. doi:10.1176/appi.ajp.2007.07060906
- McWilliams, N. (2015). *Psychoanalytická diagnóza: porozumění struktury osobnosti v klinickém procesu*. Praha: Portál.
- Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2013). *Strategie reformy psychiatrické péče*. Retrieved from http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP_publicace_web_9-10-2013.pdf
- Mintz, A. R., Dobson, K. S., & Romney, D. M. (2003). Insight in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 61(1), 75–88. doi:10.1016/s0920-9964(02)00316-x
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- Mooneyham, B. W., & Schooler, J. W. (2013). The costs and benefits of mind-wandering: A review. *Canadian Journal of Experimental Psychology*, 67(1), 11-18. <http://dx.doi.org/10.1037/a0031569>
- Morgan, C., & Fisher, H. (2006). Environment and Schizophrenia: Environmental Factors in Schizophrenia: Childhood Trauma--A Critical Review. *Schizophrenia Bulletin*, 33(1), 3–10. doi:10.1093/schbul/sbl053
- Mortensen, G.L., De, J., Holme, M., Neve, T., Torell, P.G. and Eberhard, J. (2016) Social Aspects of the Quality of Life of Persons Suffering from Schizophrenia. *Open Journal of Psychiatry*, 6, 50-60. <http://dx.doi.org/10.4236/ojpsych.2016.61005>
- Motlová, L., & Koukolík, F. (2004). *Schizofrenie: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén.
- Mulligan, L. D., Haddock, G., Emsley, R., Neil, S. T., & Kyle, S. D. (2016). High resolution examination of the role of sleep disturbance in predicting functioning and psychotic symptoms in schizophrenia: A novel experience sampling study. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(6), 788–797. doi:10.1037/abn0000180.
- Myin-Germeys, I., Delespaul, P. A. E. G., & deVries, M. W. (2000). Schizophrenia patients are more emotionally active than is assumed based on their behavior. *Schizophrenia Bulletin*, 26(4), 847–854. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033499>

- Obereignerů R, Obereignerů K, Divéky T, Praško J. (2011). Kognitivní deficity u schizofrenie. *Psychiatrie pro praxi*, 12 (2): 100–105.
- Os, J., Burns, T., Cavallaro, R., Leucht, S., Peuskens, J., Helldin, L., ... Kane, J. M. (2006). Standardized remission criteria in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(2), 91–95. doi:10.1111/j.1600-0447.2005.00659.x
- Parnas, J., Bovet, P., & Zahavi, D. (2002). Schizophrenic autism: clinical phenomenology and pathogenetic implications. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 1(3), 131-6.
- Pěč, O., & Probstová, V. (2009). *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton.
- Peer, J. R., Warnecke, A. J., Baum, C. A., & Goreczny, A. J. (2015). Stigmatization of people with schizophrenia: Perspectives of graduate students in various healthcare fields. *International Journal of Mental Health*, 44(3), 186–199. <https://doi.org/10.1080/00207411.2015.1035065>
- Perkins, D. O. (2002). Predictors of Noncompliance in Patients With Schizophrenia. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 63(12), 1121–1128. doi:10.4088/jcp.v63n1206
- Phillips, M. R., Pearson, V., Li, F., Xu, M., & Yang, L. (2002). Stigma and expressed emotion: a study of people with schizophrenia and their family members in China. *British Journal of Psychiatry*, 181(06), 488–493. doi:10.1192/bjp.181.6.488
- Piippo, J., & MacGabhann, L. (2016). Open dialogue: offering possibilities for dialogical practices in mental health and psychiatric nursing. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 11(5), 269–278. doi:10.1108/jmhtep-04-2016-0023
- Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bauml, J., Kissling, W., & Engel, R. R. (2001). The Effect of Family Interventions on Relapse and Rehospitalization in Schizophrenia--A Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 27(1), 73–92. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a00686
- Poerio, G. L., & Smallwood, J. (2016). Daydreaming to navigate the social world: What we know, what we don't know, and why it matters. *Social and Personality Psychology Compass*, 10(11), 605–618. doi:10.1111/spc3.12288
- Poerio, G. L., Totterdell, P., Emerson, L.-M., & Miles, E. (2015). Love is the triumph of the imagination: Daydreams about significant others are associated with increased happiness,

