



Pedagogická  
fakulta  
Faculty  
of Education

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Pedagogická fakulta  
Katedra pedagogiky a psychologie

Bakalářská práce

# Významné faktory ovlivňující resocializaci psychicky nemocných

Vypracoval: Alexandra Bauernöplová  
Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Jiří Kressa  
České Budějovice 2016

## Abstrakt

Duševní onemocnění významným způsobem ovlivňuje všechny aspekty života. Péče o duševně nemocné překračuje hranice medicíny a stává se objektem zájmu celospolečenského významu. Tato bakalářská práce se věnuje lidem s psychotickou poruchou. Je zaměřena na jejich subjektivní pohled na sebe samé, mezilidské vztahy a perspektivy jejich života.

V teoretické části bakalářské práce jsou vymezeny základní pojmy a charakteristiky psychotických poruch. Sociální problematika života člověka s psychotickým onemocněním, otázka sebestigmatizace a vlivu onemocnění na rodinné příslušníky je shrnuta v další kapitole. Další část práce je věnována postavením duševně nemocných ve společnosti, sociálním otázkám spjatým s duševním onemocněním, jejich životní perspektivě a komunikačním problémům, na které psychicky nemocní narážejí. Závěr teoretické části práce se zabývá oblastí komplexní psychiatrické, psychosociální a komunitní péče, včetně reformy psychiatrické péče, jež je v současnosti velmi pozvolna realizována.

V praktické části jsou zahrnuty cíle kvalitativního výzkumu, výzkumné otázky a metodika sběru dat. Výzkumný soubor tvořili lidé s psychotickým onemocněním. Informace byly získány prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů. Získaná audio data byla doslovnou transkripcí převedena do písemné podoby a zpracována metodou otevřeného kódování. Následně byla všechna data analyzována a interpretována maximálně komplexně a ve vzájemných souvislostech formou příběhu.

klíčová slova: psychotické poruchy, schizofrenie, psychiatrická rehabilitace, psychosociální intervence, komunitní péče, resocializace, sebestigmatizace, stigmatizace

## Abstract

Mental illness significantly influences all aspects of life. Mental health care goes beyond horizons of medicine and becomes the object of interest of society-wide importance. This thesis is devoted to people with a psychotic disorder. It is focused on their subjective view of themselves, human relations and perspectives of their lives.

The theoretical part of the bachelor thesis defines basic concepts and characteristics of psychotic disorders. Social problems of human life with psychotic illness, self-stigmatization question and the impact of the disease on family members is summarized in the next section. Following part is devoted to the status of the mentally ill in society, social issues connected with mental illness, their life perspective and communication problems which face mentally ill persons. End of theoretical part deals with the areas of complex psychiatric, psychosocial and community care, including psychiatric care reform, which is currently being very slowly implemented.

The practical part includes qualitative research aims, research questions and methods of data collection. The research group consisted of people with psychotic illness. The data were obtained through interviews. The resulting audio data have been transferred by verbatim transcription into written form and processed by open coding. Subsequently, all data were analyzed and interpreted most complex and interrelated in story form.

**Key words:** psychosis, schizophrenia, psychiatric rehabilitation, psychosocial interventions, community care, resocialization, stigmatization, self-stigmatization

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma Významné faktory ovlivňující resocializaci psychicky nemocných jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích 2. 12. 2016

Alexandra Bauernöplová

### **Poděkování**

Děkuji vedoucímu bakalářské práce Mgr. et Mgr. Jiřímu Kressovi za ochotu, vstřícnou pomoc a cenné rady při vedení bakalářské práce. Dále děkuji respondentům, kteří byli ochotni zúčastnit se rozhovorů. V neposlední řadě děkuji svým nejbližším za trpělivost a podporu, kterou mi projevili při psaní této práce.

# Obsah

ÚVOD .....	8
<b>TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>10</b>
1. DUŠEVNÍ ZDRAVÍ.....	10
1.1. <i>Co je duševní zdraví.....</i>	<i>10</i>
1.2. <i>Psychiatrie v číslech.....</i>	<i>11</i>
2. PSYCHOTICKÉ PORUCHY.....	12
2.1. <i>Základní charakteristika poruch.....</i>	<i>12</i>
2.2. <i>Vznik onemocnění.....</i>	<i>12</i>
2.3. <i>Příčiny onemocnění.....</i>	<i>13</i>
2.3.1. <i>Dědičnost.....</i>	<i>13</i>
2.3.2. <i>Vnější vlivy.....</i>	<i>14</i>
2.4. <i>Klinické projevy psychóz.....</i>	<i>14</i>
2.4.1. <i>Pozitivní symptomy.....</i>	<i>14</i>
2.4.2. <i>Negativní symptomy.....</i>	<i>16</i>
2.4.3. <i>Kognitivní poruchy.....</i>	<i>16</i>
2.4.4. <i>Afektivní poruchy.....</i>	<i>17</i>
2.5. <i>Diagnostika psychotických poruch.....</i>	<i>17</i>
2.6. <i>Rozvoj a průběh nemoci.....</i>	<i>20</i>
2.7. <i>Léčba.....</i>	<i>21</i>
2.8. <i>Prognóza.....</i>	<i>22</i>
3. SOCIÁLNÍ VÝZNAM ONEMOCNĚNÍ.....	22
3.1. <i>Problematika života člověka s psychotickým onemocněním.....</i>	<i>22</i>
3.2. <i>Subjektivní hodnocení nemoci a postoje pacienta.....</i>	<i>24</i>
3.2.1. <i>Sebestigmatizace.....</i>	<i>25</i>
3.2.2. <i>Sociální izolace.....</i>	<i>26</i>
3.3. <i>Vliv nemoci na členy rodiny.....</i>	<i>27</i>
3.3.1. <i>Fáze vyrovnání rodiny s duševní poruchou schizofrenního okruhu.....</i>	<i>28</i>
3.3.2. <i>Nové uspořádání rodinných vztahů.....</i>	<i>29</i>
3.4. <i>Role nemocného v rodině.....</i>	<i>30</i>
3.5. <i>Přístup k sociálním rolím.....</i>	<i>31</i>
4. POSTOJ SPOLEČNOSTI K DUŠEVNĚ NEMOCNÝM.....	32
5. KOMPLEXNÍ PSYCHIATRICKÁ PÉČE O DUŠEVNĚ NEMOCNÉHO.....	36
5.1. <i>Zotavení.....</i>	<i>36</i>
5.2. <i>Psychiatrická rehabilitace.....</i>	<i>37</i>
5.3. <i>Psychoterapie a psychoterapeutický přístup.....</i>	<i>37</i>
5.4. <i>Psychosociální intervence.....</i>	<i>38</i>
5.4.1. <i>Intervence zvyšující odolnost vůči stresu.....</i>	<i>38</i>
5.4.2. <i>Intervence odstraňující stresory.....</i>	<i>40</i>
5.4.3. <i>Intervence zachycující časně příznaky hrozícího relapsu.....</i>	<i>41</i>
5.4.4. <i>Specifické intervenční postupy na úrovni jednotlivých potřeb.....</i>	<i>41</i>
6. KOMUNITNÍ PÉČE PRO OSOBY S PSYCHICKÝMI OMEZENÍMI.....	44
6.1. <i>Cílová skupina.....</i>	<i>46</i>
6.2. <i>Vztahy v komunitní péči.....</i>	<i>46</i>

6.3.	<i>Formy komunitních služeb</i> .....	47
6.4.	<i>Komunitní péče v ČR</i> .....	49
7.	REFORMA PSYCHIATRICKÉ PÉČE.....	50
<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....		<b>52</b>
8.	CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	52
8.1.	<i>Cíle práce</i> .....	52
8.2.	<i>Výzkumné otázky</i> .....	52
9.	METODIKA VÝZKUMU .....	52
9.1.	<i>Metody získávání a vyhodnocování dat</i> .....	52
9.2.	<i>Výzkumný soubor a jeho výběr</i> .....	53
9.2.1.	Možné problémy a rizika během výzkumu .....	54
9.2.2.	Otázky rozhovoru.....	54
10.	INTERPRETACE ROZHovorŮ A JEDNOTLIVÝCH KATEGORIÍ .....	55
10.1.	<i>Simona</i> .....	55
10.1.1.	Anamnéza .....	55
10.1.2.	Interpretace rozhovoru.....	55
10.1.3.	Interpretace kategorií .....	57
10.2.	<i>Dagmar</i> .....	58
10.2.1.	Anamnéza .....	58
10.2.2.	Interpretace rozhovoru.....	59
10.2.3.	Interpretace kategorií .....	61
10.3.	<i>Petr</i> .....	63
10.3.1.	Anamnéza .....	63
10.3.2.	Interpretace rozhovoru.....	64
10.3.3.	Interpretace kategorií .....	66
10.4.	<i>Martin</i> .....	67
10.4.1.	Anamnéza .....	67
10.4.2.	Interpretace rozhovoru.....	68
10.4.3.	Interpretace kategorií .....	70
11.	KATEGORIZACE DAT .....	72
11.1.	<i>Tabulka interpretace kategorií</i> .....	72
11.2.	<i>Příběh</i> .....	73
12.	ZÁVĚR.....	78
<b>POUŽITÉ ZDROJE</b> .....		<b>81</b>
<b>PŘÍLOHY</b> .....		<b>84</b>

## Úvod

Zdraví je jedním ze základních lidských práv každého člověka a zásadním způsobem ovlivňuje kvalitu jeho života. Nedílnou součástí plnohodnotného života člověka je duševní zdraví, na jehož stav má rozhodující vliv prostředí, ve kterém člověk vyrůstá a žije, sociální procesy, kterými je v průběhu svého života formován, i samotný přístup k životu každého z nás. Duševní kondice pak v důsledku významným způsobem ovlivňuje všechny aspekty života.

Duševní zdraví a duševně nemocný člověk je téma obsáhlé a poměrně kontroverzní. Po celá staletí je předmětem názorově rozdílných a emotivně zabarvených diskuzí. Lidé trpící psychickou poruchou byli a často jsou vystavováni předsudkům svého okolí. Přestože žijeme v 21. století, situace se ani v současnosti z hlediska přístupu k duševně nemocným příliš nezměnila. Dodnes je společnost rozdělena na dva tábory zastávající zcela odlišné názory a postoje. Díky stále stoupajícímu počtu duševně nemocných, se jedná o problematiku velmi aktuální a současně velmi citlivou, neboť jsou dotýkána lidská práva a lidská důstojnost. Složitou otázkou je i rozsah a kvalita poskytované péče o duševně nemocné, jež se stává objektem celospolečenského zájmu.

V teoretické části bakalářské práce jsou vymezeny základní pojmy a charakteristiky psychotických poruch, důvody a příčiny jejich vzniku, klinické projevy, dělení a diagnostika duševních onemocnění. Práce se dále zabývá sociálním významem psychotických nemocí a stigmatizací nemocných i jejich pečovateli. Bohužel, stigmatizační postoje se nevyhýbají ani odborným pracovníkům poskytujícím psychiatrickou péči a pracovníkům z dalších odborných řad, jež se zaměřují na péči o duševně nemocné. Stigmatizace pramení zejména z nedostatku informací, které se na veřejnost dostávají prostřednictvím médií zpravidla jsou velmi neobjektivně interpretovány. V bakalářské práci je proto kapitola věnována postoji laické i odborné veřejnosti k duševně nemocným. Komplexní psychiatrická a psychosociální péče je shrnuta v další kapitole. Bohužel, jde pouze o teoretický nástin, jenž v praxi nefunguje. Do realizace všech oblastí komplexní péče o duševně nemocné by měla významně



zasáhnout v současné době velmi diskutovaná reforma psychiatrické péče, které je v práci rovněž věnována kapitola.

V praktické části jsou popsány výsledky získané prostřednictvím kvalitativního výzkumu. Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak člověk s psychotickou poruchou subjektivně vnímá sám sebe v souvislosti se svým onemocněním, jak hodnotí své sociální okolí a interpersonální vztahy. Na základě dalšího stanoveného cíle bylo zjišťováno, jak nemocný s psychotickou poruchou vnímá svou budoucnost a perspektivu svého života. Informace byly získávány prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů. Získaná audio data byla doslovnou transkripcí převedena do písemné podoby a zpracována metodou otevřeného kódování. Následně byla všechna data analyzována a interpretována maximálně komplexně a ve vzájemných souvislostech.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1. Duševní zdraví

### 1.1. Co je duševní zdraví

Zdraví je jedním ze základních lidských práv každého člověka a zásadním způsobem ovlivňuje kvalitu jeho života. Podle definice WHO z roku 1948 je zdraví „stav plné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost choroby či poruchy nebo tělesné vady“ (Marková, 2006, s. 17). Jde o holistické pojetí zdraví, které celostně zahrnuje biologické, psychologické a sociální aspekty života jedince. Zdraví tedy není stav, ale dynamický proces, při kterém každý člověk hledá svou cestu životem, podporuje své zdraví a přizpůsobuje se podmínkám vnějšího prostředí. (Marková 2006, s. 15) Epidemiologické studie ukazují, že každý člověk má možnost během života pečovat o své zdraví a ovlivnit jeho kvalitu. Podle těchto studií patří mezi významné determinanty ovlivňující zdraví především životní styl (50-60%), ve kterém má významnou úlohu strava, pohybová aktivita, odpočinek, kouření, alkohol, drogy, stres a následná psychická zátěž. Dalšími faktory jsou životní prostředí (10-20%), genetika (20%), podstatně méně ovlivňuje zdraví zdravotní péče (0-10%). Systém zdravotnické péče částečně přispívá k dosažení zdraví v rámci prevence, diagnostiky, léčby a rehabilitace. K získání, udržení a rozvoji zdraví má zásadní úlohu sám jednatel. (Petr, Marková, 2013, s. 18)

Duševní zdraví označuje dobrou psychickou kondici osobnosti, neznamena to jen nepřítomnost duševní poruchy. Duševně zdravý člověk je schopen přijímat a zpracovávat informace, dokáže řešit problémy a logicky myslet. Umí komunikovat s okolím, plánovat a své plány uskutečňovat. Aktivně se zúčastňuje dění kolem sebe, je emočně vyrovnaný, dobře se adaptuje na nové situace a adekvátně na ně reaguje. Duševně zdravý člověk dokáže navázat a udržet partnerské a mezilidské vztahy, je aktivní, ale zároveň se dokáže uvolnit. (Petr, Marková, 2013, s. 18) Duševní zdraví je nedílnou součástí plnohodnotného života člověka. Kvalita jeho života, prostředí, sociální procesy a samotný přístup k životu má rozhodující vliv na duševní zdraví.

Naopak duševní kondice významným způsobem ovlivňuje všechny aspekty života. (Reforma psychiatrické péče, 2013, str. 10)

Duševní poruchy představují specifickou skupinu nemocí, které se věnuje medicínský obor psychiatrie. Diagnostika duševních nemocí je v současnosti sjednocená na mezinárodní úrovni. Mezníkem pro diagnostiku se stala desátá revize mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10. Duševní poruchy se projevují od malé nepohody člověka až k těžkým psychickým poruchám myšlení, vnímání a jednání. Mohou se manifestovat rozmanitými příznaky, které se často projevují jen po přechodnou dobu. Duševní poruchou lze označit pouze takové stavy, které jsou popsány a vyjmenovány v mezinárodní klasifikaci nemocí. Za duševní poruchy nelze považovat odchylky v myšlení, prožívání a jednání, které jsou vyvolány náboženským vyznáním, filozofickými názory, nekonformním postojem či nesouhlasem se stávajícími společenskými normami. (Baudiš, 2006, s. 8) Podle WHO patří duševní poruchy mezi nejčastější příčiny pracovní neschopnosti. Vyskytují se zejména v produktivním věku, vedou k častým pracovním omezením, sociálnímu selhávání, hospitalizacím a následně k invaliditě. Duševní porucha jedince má významný negativní ekonomický a psychologický vliv, který je zátěží pro celou rodinu i společnost. (Malá, Pavlovský, 2002, s. 10).

## **1.2. Psychiatrie v číslech**

Celosvětově duševními poruchami trpí nejméně 410 milionů lidí, z toho nejčastějším onemocněním je úzkost a deprese (200 mil.), závislosti (70 mil.), schizofrenní poruchy (24 mil.), sebevražedné pokusy (15 mil.), sebevraždy (1 mil.), demence (50 mil.), mentální retardace (50 mil.). V České republice je zhruba 5,8 milionu osob bez psychické poruchy, celoživotní výskyt duševní poruchy postihuje 2,75 milionu osob a roční výskyt nějaké poruchy je více než u 1,5 milionu osob. Do toho počtu jsou zahrnuty i osoby s různými závislostmi včetně závislosti na tabáku. Předpokládá se, že u 1,5 milionu osob není psychická porucha rozpoznána. (Dušek, 2006, s. 10) Ze zdravotnické statistiky, kterou každoročně vydává Ústav zdravotnických informací a statistiky vyplývá, že v roce 2015 bylo vyšetřeno v ambulantních zařízeních

650 566 osob a bylo zaznamenáno celkem 60 106 hospitalizací v psychiatrických lůžkových zařízeních. V denních stacionářích bylo léčeno 3 714 pacientů s psychiatrickým onemocněním. Psychoterapeutické stacionáře a krizová centra poskytly péči 4 741 pacientům s psychiatrickým postižením. (Psychiatrická péče, 2016, s. 11-65)

## **2. Psychotické poruchy**

### **2.1. Základní charakteristika poruch**

Psychotická onemocnění patří k nejzávažnějším duševním poruchám, při kterých má jedinec narušenou schopnost orientovat se v realitě, srozumitelně jednat, plnit své životní role a má narušený vztah k sobě samému i k vnějšímu světu. (Petr, Marková, 2014, s. 210) Psychotické poruchy jsou charakterizovány poruchami vnímání, myšlení, emotivity a integrity člověka. Jedná se o multisystémové poškození mozku, kdy dochází ke změně ve struktuře a funkcích mozku, jež vedou k narušení informačního přenosu a změně neurotransmiterových systémů. V literatuře se uvádí, že celosvětově trpí psychotickou poruchou 1% populace bez ohledu na to, kde žijí, na rasu, pohlaví a sociokulturní vlivy. (Vágnerová, 2008, s. 334-336) V české populaci bylo v roce 2015 léčeno 48 541 pacientů se schizofrenním onemocněním v ambulantních zařízeních, z tohoto počtu bylo nově diagnostikováno 5 478 případů. Počet hospitalizací pacientů s nemocí schizofrenního okruhu byl 10 999 a průměrná doba hospitalizace přesahovala více než sto dnů. (Psychiatrická péče, 2016, s. 45-67)