- love and connection. *Consciousness and Cognition*, 33, 135–144. doi:10.1016/j.concog.2014.12.011
- Poerio, G. L., Totterdell, P., Emerson, L.-M., & Miles, E. (2016). Social Daydreaming and Adjustment: An Experience-Sampling Study of Socio-Emotional Adaptation During a Life Transition. *Frontiers in Psychology*, 7. doi:10.3389/fpsyg.2016.00013
- Porcelli, S., Bianchini, O., De Girolamo, G., Aguglia, E., Crea, L., & Serretti, A. (2016). Clinical factors related to schizophrenia relapse. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 20(2), 54–69. doi:10.3109/13651501.2016.1149195
- Preti, A., Sisti, D., Rocchi, M. B. L., Siddi, S., Cella, M., Masala, C., ... Carta, M. G. (2014). Prevalence and dimensionality of hallucination-like experiences in young adults. *Comprehensive Psychiatry*, 55(4), 826–836. doi:10.1016/j.comppsy.2014.01.015
- Read, J., Perry, B. D., Moskowitz, A., & Connolly, J. (2001). The Contribution of Early Traumatic Events to Schizophrenia in Some Patients: A Traumagenic Neurodevelopmental Model. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 64(4), 319–345. doi:10.1521/psyc.64.4.319.18602
- Robbins, M. (1993). *Experiences of schizophrenia: an integration of the personal, scientific, and therapeutic*. New York: Guilford Press.
- Rus-Calafell, M., Gutiérrez-Maldonado, J., Ribas-Sabaté, J., & Lemos-Giráldez, S. (2014). SOCIAL SKILLS TRAINING FOR PEOPLE WITH SCHIZOPHRENIA: WHAT DO WE TRAIN? *Psicología Conductual*, 22(3), 461-477. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1644150076?accountid=16730>
- Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita.
- Salokangas, R. K. R., Honkonen, T., Stengård, E., & Koivisto, A.-M. (2001). To be or not to be married - that is the question of quality of life in men with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36(8), 381–390. doi:10.1007/s001270170028
- Seeman, W. (1951). The Freudian theory of daydreams: an operational analysis. *Psychological Bulletin*, 48(5), 369–382. doi:10.1037/h0057137
- Seifertová, D., Praško, J., Horáček, J., Höschl, C. (2008). *Postupy v léčbě psychických poruch*. Praha: Medical Tribune CZ.

- Seikkula, J., & Olson, M. E. (2003). The Open Dialogue Approach to Acute Psychosis: Its Poetics and Micropolitics. *Family Process*, 42(3), 403–418. doi:10.1111/j.1545-5300.2003.00403.x
- Seli, P., Risko, E. F., & Smilek, D. (2016). On the Necessity of Distinguishing Between Unintentional and Intentional Mind Wandering. *Psychological Science*, 27(5), 685–691. doi:10.1177/0956797616634068
- Schäfer, I., Fisher, H. L., Aderhold, V., Huber, B., Hoffmann-Langer, L., Golks, D., ... Harfst, T. (2012). Dissociative symptoms in patients with schizophrenia: relationships with childhood trauma and psychotic symptoms. *Comprehensive Psychiatry*, 53(4), 364–371. doi:10.1016/j.comppsy.2011.05.010
- Singer, J. L. (1966). *Daydreaming*. New York: Random House.
- Singer, J. L. (1975). Navigating the stream of consciousness: Research in daydreaming and related inner experience. *American Psychologist*, 30(7), 727–738. doi:10.1037/h0076928
- Singer, J. L., & McCraven, V. G. (1961). Some Characteristics of Adult Daydreaming. *The Journal of Psychology*, 51(1), 151–164. doi:10.1080/00223980.1961.9916467
- Skantze, K., Malm, U., Dencker, S. J., May, P. R. A., & Corrigan, P. (1992). Comparison of Quality of Life with Standard of Living in Schizophrenic Out-patients. *British Journal of Psychiatry*, 161(06), 797–801. doi:10.1192/bjp.161.6.797
- Skodlar, B., Henriksen, M. G., Sass, L. A., Nelson, B., & Parnas, J. (2013). Cognitive-behavioral therapy for schizophrenia: A critical evaluation of its theoretical framework from a clinical-phenomenological perspective. *Psychopathology*, 46(4), 249–65. doi:10.1159/000342536
- Smallwood, J., O'Connor, R. C., Sudbery, M. V., & Obonsawin, M. (2007). Mind-wandering and dysphoria. *Cognition & Emotion*, 21(4), 816–842. doi:10.1080/02699930600911531
- Smallwood, J., Schooler, J. W., Turk, D. J., Cunningham, S. J., Burns, P., & Macrae, C. N. (2011). Self-reflection and the temporal focus of the wandering mind. *Consciousness and Cognition*, 20(4), 1120–1126. doi:10.1016/j.concog.2010.12.017
- Starker, S., & Singer, J. L. (1975). Daydreaming and symptom patterns of psychiatric patients: A factor analytic study. *Journal of Abnormal Psychology*, 84(5), 567–570. doi:10.1037/h0077125