### **2.2. Vznik onemocnění**

Onemocnění propuká obvykle v mladém věku, u žen nejčastěji mezi 20-30 rokem, u mužů mezi 15-25 rokem. Pro mladého člověka je to z hlediska vývojové dynamiky náročné období, kdy jsou na něj kladeny zvýšené nároky. Společnost i rodina očekává ukončení studia, budování profesní kariéry, odpoutání se od rodičů, osamostatnění, hledání partnera, zahájení sexuálního života a převzetí zodpovědnosti za svůj život. Jsou to složitá období, která jsou provázena celou řadou emocí a složitých rozhodnutí. (Petr, Marková, 2014, s. 210) Pokud se schizofrenní poruchy projeví již v dětství či

adolescenci, komplikuje ještě celou situaci nevyzrálou strukturu centrální nervové soustavy, neukončený vývoj percepční, motorický, emoční, kognitivní, intelektový, interpersonální a sociální. Tento vývoj je náhle duševní poruchou zastaven nebo zbrzděn, dochází k neschopnosti znovu fungovat a vede k těžké sociální maladaptaci. (Malá, Kocourková, Hort, Hrdlička, 2008, s. 148)

### **2.3. Příčiny onemocnění**

Přesné příčiny vzniku psychotických onemocnění nejsou zatím jednoznačně určeny. Existuje řada teorií neurobiologických, neurokognitivních, genetických a psychodynamických. V současnosti se prosazuje model multifaktoriální. Jde o komplex různých dědičných faktorů, změn vývojových, vlastních zkušeností a vyvolávajících podnětů. Tento model patří obecně do biopsychosociálního modelu nemoci, ve kterém dochází k vzájemné interakci genetických, biologických a faktorů prostředí. (Prosbová, Pěč, 2014, s. 43-44) Diagnostickými zobrazovacími metodami bylo zjištěno, že při rozvoji psychóz hrají roli zejména tři oblasti mozku: prefrontální kůra, limbický systém a bazální ganglia. Výzkum se snaží objasnit, jaké podmínky musejí být splněny, aby nemoc propukla. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 235)

#### **2.3.1. Dědičnost**

Výsledky výzkumů potvrzují, že ke vzniku psychotických poruch přispívají i genetické faktory, ale zatím není známo, o jaký typ dědičnosti jde. Může jít o různý počet genů, které se vzájemně ovlivňují. (Vágnerová, 2008, s. 146) Míra genetické příbuznosti může v určité míře ovlivnit riziko vzniku onemocnění. Podle epidemiologických studií je zjištěno, že u jednovaječných dvojčat, kde je 100% genetická příbuznost, onemocněla obě dvojčata ve 48 % případech. U jedinců s 50% mírou genetické příbuznosti onemocněly vlastní děti v 13% a sourozenci v 9%. Čím je míra genetické příbuznosti jedinců nižší, klesá i riziko vzniku onemocnění. Vnoučata onemocněla v 5%, tety, strýcové, sestřenice a bratrance v 2%. (Motlová, 2013, s. 43) Odchyly v genetické informaci se mohou projevit ve struktuře a funkci mozku. U nemocných byly zjištěny biochemické odchyly v dopaminovém, glutamátovém a

serotoninovém systému. Důsledkem dysfunkce je narušení informačního přenosu a psychických funkcí.

### **2.3.2. Vnější vlivy**

Vnější vlivy mohou zvýšit riziko vzniku psychotických onemocnění. Může jít o prenatální a perinatální zátěž v podobě podvýživy, preeklampsie, hypoxie mozku včetně virových infekcí, které následně ovlivňují vývoj mozku. V postnatálním období jde zejména o psychosociální vlivy spojené především s rodinou a prostředím, ve kterém jedinec žije. Lze předpokládat, že vznik nemoci ovlivňuje mnoho determinantů. Také záleží na osobnosti jedince a jeho citlivosti k různým podnětům zejména sociálního charakteru. Působením stresu dochází k dysbalanci neurotransmiterů, poškození neuronů a může dojít k vývoji onemocnění. Zvýšená vulnerabilita může způsobit poruchu zpracování a dekodování informací. I běžné situace mohou být pro disponovaného jedince velmi zatěžující a může dojít k patologickým reakcím nepřiměřených situaci. (Vágnerová, 2008, s. 336) Významným rizikovým faktorem je užívání drog v dětství a adolescenci. Odhaduje se, že užívání marihuany v dětství a adolescenci je zodpovědné za 8-14% případů psychotických poruch. (Motlová, 2013, s. 45)

## **2.4. Klinické projevy psychóz**

Psychotické poruchy se projevují celou řadou specifických i nespecifických symptomů. Jejich rozpoznání, popis a rozbor jsou pro rozpoznání diagnózy rozhodující. Jedná se symptomy pozitivní, negativní, kognitivní a afektivní. (Motlová, 2013, s. 17)

### **2.4.1. Pozitivní symptomy**

Pozitivní symptomy představují takové psychické příznaky, které se u zdravého člověka nevyskytují. Předpokládá se, že jsou projevem zvýšené činnosti různých aktivit mozku. Jedná se zejména o poruchy vnímání a myšlení, které mají emoční náboj a vliv na jednání a chování jednotlivce.

Poruchy vnímání se vyskytují často a mívají různý charakter. Jedná se o halucinace, které lze definovat jako klamné jevy, které vznikají na základě nereálného vnějšího podnětu, ale nemocný je zpravidla přesvědčen o jejich pravdivosti. Halucinovat lze všemi smysly. Nejčastější jsou sluchové halucinace (nemocný slyší hlasy), zrakové (nemocný vidí různé objekty či osoby), dále halucinace taktilní (nemocný cítí různé doteky, brnění), čichové a chuťové (nemocný cítí nepříjemné zápachy a chutě). Intrapsychické halucinace představují specifickou skupinu, kdy nemocný má pocit ozvučování, ovlivňování, vkládání či odnímání myšlenek. (Motlová, Španiel, 2013, s. 14-17)

Poruchy myšlení bývají komplexní, zahrnují narušení obsahu, formy i dynamiky myšlení. Porucha dynamiky se projevuje zpomaleným uvažováním, myšlenkovými zárazy či naopak myšlenkovým tryskem. Ve formální stránce myšlení dochází k nesouvislosti myšlení, kdy nemocný ztrácí logickou souvislost a vztah ke kontextu, tím dochází k roztržitěnému myšlení, kdy nemocný není schopen odlišit podstatné od nepodstatného a myšlenkami je zahlcen. (Vágnerová, 2008, s. 338) Dochází k dezorganizaci řeči a chování. Verbální projev odpovídá poruše myšlení. Projevuje se inkoherentní, nesmyslnou, nesouvislou či ochuzenou slovní produkcí. Dezorganizace chování se projevuje zanedbáváním péče o sebe sama, neschopností udržet jakýkoli denní režim, chování nemocného člověka se pro ostatní stává nepochopitelným a nepřijatelným. Poruchy obsahu myšlení se označují jako bludy. Nemocní mylně interpretují své vjemy a prožitky, jsou o nich nevyvratně přesvědčeni, a ačkoliv existují důkazy o jejich nepravdivosti, nelze je nemocnému vymluvit. Bludy mohou mít různá zaměření, jsou to osobní, mylná a nevyvratitelná přesvědčení, která výrazně ovlivňují chování a jednání nemocného. (Motlová, 2013, s. 14) Poruchy obsahu myšlení rozdělujeme do tří základních skupin: makromanické, mikromanické a paranoidní bludy. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010, s. 72-81)

Halucinace a bludy bývají často příčinou neobvyklého až bizarního jednání. V závislosti na obsahu halucinací nebo bludné produkce, nedokáže nemocný adekvátně zpracovat běžné informace a zhodnotit je. Má narušenou schopnost orientovat se v realitě, informace vnímá neobvykle, uvažuje odlišným způsobem a hledá souvislosti

tam, kde nejsou. Vzhledem k pocitu nejistoty a ohrožení potřebují najít takové vysvětlení, které zapadne do jeho celkové interpretace světa. V jeho chování se mohou vyskytnout impulsivní reakce projevující se neočekávaným činem vyplývajícím z nepochopitelné motivace. Okolí často takové projevy vnímá jako ohrožující faktor. Nemocný může v akutním stavu jednat nestandardně, nepředvídatelně, v krajních případech se může stát nebezpečným sobě či svému okolí. (Vágnerová, 2008, s. 339-341)

#### **2.4.2. Negativní symptomy**

Předpokládá se, že se negativní symptomy rozvíjí souběžně s pozitivními. Z pohledu pacienta i jeho blízkých se naplno projeví po odeznění akutní psychotické symptomatiky. Mezi tyto příznaky patří emoční oploštělost, alogie (ochuzená řeč), anhedonie (ztráta zájmu o sociální interakci, neschopnost prožívat radost), abulie (neschopnost iniciovat cílené chování), autismus (postupná ztráta kontaktu s realitou). Afektivní otupění se projevuje chudou mimikou, zpomaleným psychomotorickým tempem, afektivní netečností a emočním oploštěním. Nemocný má sníženou schopnost hovořit s ostatními, jeho řeč je chudá i po obsahové stránce, plynulost řeči je narušována zárazy a latencemi při odpovědích. Nemocný nemá motivaci, nápady, energii, vůli ani chuť být aktivní. Vyhýbá se ostatním, nedokáže se radovat nebo plakat, je apatický a bez zájmu k okolí. Pokud se přidá depresivní nálada, pacient prožívá pocit bezvýchodné situace, hrozí riziko sebevražedného chování. Má se za to, že negativní příznaky jsou projevem útlumu různých mozkových oblastí. (Bankovská-Motlová, Španiel, 2013, s. 19-20)

#### **2.4.3. Kognitivní poruchy**

Paměť, pozornost, schopnost řešit konstruktivně problémy, plánovat, pružně reagovat na změny a sociální kognice bývá narušena. U psychoticky nemocných jsou nejčastěji zjišťovány poruchy pozornosti, zpracování informací, pracovní paměti a exekutivních funkcí. V mezilidské komunikaci těmto nemocným chybí určité sociální dovednosti. Psychóza může vyvolat nejistotu, nedůvěru k ostatním a snížit sebevědomí.