- Subandi, M. A. (2015). Bangkit: The Processes of Recovery from First Episode Psychosis in Java. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 39(4), 597–613. doi:10.1007/s11013-015-9427-x
- Syřišťová, E. (1973). *Příspěvek k psychologii, psychoterapii a prevenci schizofrenní psychózy*. Praha: Univerzita Karlova.
- Syřišťová, E. (1977). *Imaginární svět*. Praha: Mladá fronta.
- Tan, T., Zou, H., Chen, Ch., & Luo., J. (2015) Mind Wandering and the Incubation Effect in Insight Problem Solving, *Creativity Research Journal*, 27(4), 375-382. doi:10.1080/10400419.2015.1088290
- Tandon, R., Gaebel, W., Barch, D. M., Bustillo, J., Gur, R. E., Heckers, S., ... Carpenter, W. (2013). Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophrenia Research*, 150(1), 3–10. doi:10.1016/j.schres.2013.05.028
- Thara, R., Srinivasan, N., (1997). Outcome of marriage in schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 32, 416-420. doi:10.1007/BF00788182
- Tompson, M. C., Asarnow, J. R., Hamilton, E. B., Newell, L. E., & Goldstein, M. J. (1997). Children with schizophrenia-spectrum disorders: Thought disorder and communication problems in a family interactional context. *Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 38(4), 421–429. doi:10.1111/j.1469-7610.1997.tb01527.x
- Tůma, I. (1999). *Schizofrenie a kognitivní funkce*. Praha: Psychiatrické centrum.
- Valiakalayil, A., Paulson, L. A., & Tibbo, P. (2004). Burden in adolescent children of parents with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(7), 528-535. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s00127-004-0778-9
- Van 't Wout, M., Aleman, A., Bermond, B., & Kahn, R. S. (2007). No words for feelings: alexithymia in schizophrenia patients and first-degree relatives. *Comprehensive Psychiatry*, 48(1), 27–33. doi:10.1016/j.comppsy.2006.07.003
- Ventriglio, A., Gentile, A., Bonfitto, I., Stella, E., Mari, M., Steardo, L., & Bellomo, A. (2016). Suicide in the Early Stage of Schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry*, 7. doi:10.3389/fpsyt.2016.00116
- Ventura, J., Thames, A. D., Wood, R. C., Guzik, L. H., & Helleman, G. S. (2010). Disorganization and reality distortion in schizophrenia: A meta-analysis of the relationship

- between positive symptoms and neurocognitive deficits. *Schizophrenia Research*, 121(1-3), 1–14. doi:10.1016/j.schres.2010.05.033
- Walther, S., Horn, H., Razavi, N., Koschorke, P., Müller, T. J., & Strik, W. (2009). Quantitative Motor Activity Differentiates Schizophrenia Subtypes. *Neuropsychobiology*, 60(2), 80–86. doi:10.1159/000236448
- Weiden, P. J., Kozma, C., Grogg, A., & Locklear, J. (2004). Partial Compliance and Risk of Rehospitalization Among California Medicaid Patients With Schizophrenia. *Psychiatric Services*, 55(8), 886–891. doi:10.1176/appi.ps.55.8.886
- Welz, A., Reinhard, I., Alpers, G. W., & Kuehner, C. (2017). Happy Thoughts: Mind Wandering Affects Mood in Daily Life. *Mindfulness*, 9(1), 332–343. doi:10.1007/s12671-017-0778-y
- Zäske, H., Linden, M., Degner, D., Jockers-Scherübl, M., Klingberg, S., Klosterkötter, J., ... Gaebel, W. (2018). Stigma experiences and perceived stigma in patients with first-episode schizophrenia in the course of 1 year after their first in-patient treatment. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. <https://doi.org/10.1007/s00406-018-0892-4>
- Zipursky, R. B., Agid, O., & Remington, G. (2018). Improving outcomes in schizophrenia by preventing early relapses. *The Lancet Psychiatry*, 5(5), 384–386. doi:10.1016/s2215-0366(18)30124-x

Seznam tabulek

Seznam tabulek:

Tab. 1: Charakteristika výzkumného souboru

Tab. 2: Nejčastější faktory vedoucí k odcizení s blízkými

Tab. 3: Faktory znesnadňující komunikaci s druhými lidmi

Tab. 4: Výčet obsahů denních snů

Tab. 5: Výčet denních snů ve vztahové oblasti

Diagram:

Diagram 1: Vztah mezi poskytovanou péčí, rozvojem komunikačních schopností, sebedůvěrou a sebereflexí

Seznam příloh

Příloha č. 1: Abstrakt v českém jazyce

Příloha č. 2: Abstrakt v anglickém jazyce

Příloha č. 3: Informovaný souhlas

Příloha č. 4: Ukázka transkripce dat

Příloha č. 1: Abstrakt v českém jazyce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Prožívání vztahů a denní snění u osob se schizofrenií