Jejich projev je nejistý, obtížně vyjadřují své potřeby, často jsou uzavření a nedokážou o svých problémech hovořit. (Bankovská-Motlová, Španiel, s. 21)

#### **2.4.4. Afektivní poruchy**

Emoční prožívání lidí s psychotickou poruchou se mění v závislosti na fázi nemoci, ve které se jedinec nachází. V akutní fázi převažují zejména nepřiměřené emoce, úzkost, přecitlivělost na některé podněty, emoční labilita a afektivní ambivalence (protichůdnost citových prožitků). V pozdější fázi onemocnění dochází spíše k emočnímu oploštění a depresivní náladě. (Vágnerová, 2008, s. 341-342)

#### **2.5. Diagnostika psychotických poruch**

Při diagnostice psychotických onemocnění je nutné nejprve vyloučit jinou somatickou souvislost s psychotickým prožíváním. Jedná se zejména o neurologická onemocnění, nádory, záněty a degenerativní onemocnění mozku, neuroinfekce, dysbalance hormonů, intoxikace drogami, poruchy osobnosti, deliria tremens apod. Po vyloučení jiné nemoci, se v diagnostice pokračuje podle MKN-10. Nemoci schizofrenního okruhu jsou zařazeny pod kódem F20-29. Mezi tato onemocnění patří schizofrenie, schizotypní porucha, trvalé poruchy s bludy, akutní a přechodné psychotické poruchy, schizoafektivní poruchy.

**Schizofrenie** je charakteristická poruchami vnímání, myšlení a osobnosti. Dalším významným projevem je emoční nepřiměřenost a oploštělost. Jednání nemocných navazuje na poruchy vnímání a myšlení a je odlišné od zdravých lidí. Chorobné vjemy a představy ovlivňují aktivitu nemocných a mají dopad na chování. Obecná kritéria pro diagnostiku schizofrenie je ozvučování, vysílání, amputace či imputace myšlenek, dále bludné pocity ovlivňování, ovládání, sluchové halucinace nebo přetrvávající halucinace jakéhokoli jiného smyslu, neologismy, myšlenkové zárazy, katatonní projevy a negativní symptomy.

Nejčastější diagnostikovanou formou tohoto onemocnění je **paranoidní schizofrenie**. Je charakteristická paranoidně halucinatorním syndromem, kdy nemocný trpí halucinacemi a postupně si formuje bludy. Obvykle jde o bludy vztahovačné,

perzekuční a úkorné. Bludné vnímání je systematické a pevné. Afektivní doprovod je v různé intenzitě a formě, mohou se vyskytnout afektivní raptý, negativismus, úzkost a strach. Průběh je nejčastěji epizodický s rozvojem negativních příznaků v intervalech mezi relapsy. Po opakovaných atakách může postupně narůstat postižení psychických funkcí, které má dlouhodobý či trvalý charakter.

**Hebefrenní schizofrenie** je charakterizována přítomností obecných kritérií pro diagnostiku schizofrenie a zároveň trvalé oploštění emocí či trvalá nepřiměřenost afektů. Chování je bezcílné a neurovnané, pacienti jsou nápadní zvýrazněným pubertálním chováním. Projevují se klackovitě a bez zábran, nevhodně vtípkují a bezobsažně hloubají o problémech a záhadách života. Halucinace a bludy mohou mít mírnou podobu. V pozdější fázi dochází k celkovému úpadku osobnosti.

Další formou onemocnění je **simplexní schizofrenie**, která se vyznačuje pozvolným rozvojem obecných symptomů svědčících pro duševní poruchu. V popředí jsou především negativní příznaky schizofrenie. Častá je emoční oploštělost, otupělost, pasivita, abulie. Iniciální příznaky připomínají projevy poruchy osobnosti. Postižený se obtížně zapojuje do společnosti, zanedbává své povinnosti, je pasivní a stává se obtížným i pro své nejbližší okolí. Porucha končí nejčastěji s defektem zahrnujícím postižení všech psychických funkcí.

**Reziduální schizofrenie** se projevuje výrazně negativními schizofrenními příznaky, které trvají alespoň po dobu jednoho roku. V minulosti se vyskytla alespoň jedna ataka, která odpovídá diagnostickým kritériím schizofrenie. Postižení má dlouhodobý charakter, projevující se například trvalým bludem nebo oploštěním emotivity, abulií, ztrátou energie, neschopností v rozhodování, v koncentraci a sociálním stažení. Narušení bývá výrazné a zasahuje hluboko do struktury osobnosti, kterou zcela rozvrací. Dochází k postprocesuálnímu defektu s postižením všech složek psychiky.

Klinický obraz **katatonní schizofrenie** představuje poruchy vnímání a myšlení, ale hlavními projevy jsou poruchy psychomotoriky jako je katatonní stupor (snížení aktivity a reaktivity na stimuly), excitace (bezúčelná, nadměrná aktivita), nástavy (udržování nezvyklých až bizardních poloh), negativismus (zřetelný, nemotivovaný odpor k pokynům), rigidita (ztuhlé polohy při pokusu pohnout nemocným), povelové

automatismy či echomatismy. Psychomotorika postiženého se pohybuje mezi výrazným neklidem a stuporem. Onemocnění probíhá pod obrazem akutním či subakutním. Prognóza bývá ze všech forem nejpříznivější. V současné době je tato forma schizofrenie vzácná.

**Schizotypní porucha** byla vyčleněna pro stavy, které hraničí mezi schizofrenií a poruchou osobnosti. Průběh poruchy je kolísavý. Tato porucha je charakterizována nepřiměřenými a ochuzenými reakcemi, chování je zvláštní, podivné až výstřední. Dalším projevem je sociální staženost, nezáměr o druhé, podezřívavost, stereotypní myšlení, depersonalizační a derealistické zážitky. Mohou se vyskytnout občasné přechodné psychotické epizody s bludy či halucinacemi. Porucha může vyústit v schizofrenii.

**Trvalá porucha s bludy** je charakteristická postupně vyvíjejícím se bludem nebo bludy, kdy se nevyskytují halucinace, a bývá přítomna depresivní nálada. Stavba bludu je logická, a pokud se vyskytuje více bludů najednou, mají pevnou strukturu. Blud mnohdy navazuje na událost ze života jedince, takže zpočátku může onemocnění imponovat jako přiměřené a oprávněné stesky postiženého člověka. Počátek poruchy souvisí obvykle s konfliktovým zážitkem, se kterým se postižený nevyrovnal a došel k nesprávným závěrům. O bludu je nevyvratně přesvědčen, snaží se o pravdivosti přesvědčit i okolí, tím často dochází ke konfliktům. Nemocný se cítí pronásledován, poškozován a zneužíván okolím. Nejčastějšími typy bludů jsou bludy perzekuční, kverulační, žárlivecký a makromanický. Porucha s bludy často odolává léčbě. Účinkem terapie bludy ustupují do pozadí, ale úplně nevymizí. Důležité je naučit postižené s bludy přistupovat ke své chorobě tak, aby se v rámci bludného prožívání nedostávali do konfliktů s okolím.

**Akutní a přechodné psychotické poruchy** mají akutní začátek s přítomností halucinací, bludů a zmatenosti. Příčinou poruchy není zneužívání psychoaktivních látek, ani organické poškození mozku. Začátek bývá bouřlivý, příznaky nemají stabilní charakter, bludy se mění a nejsou systematizované. Porucha připomíná schizofrenii, ale obvykle se vyléčí rychle, bez následků a znovu se nemusí projevit.

**Schizoafektivní poruchy** se projevují příznaky schizofrenie a současně splňují kritéria pro afektivní poruchu (deprese nebo mánie) středního až těžkého stupně. Na rozdíl od schizofrenie se nemoc rozvíjí rychle, spíše ve středním věku a nejsou přítomny negativní příznaky. Vliv terapie je rychlý a obvykle nevznikají rezidua. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2011, s. 218-232)

## **2.6. Rozvoj a průběh nemoci**

K rozvoji psychózy u disponovaného jedince je pravděpodobně zapotřebí vyvolávající podnět. Tímto spouštěčem mohou být stresory jak tělesné, tak psychosociální. Vyvolat psychotické onemocnění může zátěž spojená se somatickou nemocí, ale také působení různých vlivů prostředí jako je nadměrný stres, ztráta partnera, ztráta zaměstnání, úmrtí blízkého člověka, změna prostředí, narození dítěte, neúspěch, frustrace či užívání drog. Jedinec tyto podněty nedokáže adekvátně zpracovat a působením stresu dochází k rozvoji nemoci. Jistou úlohu zde mají premorbidní vlastnosti člověka. (Vágnerová, 2008, s. 336)

Psychotická onemocnění jsou tzv. epizodická onemocnění, která mají tendenci se opakovat. Projevují se atakou psychotických příznaků. První ataku předcházejí nespecifické, prodromální příznaky jako je například podrážděnost, nervozita, nechutenství, náladovost, strach, nedostatek energie, ztráta zájmů, nespavost. Mohou se vyskytovat až pět let před prvním propuknutím nemoci. První ataka trvá asi půl roku. Projevuje se pozitivními a negativními příznaky. Nemoc vrcholí zhoršením kontaktu s realitou a nemocný je bez náhledu na svou nemoc. Pozitivní příznaky zpravidla léčbou ustupují a rozvíjejí se negativní a kognitivní příznaky. Negativní symptomy ovlivňují jedince zejména po prodělané atace onemocnění, proto se doporučuje zhruba půl roku setrvat v klidném, nestresujícím prostředí, nejlépe formou psychosociální rehabilitace. Remise je období, kdy je člověk bez problémů a zvládá každodenní život. Každá další ataka (relaps) nemoci zhoršuje celkovou prognózu nemoci. Ze statistik vyplývá, že do jednoho roku po propuštění dochází k relapsu v 50%, do pěti let u 80% pacientů. Opakované ataky dlouhodobě zhoršují celkový psychický stav, poškozují jedince i jeho rodinu. Nemocní selhávají zejména v sociální sféře, nejsou schopni plnit své životní

role, selhávají v zaměstnání, ve vztazích i v ekonomické oblasti. Cílem komplexní psychosociální rehabilitace je maximální prodloužení remise a předcházení relapsu již v prodromálních stádiích nemoci. (Petr, Marková, 2014, s. 210-212)

## **2.7. Léčba**

Cílem léčby schizofrenních onemocnění není již výlučně odstraňování příznaků nemoci, ale komplexní úzdava nemocného. Úzdava znamená nejen nepřítomnost příznaků nemoci, ale i schopnost obstat v životě a plnit své sociální role. Dosáhnout úzdavy lze kombinací farmakoterapie a psychosociálních intervencí. (Bankovská-Motlová, Španiel, 2013, s. 51) Základní farmakoterapii tvoří antipsychotika, která odstraňují příznaky a působí jako sekundární prevence relapsu, proto jsou velmi důležitá. Pokud nemocný neužívá pravidelně medikaci, což bývá častým jevem, je vhodné antipsychotika aplikovat v depotních (s postupným uvolňováním látky do těla) injekcích, které se aplikují 1-2 krát za měsíc a obvykle bývají dobře snášeny. Antipsychotika musí být někdy dočasně kombinovaná s antidepresivy, anxiolytiky (proti úzkosti), thymopropylaktiky (ke stabilizaci nálady) a případně jinými léky. (Malá, Kocourková, Hort, Hrdlička, 2000, s. 165-167) Po odeznění ataky a příznaků jsou pro další vývoj a kvalitu života velmi důležité různé typy psychosociální intervence. Psychoedukace nemocného a jeho rodiny je systematická, strukturovaná a didaktická informace o nemoci a léčbě. Jejím cílem je usnadnit adaptaci na nemoc a naučit ji zvládat nejen nemocného, ale i jeho blízké. Tyto znalosti a dovednosti napomáhají zajistit dlouhodobou spolupráci nemocného. (Bankovská-Motlová, Španiel, 2013, s. 73) Psychoterapie individuální, skupinová a rodinná poskytuje podporu nemocnému a jeho nejbližším naučit se z nemoci žít, porozumět sobě samým, zlepšit sociální schopnosti, komunikaci a zvládat stres. Při zhoršených schopnostech obstat v běžných životních situacích je důležitý nácvik sociálních dovedností, pracovní terapie a kognitivně-behaviorální terapie. Socioterapie se zaměřuje na dosažení přijatelné sociální adaptace a integrace zpět do společnosti. Jedná se zejména o aktivizaci nemocného, vhodné pracovní zařazení, zajištění bydlení a úpravu interpersonálních vztahů. Komplexní psychosociální rehabilitace, včetně komunitní péče, se významným způsobem podílí na

zotavení nemocného, snížení frekvence relapsů, zlepšení mezilidských vztahů, posílení motivace a osobní integrity, vytvoření životní perspektivy a znouzačlenění do sociálního systému společnosti. (Prosbová, Pěč, 2014, s. 46)

## **2.8. Prognóza**

Prognóza onemocnění je závislá na souhře biologických, psychických a sociálních činitelích. Jedním z těchto faktorů je závažnost a průběh onemocnění. Většinou rychlý a bouřlivý průběh mívá lepší prognózu než protražovaný vývoj nemoci. U žen se předpokládá lepší prognóza v souvislosti s pozdějším vznikem nemoci a lepší adaptivitou. Vývoj nemoci také záleží na osobnosti a vlastnostech člověka. Obvykle platí, že pokud byl člověk před propuknutím nemoci adaptovaný a bez nápadností, tím má větší šanci na vyléčení. Pravděpodobnost zlepšení psychického stavu ovlivňuje přijatelné sociální zázemí, kde je člověk akceptován a pozitivně stimulován. (Vágnerová 2008, s. 352-354) Asi 20% nemocných se schizofrenním onemocněním má velmi dobrou prognózu, v životě prodělá pouze jednu psychotickou epizodu bez jakýchkoli následků. U jedné třetiny pacientů se během života vyskytne několik epizod s minimálními následky. Asi u 10% nemocných se ataky nemoci opakují, ale dalšími relapsy se poškození příliš nemění. Další třetina prodělává opakované relapsy, které vedou k poškození psychických a sociálních funkcí. (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000, s. 146) Včasná a komplexní léčba (farmakoterapie, psychosociální léčba a rehabilitace) první ataky a prodlužování remise, jsou rozhodující pro výsledný stav a průběh nemoci. Pokud se zabrání rozvoji nemoci již v počátku onemocnění a následným relapsům, je prognóza dobrá. (Bankovská-Motlová, Španiel, 2013, s. 32-34)

## **3. Sociální význam onemocnění**

### **3.1. Problematika života člověka s psychotickým onemocněním**

Lidé se schizofrenním onemocněním představují heterogenní skupinu, jedná se jak o mladé osoby, tak o starší osoby s často dlouhodobými psychickými problémy. Jde o muže a ženy, kteří se částečně liší ve svých potřebách, přáních a problémech. Svou roli

hraje i sociální a ekonomická situace nemocných a rovněž životní fáze, kterou právě procházejí. Většinu lidí postižených duševní poruchou však spojuje společné, a sice různá omezení vyplývající z duševní poruchy, jež jim narušují běžný život a znesnadňují život ve společnosti. Také antipsychotika, která jsou základem pro léčbu psychotických onemocnění, mohou mít nežádoucí účinky, které mohou snižovat kvalitu života. Jde zejména o únavu, útlum, ztuhlost a zvýšenou chuť k jídlu, ve spojení s nezdravým životním stylem způsobuje obezitu a další somatická onemocnění. Dalším omezením jsou nepříznivé životní okolnosti a sociální bariéry, jako je například nízký příjem, dlouhodobé hospitalizace, ztráta zaměstnání, absence sociální podpory, selhávání při plnění sociálních rolí apod. Kombinací řady nepříznivých faktorů jsou výrazně ovlivněny sociální pozice a životní podmínky nemocných. Lidé s psychickým onemocněním mají většinou menší sociální síť, v souvislosti s tím se mohou méně spoléhat na sociální podporu. Kvalitu života hodnotí jako nižší, převládají negativní pocity a nevelké uspokojení ze života. Například výzkumy v Nizozemsku ukazují, že z této skupiny lidí jich 50-60% žije osamocně, stálého partnera nemá 67 až 79%, placené zaměstnání nemá 91 až 97% a dokonce 26 až 53% nemá ani strukturovaný denní režim. (Pěč, Prosbová, 2009, s. 15-16) Dalším problémem řady lidí s psychotickou poruchou je snížená sexuální aktivita a schopnost navazovat intimní partnerské vztahy. U některých nemocných byl již před propuknutím nemoci zjištěn chudý či žádný sexuální život nebo úplný celibát. Některé studie potvrzují nízký počet schizofreniků 26%-42%, kteří si zachovali sexuální aktivitu a partnerský vztah. Také léčba antipsychotiky, která sice zlepšuje sociabilitu, může mít vliv na poruchy sexuálních funkcí. (Žourková, 2016)

Poruchy schizofrenního okruhu nezasahují pouze do duševního zdraví. Délka života těchto nemocných je v rozvinutých zemích ve srovnání s obecnou populací zkrácena o 20-25 let. Na vyšší nemocnosti a úmrtnosti psychotických pacientů v souvislosti se somatickým onemocněním se vedle genetických předpokladů a antipsychotické terapie podílí jejich životní styl. Tělesné zdraví těchto pacientů je ovlivněno nedostatkem fyzické aktivity, špatnými stravovacími návyky, kouřením, užíváním alkoholu, drog a sníženým zájmem odborníků o jejich somatický stav. Přibližně 60% psychoticky

nemocných trpí obezitou, v běžné populaci je to asi 35%. Psychoticky nemocní jsou náchylnější k obezitě z důvodu přítomnosti řady negativních příznaků, pasivity, sociálního stažení, ztráty motivace, slabých ekonomických možností a užívání antipsychotik, které zvyšují chuť k jídlu. (Masopust, 2012) Mortalita schizofreniků je zvýšena především nepřírozenými příčinami, jako jsou nehody a sebevraždy. Tato rizika jsou o 4-9% vyšší než u běžné populace. U 60% nemocných se spolu s psychózou objevují i depresivní příznaky, které představují velké riziko suicidálního jednání. Epidemiologická data uvádí celoživotní prevalenci suicidálních myšlenek až u 50% psychotických nemocných a dokonanou sebevraždu jim spáchá 10-13%. Tito nemocní používají násilnější prostředky a jejich sebevražedné pokusy jsou letálnější. Například analýza z Finska ukázala, že za období jednoho roku z celkového množství sebevražd trpělo schizofrenním onemocněním 7% obětí. Polovina z nich spáchala sebevraždu do třech měsíců po propuštění z nemocnice a 51% obětí mělo s psychiatrickými službami kontakt v posledních čtyřech dnech. (Švestka, 2005, s. 3)