Autor práce: Bc. Lenka Žalmanová

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

Počet stran a znaků: 114 stran, 227 216 znaků

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 140

Abstrakt: Cílem diplomové práce je přiblížit zkušenost osob se schizofrenním onemocněním s prožíváním vztahů a oblastí denního snění. V rámci práce je vymezena schizofrenie, její klinický obraz, popsána diagnostika a subtypy onemocnění, propuknutí, průběh a prognóza schizofrenie. Prostor je věnován sociálnímu prostředí a jeho vzájemnému vztahu s průběhem onemocnění. Dále dennímu snění, které lze považovat za adaptivní formu sociální kognice. Empirická část je založena na kvalitativním přístupu, metodou pro sběr dat bylo polostrukturované interview, realizované s pěti respondenty. Analýza a interpretace dat probíhala v souladu s IPA. V práci jsou prezentovány jednotlivé případy a souhrnná analýza napříč případy. Vztahy označují respondenti jako významné a touží po naplnění vztahových potřeb, často prožívali samotu. Identifikovali faktory, které vedly k odcizení s blízkými a také to, co by jim ve vztazích pomohlo. Vztahy působily na průběh onemocnění pozitivně i negativně. Denní sny v některých případech sloužily jako kompenzace vztahových potřeb, snaží se je vědomě kontrolovat. Výsledky výzkumu odpovídají předchozím výzkumným zjištěním, přináší vhled do zkušenosti osob se schizofrenií.

Klíčová slova: schizofrenie, vztahy, denní snění, prožívání, IPA

Příloha č. 2: Abstrakt v anglickém jazyce

ABSTRACT OF THESIS

Title: Relationships and daydreaming in people with schizophrenia

Author: Bc. Lenka Žalmanová

Supervisor: PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

Number of pages and characters: 114 pages, 227 216 characters

Number of appendices: 4

Number of references: 140

Abstract: The aim of this thesis is to describe the experience of people suffering from schizophrenia with personal relationships and daydreaming. The clinical picture of schizophrenia, its diagnosis and sub-types of the disease, its outbreak, progression and prognosis are all described as part of this thesis. A section is devoted to the social environment and its relationship to the course of the disease. Furthermore, the focus is also on daydreaming, which can be considered an adaptive form of social cognition. The empirical part of the thesis is based on a qualitative approach; the method for data collection was a semi-structured interview, conducted with five respondents. Data analysis and interpretation was in line with IPA. Individual cases and a summary analysis across cases are both presented. Respondents consider relationships to be significant and long for the fulfillment of their relationship needs, they often feel lonely. They identified factors that led to alienation from loved ones, as well as what would help them in relationships. Relationships had both a positive and negative effect on the course of the disease. In some cases, daydreams served as compensation for relationship needs, they attempt to consciously control them. The research results correspond to previous research findings, bringing insight into the experience of people with schizophrenia.

Key words: schizophrenia, relationships, daydreaming, mind wandering, experience, IPA

Příloha č. 3: Informovaný souhlas



Informovaný souhlas s účastí na výzkumu v rámci diplomové práce

Název práce: Prožívání vztahů a denní snění u osob se schizofrenií

Autor práce: Bc. Lenka Žalmanová

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

Termín realizace: 27. 11. 2017 – 1. 3. 2019

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s podmínkami účasti na výzkumu „*Prožívání vztahů a denní snění u osob se schizofrenií*“ a že se jej chci dobrovolně zúčastnit.

Beru na vědomí, že údaje poskytnuté pro účely tohoto výzkumu jsou anonymní a nebudou použity jiným způsobem než k interpretaci výsledků v rámci uvedené diplomové práce.

Souhlasím s nahráváním našeho rozhovoru, s jeho následným zpracováním a analýzou v anonymní podobě. Jsem si vědom/a, že pokud nebudu chtít odpovídat na pro mě citlivou či jinak obtížnou otázku, nemusím svou odpověď poskytnout.

Rovněž beru na vědomí, že mohu z výzkumu kdykoliv, podle svého vlastního uvážení, vystoupit a mé výsledky nebudou tedy ve výzkumu použity.

Datum.....

Podpis.....

Příloha č. 4: Ukázka transkripce dat

Sočástí jsou dvě ukázky z rozhovorů s odlišnými respondenty.

Ukázka 1

Jak teď žijete?

Co se týče partnera, tak partnera momentálně nemám. Ale žiju teď se svojí mladší, od mám na pokoji, kde bydlím, svoji dceru. Dostala se do nějaké nouze, takže se potřebovala nastěhovat ke mně. Takže nejsem sama, ale nemám partnera.

Kolik máte dětí?

Tři děti mám. (Vyjmenovává jména dětí a jejich věk).

Máte sourozence?

Bratra, který je tady taky v ...A vídáme se.

Máte nějaké přátele?

Mám dvě tři, čtyři možná by se dalo říct v, se dvěma z nich jsem poměrně často v telefonickém kontaktu a ta třetí má malé děti, takže to není tak často, ale když se potřebuju, tak si zavoláme. No a ta další to je bývalá kolegyně v práci, takže když jedu do, tak si sedneme a popovídáme si, ale telefonický styk neudržujeme

No a tady přátele spíš z řad duševně nemocných, kam jsem chodila do klubovny, kde se scházejí duševně nemocný z (jméno organizace), tak tam mám pár přátel, kteří nejsou přímo moji pacienti.

A možná, že za přítelkyně můžu označit dvě terapeutky na oddělení, kde pracuji, ale není to tak, že bychom se stýkaly po práci. Jako jo sdílíme, soukromý témata nebo tak, povídáme si, ale není to tak, že bychom si šly sednout někam na kafe nebo tak.