### **3.2. Subjektivní hodnocení nemoci a postoje pacienta**

Duševně nemocný prochází v procesu uzdravování několika stádii, které výrazně ovlivňují motivaci a ochotu při léčení. Při první atace si své psychické problémy neuvědomuje, nevědomě je popírá a bagatelizuje, ačkoliv ostatní tvrdí opak. Odmítá přijmout, že je psychicky nemocný a cítí se ohrožen. Po ústupu akutních symptomů sice připouští, že zdrojem jeho potíží mohou být duševní indispozice, je ochotný o nemoci hovořit, ale stále nedůvěřuje. K léčbě přistupuje kriticky a předpokládá, že bude po zaléčení zdrav a další jakákoliv forma léčby nebude nutná. Není ještě připraven na radikální léčbu. V této fázi často nemá náhled na svou nemoc, opakovaně vysazuje medikaci, protože akutní příznaky vymizely. Po přetrvávajících příznacích poruchy nemocní obvykle akceptují nutnost dlouhodobějšího léčení, ale k léčebnému programu mají ambivalentní postoj. Často manipulují s léky a pravidelně nedochází na terapie a kontroly. Stále mají pocit, že svou nemoc zvládnou sami, odmítají pomoc ostatních, uzavírají se do sebe. Pokud se nemocní po léčebných intervencích alespoň částečně vyrovnají se skutečností, že jsou duševně nemocní a změni svůj postoj, přejí si získat



zpět své sociální kompetence, ale zároveň si uvědomují rozdíl mezi tím, jací byli dříve a jaký jsou nyní. Toto období je charakteristické pocity selhání, smutku a beznaděje. Svou budoucnost vidí pesimisticky, mají sníženou sebedůvěru a bilancují. Pacienti cítí svá omezení způsobená podstatou duševní poruchy, nejsou dostatečně informováni o povaze nemoci, léčbě i prognóze. Často si připadají zpomalení, neschopní, nemají nápady, cítí se unavení, nesoustředění, mají sníženou frustrační a stresovou toleranci. Postupně ztrácí zájem o sebe i okolí a nedokážou samostatně řešit i běžné situace. Pokud přijmou svou nemoc a naučí se ji zvládat i s jejími důsledky, získávají sebedůvěru a dostávají svůj život pod kontrolu. Učí se znát svá omezení a silné stránky. Postupně obnovují své staré role a nové zkouší. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2005, s. 57-59)

### **3.2.1. Sebestigmatizace**

Psychotické onemocnění se stává pro jedince nedílnou součástí jeho života a ovlivňuje celý jeho život. Změny ovlivňují téměř všechny sféry života od mezilidských vztahů, sociálních potřeb, pracovního uplatnění až po prožívání a vnímání zdraví. Nemocní jsou obvykle přesvědčeni, že již nikdy nebudou žít jako dříve a pesimisticky pohlížejí do budoucnosti. Pro nemocné je těžké přijmout psychiatrickou diagnózu, protože sami nechtějí být označeni jako duševně nemocní, obávají se reakce nejbližších i společnosti. Akceptovat nemoc, znamená i přijmout skutečnost, že s touto poruchou bude žít dlouho, někdy i po celý život. Zpravidla se také obávají určitých omezení svobody, které plynou z kontrol u psychiatra, z užívání psychofarmak a dohlížení členů rodiny při léčbě. O tom zda se podaří smířit se s nepříjemnou diagnózou, často rozhoduje sebehodnocení nemocného, nakolik vnímá svou nemoc jako známku méněcennosti ve vztahu k ostatním. Situace, ve které se psychoticky nemocný ocitá, bývá velmi těžká a složitá. Proces osvojení stigmatu, které vyplývá z onálepkování duševní nemocí, se vyvíjí postupně. Zprvu se nemocný setkává se sníženým přijetím od okolí. Postupně si uvědomuje důvody, negativní postoje a stereotypy, které vedou ostatní lidi a veřejnost k tomu, že ho považují za méněcenného. V případě, že si tyto stereotypy uvědomí, může s nimi začít souhlasit. Jedinci, kteří aplikují předsudky o

psychiatrické nemoci na sebe, velmi trpí, mají sníženou sebeúctu, sebehodnocení a sebedůvěru. Samotná diagnóza, obavy z reakce okolí, předsudky veřejnosti, jsou pro jedince značně stresující., a proto potřebují podporu nejen nejbližšího okolí, odborníků, ale i celé společnosti jako systému. (Ocisková, Praško, 2015, s. 35-42) V procesu sebestigmatizace zpravidla postižený člověk ztrácí jistotu v sebe, ve své hodnoty, a postupně se zříká i svých přání a ambicí do budoucna. Míra sebestigmatizace může u jednotlivců kolísat v průběhu času. Následky zvnitřnění stigmatu se projevuje na různých úrovních. Dochází k oploštění emocí, klesá sebehodnocení a kvalita života. Současně vzrůstá anticipační úzkost již při očekávání, že druhá strana bude jednat negativisticky. Osobnostní rysy, které dříve tvořily jeho osobnost, ustupují do pozadí, a rysy stereotypně připisované stigmatizovaným lidem, začínají tvořit část sebepojetí. Sebestigmatizace je spojována s poklesem sebevědomí a sebedůvěry, zhoršeným sociálním a pracovním fungováním. Následně se obvykle zvyšuje závažnost příznaků nemoci a nespolupráce při léčbě. Jedinec mívá sklony k sociální izolaci a někdy jeho stav může vyústit v sociální fobii. Jedinci s vysokou sociální úzkostí prožívali větší pocit hanby spojené s jejich diagnózou a byli přesvědčeni, že je diagnóza dostává na okraj společnosti a mají nízkou sociální pozici. Někteří odborníci se domnívají, že u schizofrenních pacientů má na rozvoji sociální fobie výrazný podíl právě sebestigmatizace. (Ocisková, Praško, 2015, s. 55-64)

### **3.2.2. Sociální izolace**

Člověk, který je stigmatizován a setkává se s negativními postoji okolí, se uzavírá do sebe a izoluje od společnosti. Tato izolace vede k pocitům osamělosti, beznaděje, pesimismu, slabosti, méněcennosti a podporuje ztrátu radosti ze života. Nemocný pak nekomunikuje s okolím, má strach z mezilidské komunikace, předpokládá, že jej ostatní budou znevažovat či ponižovat. Následně nemá s kým sdílet své pocity, touhy, přání a potřeby, je osamocen. Dochází k redukci sociálních kontaktů a vztahů, to má také za následek nedostatek informací od druhých a chybí i vzory, se kterými by se jedinec mohl ztotožnit. Takový člověk je sociálně, emocionálně a kognitivně izolován, tím dochází k odcizení a odloučení směrem od společnosti. (Ocisková, Praško, 2015, s. 35-

42) Psychiatrická diagnóza často znamená negativní změnu v jejich sociálních interakcích. Ze studie provedené na Slovensku vyplývá, že po diagnostikování duševní poruchy účastníci výzkumu cítili, že se jim ostatní vyhýbají. Častěji se ale sociální izolace projevovala nedostatkem zájmu o informace týkajících se jejich nemoci, ignorací, výsměchem a pomluvami. Většina respondentů se shodla, že lidé, kteří postrádají vlastní zkušenost se schizofrenií, nemají pochopení pro prožívání, chování a potíže, se kterými se musí nemocný vyrovnávat. Dále bývají nemocní někdy vystaveni diskriminačním poznámkám, které prožívají jako velmi nepříjemné. Ve snaze zabránit stigmatizaci a diskriminaci, svoji diagnózu před ostatními skrývají, anebo se možným ohrožujícím sociálním kontaktům vyhýbají a uzavírají se do sebe. Sociální izolace a diskriminace se v tomto výzkumu neobjevila pouze v sociálních interakcích s příbuznými, přáteli a nejbližším okolím, ale i v kontaktu se zdravotnickým personálem, kdy téměř všichni respondenti uvedli alespoň jeden příklad, že s nimi bylo zacházeno odlišně než s jinými pacienty kvůli jejich diagnóze. (Poluchová, Heretik, 2009, s 2-11)

### **3.3. Vliv nemoci na členy rodiny**

Pokud v rodině onemocní jeden ze členů psychiatrickou poruchou typu psychózy, ostatní citelně pocítí její důsledky. Jakým způsobem se projeví, ovlivňuje mnoho faktorů. Záleží na rodinném vztahu s nemocným, zda se problém týká dítěte, manželky, manžela, rodiče nebo sourozence. Dalším faktorem je povaha poruchy, zda se jedná o krizi nebo chronické onemocnění a jakou má prognózu. A v neposlední řadě záleží na typu rodiny a reakci jednotlivých členů v krizových situacích. Jak rodina zareaguje na nemoc, závisí na zkušenostech a individuálních profilech jednotlivců. Každá rodina má svůj typický způsob, co dělat v případě krize, jak regulovat svou rodinnou strukturu a jaké úkoly každý člen rodiny plní. Psychiatrická porucha jednoho ze členů znamená reorganizaci rodinné struktury. Mnohdy se příbuzní cítí za tuto nemoc vinni. Rodiče si kladou otázku o dědičnosti poruchy nebo se obviňují ze špatné výchovy. Děti si často myslí, že nesou vinnu za podivné chování rodiče, v partnerovi nemoc vyvolává ochranné tendence a zároveň zlobu a kritiku. Rodiny znejistí a uzavírají se do sebe. Nemoc pro rodinné příslušníky představuje velký tlak a zátěž, zvláště pokud se nemoc

projeví jako chronická, mohou prožívat nejistotu a pocit ztráty. Obecně platí, že rodina je pro nemocného často hlavním a jediným zdrojem pomoci, proto je nutné všem rodinným příslušníkům poskytnout podporu, aby dokázali efektivně a konstruktivně zvládat obtížné situace. (Pěč, Probstová, 2009, s. 199-201)