A co vás přivedlo sem do ...?

No, já jsem v tom ... už neměla perspektivu. Já jsem tam skončila v organizaci, kde jsem dělala peer konzultantku, nelíbilo se mi ke konci už moc, jak se mnou zacházeli. Nelíbilo se mi, jaké peníze mi dávali za práci, kterou jsem dělala. A pak už mi začalo haprovati bydlení, tak jsem se rozhodla odejít. A protože ta nejmladší dcera je tady, tak jsem se rozhodla jít do, i bratr je tady. Byl to můj sen už dřív. A pak protože na mě už nikdo nebyl závislej, měla

jsem zažádáno o práci jako peer konzultant, takže čtvrt roku probíhalo výběrové řízení a vyšlo to.

A jak trávíte volný čas máte nějaké koníčky?

Začala jsem znovu plést před rokem a půl, takže taková jako relaxace tvořivá. Knížky, čtu knihy, občas zajdu do kina a v podstatě to vypadá tak, že od doby, co pracuju na 6 hodin, mám zkrácený úvazek, tak dvě, dvě a půl hodiny denně strávím v dopravních prostředcích plus k tomu těch 6 hodin, špatně spím v noci, takže když přijedu, tak často místo volného času prostě lehnu a spím a pak teprve, když se proberu, tak teprve pak se věnuju těm svým aktivitám, ale bývám dost unavená.

Protože s těmi pacienty to není tak jednoduché, a já mám taky své problémy, s tím spánkem, je to takový, že bývám hodně unavená.

A jednu dobu jsem chodila v soboty do té klubovny, ale pak jsem zjistila asi po roce, že těch pacientů duševně nemocných mám dost v práci a že se nepotřebuji s nima stýkat ještě v sobotu. Takže jsem tam přestala jezdit.

Koho vnímáte jako své nejbližší lidi?

Nejbližší?

Nejbližší, můžete tam zařadit kohokoliv z rodiny, kamarádů....

Určitě, určitě, teď je mi úplně nejbližší teda ta ...(dcera), která se mnou bydlí. A teda děti... I když s ..(se synem) je ten vztah trošku jiný než s těma dvěma dcerama. Pak je mi blízká maminka, s kterou máme takový komplikovaný vztah, ale pořád bych jí označila za blízkou. A ten bratr se svojí manželkou.

A ten vztah se synem je ten vztah jiný jak?

Je to chlapec, takže ono to vychází trošku z našeho příběhu životního. ...(první dvě děti) oni mají jednoho otce a po rozvodu zůstali u otce, takže od 4-5 let je vychovával otec, já byla poměrně vzdálená. Takže jsme měli kontakt třeba jednou za tři týdny. Takže ten vztah se mi sice podařilo udržet, ale ten syn, když si zavoláme, tak máme o čem mluvit, ale nebývá to tak často. A nebo, když se domluvíme, že se navštívíme, tak se setkáme, ale není to tak důvěrné jako s dcerama. Ale to je možná i tím, že jsou to holky a mají si s mámou o čem povídat, když to ten kluk ty drbárny zas tak ne to ... jakože je to i tím pohlavím.

Vy jste říkala, že jste se rozvedla, tak jestli byste mi popsala i tu partnerskou, vztahovou oblast.

No, tak můj první manžel byl otec těch dvou dětí, rozvedli jsme se po osmi letech vztahu. Pak jsem se krátce na to vdala po druhé, ale ukázalo se, že ten muž je skrytý alkoholik a zažila jsem domácí násilí, takže po roce jsem se rozvedla. Z toho manželství se narodila dcera, která zemřela hned po narození, protože měla těžce poškozené srdce. Mezitím jsem navázala takovou krátkodobou známost s jedním mužem, který byl otec té ... (dcery), té mojí nejmladší, ale ten odešel, ještě když jsem byla těhotná dcera) nemá uvedeného otce v rodném listě.

A co jsem zažila takový spokojený vztah, tak to bylo v letech 2000-2004, kdy jsem žila s partnerem, který byl mladší než já. Ale po vztahové stránce to bylo mezi náma moc pěkné a vzpomínám na to moc ráda. Rozděbila nás až ta nemoc.

Protože já už jsem pak neměla kde bydlet a on musel odejít do ... pracovat, takže jsme se rozdělili, ale v dobrém. Spíš jsme už byli každý nasměřovaní na svoji cestu. Na ten vztah vzpomínám moc ráda a mám pocit, že jsem tím vztahem byla naplněná a vlastně od té doby, co jsme se rozešli jsem žádný vztah nenavazovala. S tou nemocí jsem vztah zatím nenavazovala. Až někdy loni v létě jsem potkala muže, s kterým si teda dobře rozumím, ale je to na úrovni přátelství jako jo. V tom pravém slova smyslu přátelství.

A ta nemoc se objevila kdy?