### **3.3.1. Fáze vyrovnání rodiny s duševní poruchou schizofrenního okruhu**

V prodromální fázi se u nemocného objevují různé nespecifické příznaky, které se mohou vyskytnout i za jiných okolností. Jedná se například o podrážděnost, únavu, vztahovačnost, nesoustředěnost, nespavost. Nemocný se obává změněné situace, je nejistý, a proto se uzavírá do sebe. Odmítá kontakt s okolím, nerozumí si s ostatními a tím dochází v rodině k napjaté a nepříjemné atmosféře. Členové rodiny si uvědomují změnu v chování blízkého. Jeho projevy jsou podivné, nepředvídatelné, nepřiměřené situaci a často i obtížně ovlivnitelné. Tato situace vzbuzuje v rodině obavy a pocity ohrožení, ale často nikoho nenapadne, že by se mohlo jednat o duševní nemoc. V případě, že dojde k vyšetření nemocného a rodina dozví, že onemocněl psychotickou poruchou, se rodina dostává do svízelné situace. Tato informace působí jako na rodinu jako trauma, se kterým je nutné se vyrovnat. V první fázi dochází k popření skutečnosti nebo alespoň bagatelizaci problému. Příbuzní nemocného se snaží o nemoci nemluvit a skrývat ji před okolím, stydí se za ni, nemají dostatek informací a obávají se sociální stigmatizace. Další fáze jsou typické přijetím skutečnosti a jejím zpracováním. Chování a projevy nemocného donutí členy rodiny, aby si připustili, že člen jejich rodiny psychiatrickou poruchou skutečně trpí. Hledání příčiny nebo viníka nemoci bývá pro toto období typické. Běžnou reakcí bývá zklamání, zlost a vztek. Jde o emoční vyjádření ještě nezpracované zátěže. Po určitém zpracování problému následuje potřeba hledat pomoc a léčbu, která by vedla ke zlepšení situace v rodině. Často léčení nemocného neprobíhá podle jejich představ, není rychlé a efektivní, situace se zdá obtížně řešitelná a představuje pro členy rodiny vysokou psychickou zátěž. Po překonání všech zátěží může rodina získat náhled nad situací a přijetí nemocného. Tento realistický pohled je rozhodující při další spolupráci i podpoře psychicky nemocného. Vyústění této fáze je nové uspořádání vztahů v rodině a hledání přijatelného způsobu

života pro všechny. K přijetí nemoci a náhledu na situaci nemusí vždy dojít. Některé rodiny toto vysoké psychické zatížení neunesou, rozpadají se nebo vyloučí nemocného do ústavní péče. (Vágnerová, 2008, s. 354-361)

### **3.3.2. Nové uspořádání rodinných vztahů**

Krize, která souvisí s onemocněním člena rodiny, vždy naruší dosavadní rovnováhu rodinného systému. Klidné zázemí domova je narušeno projevy nemocného, které okolí vnímá jako ohrožující a zatěžující. Běžné situace nemocný hodnotí jinak než ostatní, mají pro něho jiný význam. Bez adekvátní léčby není soužití v rodině možné. Vztah k nemocnému je ovlivněn potížemi, které přímo plynou z podstaty nemoci a zároveň problémy, jež jsou důsledkem změněné životní situace. Vysoká psychická zátěž vyplývající z nemoci, vede k narušení dosud fungujících pravidel rodinného soužití. Změna rodinných vztahů je spojena s rizikem izolovat nemocného, nebo se naopak nemocný může stát středem pozornosti, bez ohledu na potřeby ostatních členů rodiny. (Vágnerová, 2008, s. 357-358) Pozitivní, negativní a kognitivní symptomy psychotických poruch kladou na pečující osoby vysoké nároky, které mohou způsobit jejich psychické a tělesné potíže. Příbuzní často pociťují bezmoc, jsou vyhořelí, frustrovaní a stigmatizovaní. Nemají dostatek informací o nemoci, léčbě a možnostech psychosociální podpory. Pomoc ze strany profesionálů je nutná nejen pro nemocného, příbuzné, ale i pro prognózu onemocnění. Reakce příbuzných na projevy nemocného ovlivňují průběh nemoci z dlouhodobého hlediska a zvyšují riziko relapsu. (Bankovská-Motlová, Španiel, 2013, s. 72)

Členové rodiny mnohdy ztrácejí schopnost mezi sebou efektivně komunikovat, a to vede k nepochopení, k pocitům úzkosti, frustrace, obav a hněvu. Projevy nemocného mohou způsobit u příbuzných prudké reakce a následné hádky, které ještě zvyšují napětí v rodině. Ukazuje se, že konečný postup rodiny při náročných situacích je ovlivňován vzájemným působením specifických znaků v rámci rodiny a mírou vyjadřování emocí ("expresed emocion"- EE). Míra vyjadřování emocí zahrnuje citovou angažovanost, kritičnost a nepřátelství. Členové rodiny s vysokou mírou vyjadřování emocí jsou velmi kritičtí, hostilní nebo silně emocionálně angažovaní. Projevují své extrémní

sebeobětování nebo mají ochranný postoj. Tyto afektované reakce představují stres pro nemocného i pro všechny členy rodiny a dlouhodobě narušují vzájemné vztahy. Rodiny s nízkým EE snižují napětí a jsou schopni efektivněji řešit problémy. Situace v rodině se následně stává lépe přehledná. (Pěč, Probstová, 2009, s. 203-204)

Pro kvalitu života psychoticky nemocného je zásadní rodinná situace a podpora nejbližšího okolí. Většina chronicky nemocných zůstává trvale žít ve svých původních rodinách, protože mají problémy v oblasti sociální interakce. Často nejsou schopni navázat nové vztahy a založit si novou, vlastní rodinu. Pokud zůstávají žít s rodiči v domácnosti, mohou se cítit částečně omezováni. U psychicky nemocného dochází ke změnám v chování a stává se, že mu přestávají rozumět i jeho nejbližší. (Ocisková, Praško, 2015, s. 40) V České republice byl v roce 2010 proveden výzkum stigmatizace a diskriminace osob s duševním onemocněním, v rámci mezinárodního projektu INDIGO. V této studii se 33% dotázaných domnívalo, že se k nim rodina chová nespravedlivě a téměř 25% respondentů uvádělo nedostatek soukromí. Studie dále ukázala vztah mezi rostoucím věkem duševně nemocných a postoji rodinných příslušníků vůči nim. V mladém věku 17-29 let měla rodina příznivější postoj z důvodu nemoci v 38%, v pozdním věku (nad 60 let) příznivější postoj ze strany rodiny pocíťovalo 69% dotázaných. Příčinou méně příznivého zacházení v mladém věku je zřejmě nepochopení nemoci, neinformovanost, puberta, nejasný začátek nemoci, užívání drog apod. Ve vyšším věku jsou již pak příbuzní na projevy nemoci a chování nemocného zvyklí. (Wenigová, Pěč, 2011)

### **3.4. Role nemocného v rodině**

Reakce rodiny je ovlivněna rolí, kterou nemocný v rodině zastával před propuknutím nemoci. V závislosti na nemoci se jeho role mění podle toho, jakou pozici v rodině měl. Pokud onemocní dospívající, jeho role se příliš nemění. V tomto období rodiče o něj do určité míry stále pečují a ochraňují. Často tito mladí lidé zůstávají závislí na svých rodičích, nedokážou se od nich odpoutat a osamostatnit se. V případě, že onemocní dospělý člověk, který zastává roli partnera nebo rodiče, je tato role spojena s mnoha nároky, odpovědností a povinnostmi. Protože je třeba o nemocného pečovat,

jeho pozice v rodině se výrazně mění, získává novou roli nemocného. V souvislosti s onemocněním je negativně ovlivněna schopnost plnit povinnosti a příslušné role. Jako rodič selhává při výchově a péči o děti, nedokáže řešit běžné situace, a často dochází k nedorozumění a konfliktům v partnerském vztahu. Dlouhodobá pracovní neschopnost či invalidita způsobuje rodině snížení příjmu financí a ekonomickou nejistotu do budoucna. V důsledku toho se výrazným způsobem naruší vztahy. Změny spjaté s nemocí nemění pouze postavení nemocného, ale i náplň rolí ostatních rodinných příslušníků. (Vágnerová, 2008, s. 366)