Když mi bylo 39.

Možná první příznaky jsem měla, když se narodila ... (nejmladší dcera), to mi bylo 30, ale nikdo to nediagnosticskoval jako nemoc, až v těch 39, jsem měla tu první regulérní psychotickou ataku.

Co vnímáte, u těch blízkých, kam řadíte děti, bratra s manželkou, co na těch vztazích vnímáte těžkého?

No, hmm, já mám za sebou 6 hospitalizací nebo 7, protože tu jednu počítám jako jednu velkou, protože jsem zažádala o revers, oni mě pustili a hned zase vzali zpátky, takže 6 hospitalizací. A hospitalizovaná jsem byla vždycky, když jsem přestala užívat léky.

Rodina to strašně těžce nesla, protože já jsem vždycky při té hospitalizaci se mi rozbořila sociální jistota a oni mi to hodně zazlívali, takže já jsem po každé té atace znovu ty vztahy budovala, snažila se získat důvěru a vždycky to byl takový propad a vždycky jsem se

škrabala nahoru, nahoru, abych to dala dohromady. A teďkom se mi už delší dobu daří dobře, takže i ty vztahy jako podle toho vypadají. I maminka, která už mě po té poslední atace před třemi lety, odepsala už se se mnou baví. Jsme ten kontakt navázaly. Takže musím říct, že teď už ty vztahy vypadají dobře.

A co je v tom pro vás teď obtížného?

Co je obtížný je, že moje maminka bydlí na ... v malé vesnici na samotě, je jí ...let a je tam sama s barákem se zahradou a v podstatě budeme muset řešit to, jak dál. Takže to cítím jako takové docela obtížné a i to, že jsme tak hodně vzdálení. Že i bratr i já jsem tady v ... a do toho... je to nějakých ...hodin skoro cesty. Takže a když jezdím do tak spávám v ... u kamarádky, takže za tou maminkou jenom dojíždím, a to spojení je tam špatné, takže ta vzdálenost.

A jinak teď ve vztahu ještě s tou (nejmladší dcerou), která teď bydlí u mě. Ona se rozešla s partnerem, takže má teď takový těžký období, má před státnicemi a studuje ještě jednu školu, takže se učí na zkoušky. Takže je to takové náročné.

Je to takové náročné no. Já se snažím, tam v tom pokojíku, kde jsme, být skoro co nejmíň ve smyslu, já tam jsem, ale snažím se moc neprojevat, aby ona měla klid na učení a na práci a jsem její podpora, když jí tečou slzy, protože je to teď hodně živé a není to u konce, mají společně pronajatý byt a teprve se budou roztěhovávat, a ona bude hledat bydlení, takže je to složitější.

A je něco v čem byste teď potřebovala pomoci?

No, s tím hledáním bytu pro tu ..(dceru).

A potom možná i hledání bytu pro tu maminku, protože když jsem tam byla naposledy, tak sem se jí ptala, jestli by zvládla jít za námi do .., ona je ještě hodně soběstačná. A teď nemám jinou představu, jak to udělat, aby tam nebyla tak sama. Je tam sama, široko daleko nikdo nebydlí a sama přiznává, že už jí všechno dělá obtíže. Jsou tam problémy s údržbou toho domku. Takže je možný, že budeme hledat kolem prázdnin byt i pro ni. Jako aby mohla tady s náma, někde v nějaké klidné lokalitě.

A jinak v těch vztazích nenacházíte něco, co byste si přála jinak?

S tím ...(synem) bych si chtěla být blíže. Ale já mám pocit, že tam má nějaká zranění, ještě z toho dětství, kdy jsem od nich byla nucena odejít. A občas. Teď už to nedělá, ale dřív byla období, kdy si do mě občas tak jako rýpnul, ale tys odešla..takže (povzdech), no, no.

A myslíte, že je něco, co by vám mohlo pomoci?

Já věřím, že je to otázka času, že i s tou ... a i s tou... jsem to měla podobné, že jsme ten vztah musely navazovat znovu, jak to vždycky padlo s těma lékama a to, ale ten čas to zahojil a já jsem si uvědomila, že když pracuji na sobě, aby se mi dařilo, tak oni se uklidní a jsou se mnou znovu schopní ten vztah navázat a pokračovat dál. Takže já věřím tomu, že všechno může napravit ten čas, jakože kdo si počká, ten se dočká, říkám já. A teď se mi to hodně krát splnilo. A i... (dcera), oni, jak teď dospěli, ta nejstarší měla nějaký problémy v práci a že oni se na mě obrazejí s prosbou o pomoc nebo o radu, takže mě berou zase jako někoho, kdo jim může být nějakým způsobem nápomocný, a to bych byla třeba ráda nějakým způsobem i u toho ...(syna).

Co jste konkrétně dělala, že vám to pomohlo ve vztazích?

Prvotně já jsem se uklidnila, když jsem měla práci a když jsem měla bydlení. To byl začátek. Potom, když jsem si v té práci to budovala tak, aby mě to bavilo, abych byla spokojená. To bydlení abych měla z čeho platit. A potom jsem vlastně byla připravená podat tu pomocnou ruku, když by bylo třeba. No, a mám za sebou 14 měsíců intenzivní psychoterapie, na které jsem si řešila ty neurotický věci, ten vztah s maminkou s dětma, takže jsem na tom pracovala i s psychologkou.

Chodím do školy zotavení to je recovery school, při organizaci..., tak tam byl projekt recovery school. A když to otevřeli, tak jsem na podzim absolvovala 5 nějakých kurzů, jednak mi to pomáhá fungovat s tou nemocí, jednak nějaký náhled na to a byly tam témata jako vztahy, při duševním onemocnění, self management, byla tam stigmatizace a selfstigmatizace, bylo tam sebeprezentace a ještě jeden. A teď sem byla požádána abych vedla tady v té škole zotavení skupinu recovery.

Což je pro mě zase taková výzva, to už bude 4 skupina kterou povedu a ta práce v té skupině dává člověku i hodně zpětných vazeb, jak tu práci dělá, ale i na to, jak je na tom s tím zotavením. Takže pracuju tady s tím zotavením...

Ukázka 2

Představoval jste si někdy, že je něco jinak?

Neee, já bych to jinak nechtěl.

A stane se vám, že se během dne zasníte?

Jo, určitě.

A jak to vypadá?

To většinou tak, přichází samo, to záleží asi hodně na co myslím, Já se třeba snažím, takový to, nejlíp se startuje tomu, co už se teďka vidí v cíli. Když už mi ty myšlenky utíkají, tak si představuju, jaký to bude, až to budu mít. Třeba to, o co se zrovna snažím. A třeba takhle. Už se snažím, aby ty obsahy byly spíš vědomější než nevědomý. Ty nevědomý obsahy, co si myslím, že dost způsobují tu schizofrenii, jsou dost daný tím, že podle mě přichází v době, kdy člověk nic vlastně nedělá, jako z nudy, když se člověk dostatečně zaměstná a když se zaměstná i v těch chvílích, kdy nemá co dělat, ale přemýšlí si třeba nad tím, že to se mu povede a to se mu povede, než že by se nechal unášet někam, kam ho to zavane. Tak to taky přispívá k tomu, aby se už prostě nevrátil.

Takže se to snažíte vědomě kontrolovat, kam ty denní sny směřují?

Jako rozhodně. Můj v podstatě boj proti té schizofrenii byl o vědomým zkoumáním těch myšlenek, který přichází a dá se říct, třeba rozhazování na ty recidivní. Ty, který mě směřují zpátky do bláznince a ty který jsou prostě v pohodě a kterými se jako můžu zabývat. Takže tak je to jako i s tím zasněním

A je to u vás teda víc orientovaný na budoucnost? Že si představujete cíl nějaké činnosti?

Já se spíš soustředím na ten pocit, nebo na tu. Já se snažím budoucnost neplánovat nebo neřešit. Ale zároveň si samozřejmě i představuju, ale spíš se u toho soustředím, ne třeba za jak dlouho to bude, ale jaký to bude, až to bude no, dá se říct.

A máte nějaký příklad takové představy?

Když jsem se asi stěhoval, když jsme se stěhovali z města z paneláku, protože já jsem si říkal, když jsme měli dítě, že v paneláku bydlet nechci, že to prostě prodám a měl jsem už dřív daný, že jakmile to bude v OV, osobním vlastnictví a půjde ten byt prodat, až to bude třeba zateplený, a pak jsem si ještě dal do třiceti a když mi bylo 29, tak se to převedlo do OV, a zateplilo se to a řekl jsem si, jestli ne teď, tak už nikdy, a v podstatě jsem ten byt prodal a neměli jsme vlastně kam jít, tak to jsem si dost jako hodně představoval, že to dobře dopadne. Nevěděl jsem ani konkrétně jak, ale představoval jsem si, že to prostě všechno dobře dopadne, nevěděl jsem úplně jak, ale věřil jsem tomu, že to dopadne prostě nejlíp, jak může. A v podstatě jo, představoval jsem si to, že budu nakonec bydlet tam, kde bydlím, protože tam jsem bydlet chtěl, akorát jsem si myslel, že to jako nejde. Takže jsem se to snažil trošku ovlivnit i tím, nevím, jestli se tím dá něco ovlivnit, minimálně se tím podle mě nedá

nic pokazit, že jsem si prostě to přál a v podstatě spíš bych řekl, že přání. Že to není že bych se orientoval na budoucnost, nebo na ten pocit, ale že mám přání. Mě už teďko může někdo, byť to může znít bláznivě, mě už je to jedno (smích), těžko vysvětlit, že přání se neplní, když si člověk něco přeje, tak moje zkušenost, je zkrátka taková, že když si něco přeju, tak se mi to splní.

Já už si začínám přát, v podstatě vědomě, protože jsem zjistil že to prostě jako funguje.

A když si představujete nějaký výsledek, tak jaké to pro vás je?

Je to něco příjemného. Jasně určitě, proto jsem si to vlastně přál.

Jak dlouho ten pocit vydrží?

To asi záleží, co si představuju. Já zase když jdu něco dělat, tak se snažím soustředit na tu činnost a tu představu jako nechat, protože to je jenom představa, takže se snažím soustředit na něco jinýho, ale ne vždycky to jako jde, občas si to představuju furt dál a dál a přitom dělám něco jinýho, pak se něčím praštím a zjistím, že bych se měl vrátit do té přítomnosti víc.

Znáte to i z druhé strany, že by to bylo nějaký třeba negativní pro vás?

To nedělám, kdybych si vědomě představoval scénáře, ze kterých není spokojenost, to mi přijde jako blbost. A přijde mi, že to dělá spousta lidí, a absolutně nechápu proč, co z toho mají.

A objevují se v těch představách i nějaké osoby?

Tak nepřímou se to, jako asi jo, když si představuju třeba že jsme někde na dovolené, tak na dovolené nejsem nikdy sám. Tam jsem vždycky s rodinou a třeba i s mamkou.

Zase jsou jiný oblasti, kde jsem zas já. To záleží, jestli je ta činnost spojená i s tou rodinnou nebo ne.

Dokázala byste třeba odhadnout, jak často se zasníte? V řádu minut, desítek, setrvalý stav?

Setrvalý určitě ne, to by možná bylo zajímavý (smích), Nevím, nad tím jsem nikdy takhle nepřemýšlel, že bych to.. že bych to nějak takhle kvantifikoval nebo klasifikoval. Jako občas, dejme tomu, že většinou večer před spaním, si to dávám, zkouším myslet na něco, co bych chtěl. To spíš jako tak, a jinak podle toho, jak mě to napadne.

Je fakt, že si občas představuju rozhovory, jak by mohl vypadat rozhovor s nějakým člověkem na nějaký téma. A tím se v podstatě připravuju na to, až ten rozhovor takovej potom bude, že potom dokážu líp zareagovat. Tak prostě to беру takovou jako přípravu dá se říct, že si představuju ten rozhovor a dokážu to jako živě, jak by to probíhala, co by ten druhý řekl, vždycky jsem měl docela dobrou schopnost empatie, co by mi na to třeba řekl.

Získáváte tím nějakou jistotu, lepší orientaci?

Spíš tak, že potom už nejsem překvapenej. Že ten rozhovor začne a já už vím, jak bude pokračovat. A to je, jako je to dobrý, když tak pokračuje (smích) blbý je, když se tam někde udělá zlom, pak je dobrý si všimnout, že ten člověk zareagoval úplně jinak protože pak mektá ten člověk blbosti úplně (smích) úplně o něčem jiným, protože si nevšimne, že se ztratil trošku.

Funguje to i zpětně? Že by proběhl rozhovor a zkoušel jste ho vytvořit i jinak?

Jo, určitě, to je v podstatě...jo ty rozhovory se vlastně opakujou, na to kolik je lidí, tak těch vzorců v rozhovorech není až tak moc, a ty lidi se v těch vzorcích pohybují, takže spousta rozhovorů je v podstatě o jenom a tom samým, když si uvědomím, že někde jsem udělal jako v uvozovkách chybu, protože to že člověk kolikrát nedokáže obhájit svůj názor nebo svůj pohled, tak to ještě neznamená, jakože nemá pravdu, prostě to dost kolikrát znamená jenom to, že to nebyl schopnej dobře vysvětlit, takže to berou jako svou chybu, samozřejmě se nad tím zamyslím, jak to teda jako bylo a případně do budoucna si z toho vezmu, co kde jsem vlastně podělal tou chybou, co kde jsem měl říct vlastně. Takže to si vlastně přehrávám, dřív docela často, teď už to mám v podstatě napřehrávaný skoro všechno v hlavě, že už to tak často nedělám. Ale stejně vždycky, když má být nějak situace, ve které čekám konfrontaci, tak se na to dopředu připravuju.

Jaká je nejpříjemnější představa?

Jak teď si představuju, teď je mi příjemný, že se někdy, moje přání teďka je takový, že se mi to všechno podaří udělat tak, abych mohl pracovat na tom, co mě baví nejvíc.

A pak mám k tomu takovou sobeckou, že potom třeba pojedeme s celou dovolenou na fakt krásnou dovolenou, jak jsou takový domky nad mořem a že tam třeba vezmu i babičku, a děcka a to, a že tam pojedeme takhle s celou rodinou, to je takový finále té představy. Jako už se vidím tam a vím, že až to přijde, ale vím, že pro to napřed musím nejdřív udělat, aby to tak bylo. Dřív jsem tady tu část přeskakoval, že už jsem se někde viděl, ale pak jsem pro to ve finále ale nic nedělal, a pak to vlastně jako nefunguje.....