### **3.5. Přístup k sociálním rolím**

Onemocnění schizofrenního okruhu často představuje překážku, která ztěžuje přístup k dalším důležitým sociálním rolím. Největším problémem pro nemocné bývá na běžném trhu práce získat a udržet si zaměstnání a související profesionální role. Při získávání zaměstnání tito lidé často zamlčují svou diagnózu, protože se bojí automatickému odmítnutí a následnému prožívání hanby. Pokud sdělí zaměstnavateli diagnózu nebo důvod invalidního důchodu, setkávají se obvykle s odmítnutím. Tuto situaci prožívají bolestně a snižuje to jejich sebeúctu. Utajování diagnózy v pracovní sféře je o to významnější, že je to jediný způsob získání práce a vyhnutí se diskriminace v interpersonálních interakcích s nadřízenými a kolegy. Nejen samotná diagnóza, ale i přidružené problémy ztěžují jejich postavení na trhu práce. Jedná se o omezení související s psychofarmakologickou léčbou, především zákaz používání řidičského průkazu. Další omezení vyplývají ze samotného charakteru nemoci. Nevhodné jsou práce v nočních hodinách nebo brzké ranní směny, práce v nepřetržitém provozu, dvanácti hodinové směny apod. Problémem při získávání práce bývá vysvětlení mezer v životopisu v souvislosti s dlouhodobou hospitalizací. Někdy se nemocní setkávají i s malou podporou profesionálních ambicí ze strany rodiny. (Winkler, 2014; s. 54-58) Role partnera nebo přítele bývá také často komplikována stigmatem nemoci. Podle výzkumu INDIGO se 54% nemocných snaží diagnózu před ostatními skrývat a 20% uvedlo, že se jich ostatní straní. Celkem 32% respondentů nenavazuje blízký osobní vztah a 24% dotázaných uvedlo, že navazování vztahů považují za problematické. Také

rodičovská role u většiny nemocných bývá nenaplněna, protože jsou přesvědčení, že jim to jejich genetická zátěž nedovoluje. Dalším důvodem nenaplnění této role mohou být jejich partneři, kteří ze strachu před genetickým zatížením a vlivem psychofarmak společné rodičovství odmítají a často se jejich partnerský život rozpadá. (Ocisková, Praško, 2015, s. 40-41)

#### **4. Postoj společnosti k duševně nemocným**

Duševní poruchy doprovázejí společnost od počátku historie lidstva. Nejsou tedy novým jevem, který by byl typický pouze pro dnešní dobu. Postavení duševně nemocného ve společnosti záleží na době, ve které žije, na úrovni znalostí, vědomostí a kulturní vyspělosti. I přes velký vývoj psychiatrie a léčebných postupů duševních nemocí jsou stále tito lidé společností odmítáni, stigmatizováni a následně diskriminováni i v běžných situacích. Tyto postoje se opakují ve stereotypech, kterými společnost duševně nemocné hodnotí. Stereotypy jsou rigidní pasivně přijímané způsoby posuzování určitých skupin lidí, které vznikají na základě vleklých předsudků a tradic. Umožňují lidem rychlou kategorizaci a ovlivňují očekávání a chování i v situacích, kdy vlastní zkušenosti mají malé nebo žádné. Většina z nás se již od dětství setkává se slovními obraty, které podporují očekávání a stereotypy o lidech s duševní poruchou. (Ocisková, Praško, 2015, s. 22-23) Duševně nemocný člověk se ocitá v jiném postavení, než člověk s tělesnou nemocí. Často se ostatním jeví jako jedinec s vadami, neschopný, slabý nebo hloupý. Jeho chování považují za nepřiměřené, nepředvídatelné, nepochopitelné a nebezpečné. Stigma psychicky nemocného je provázeno silnou emocí posilovanou společností a kulturou. (Malá, Pavlovský, 2002, s. 9) Ve společnosti je často psychicky nemocný označen za "blázna", který je ve společnosti méně hodnotný a zaslouží odsouzení. Výrazy, které označují psychické potíže, jsou v běžném jazyce hanlivé, odsuzující a vulgární. Hanlivé nálepky jako například "psychouš" či "magor" zdůrazňují podřazenost, pohrdání a despekt v pohledu na psychicky nemocného. Tento názor je posilován historkami mezi lidmi, ustálenými obraty v řeči, informacemi z doslechu, literatury, mediálními zprávami, a někdy i vlastními zkušenostmi s nestandardním chováním někoho, kdo byl označen za "blázna". Stigmatizující koncepce



neodborné populace o duševně nemocných jsou různé. Lidé jsou často přesvědčení, že psychická porucha není pravá nemoc, že si ji nemocní vymýšlejí, zbytečně nařikají a vyhýbají se odpovědnosti. Následně požadují tvrdý přístup k psychicky nemocným, chtějí, aby nesli odpovědnost za své chování a odmítli roli nemocného. Laická populace také bývá přesvědčena, že duševně nemocný člověk je nebezpečný, slabý, nakažlivý a vinný za svou nemoc. Proto považují za nutné nemocné kontrolovat, umravnit, odmítnout a izolovat. I když v současnosti existuje velké množství dostupných informací, je úroveň vědomostí o duševních poruchách jen malá. K poruchám, které jsou nejvýrazněji vystaveny stigmatizaci, patří psychózy. (Ocisková, Praško, 2015, s. 23-43) Z výsledků výzkumu DEMa v roce 2004 vyplývá, že 57% české veřejnosti nemá dostatek informací o schizofrenii, člověka s touto nemocí nepotkalo 55% respondentů a 36% si myslí, že není možné s touto diagnózou normálně žít a pracovat. Podle 43% Čechů jsou lidé trpící schizofrenií nebezpeční a 21% je přesvědčeno, že takto postižení mají být umístěni do léčeben. (Janoušková, Winkler, 2015, s. 31-33)

Stigmatizace souvisí zejména s nedostatkem znalostí a zkreslenými představami o duševně nemocných. Dalším problémem jsou postoje, které zahrnují nejen myšlenky, ale i emoční reakce. Následně jednání se projeví jako diskriminace a vyloučení člověka ze společnosti. Důsledky stigmatizace se projeví v omezení životních šancí duševně nemocného, vyloučení z každodenních činností včetně zaměstnání, izolací, neochotou vyhledat pomoc, stigmatizací celé rodiny, zhoršením zdravotního stavu a zvýšením nákladů na léčbu. Stigmatizace duševně nemocných je celosvětový problém. Míra stigmatizace se však mezi jednotlivými státy liší především v souvislosti s kulturně - společenským vývoji. Výzkum provedený v roce 2013 přinesl důkazy, že v České republice je stigmatizace duševně nemocných alarmující. Výzkum se zaměřil na stigmatizující jednání vůči duševně nemocným v České republice a následné porovnání s obdobným šetřením v Anglii. Respondenti uvedli, že míra osobních vztahů a vlastních zkušeností s duševně nemocným je nízká, naproti tomu se míra zamýšleného stigmatizujícího jednání v obecné české populaci ukázala jako vysoká. Do budoucna by rozhodně nevadilo žít s psychicky nemocným pouze 3,3% dotázaných (v Anglii 31,5%). Pracovat s duševně nemocným by vadilo 36% dotázaných (v Anglii 8,4%), a jako

souseda, který trpí duševní poruchou, nechtělo téměř 31% (v Anglii 6,2%). Největší rozdíl mezi českou a anglickou populací byla otázka přátelství s duševně nemocným člověkem. Zatímco Angličané by rozhodně pokračovali v přátelských vztazích ve více než polovině, u Čechů je to jen osm procent. Z uvedených údajů vyplývá, že Angličané mají mnohem vyšší míru akceptace psychicky nemocných a vykazují několikanásobně nižší míru stigmatizace duševně nemocných než Češi. (Winkler, 2014)

Podle dostupných výzkumů není stigmatizace doménou pouze široké veřejnosti, ale také profesionálů, kteří jsou více či méně součástí systému péče o duševní zdraví. Význam přístupu profesionálů je zásadní ze dvou důvodů. Jako experti ovlivňují názor veřejnosti a každodenním kontaktem s nemocnými ovlivňují jejich zdravotní a sociální situaci. Svým postojem a jednáním mohou ovlivnit rozvoj sebestigmatizace i pohled veřejnosti na duševně nemocné. (Janoušková, Winkler, 2015) Obavy z pacientů se schizofrenním onemocněním mívají často všeobecní lékaři, protože v souvislosti s laickou nálepkou i nedostatečnými znalostmi z oboru psychiatrie předpokládají nepředvídatelnost chování a případně i nebezpečnost. Pro většinu pracovníků ze somatických oborů představuje duševně nemocný zátěž, jeho potíže bagatelizují, nechápou podstatu nemoci, neví si rady a raději nemocného posílají k psychiatrovi či hospitalizaci bez dostatečného somatického vyšetření. Psychiatři jsou trochu v jiném postavení. K pacientům se schizofrenním onemocněním většinou zaujímají paternalistický postoj, chtějí jim pomáhat, ale často nevěří v dlouhodobou remisi a předpokládají chronifikaci s rozvojem kognitivního deficitu. Tyto postoje mohou být obměňovány tím, kde lékař pracuje. Míra předpokládaného negativního vývoje onemocnění je nejvyšší u psychiatrů pracujících na lůžkových odděleních, kde pracují s chronicky nemocnými a nejnižší u ambulantních psychiatrů. Pesimistické hodnocení vývoje nemoci může způsobit u zdravotníků rezignaci, protože nevěří, že jejich pomoc může mít smysl. Tato rezignace následně podporuje chronifikaci, a přestože pacienti zůstávají přístupní učení a je možné jejich stav změnit, nedostatek krátkodobých úspěchů v léčbě způsobuje malý zájem psychiatrů, hledat další možnosti terapie z dlouhodobého hlediska. (Ocisková, Praško, 2015, s. 65-66) Mezi psychiatry, zdravotními sestrami, psychology a sociálními pracovníky se postoje k možnosti

zotavení z vážné duševní nemoci liší. Vznik těchto odlišností ovlivňuje konkrétní práce s klientem, osobní charakteristiky profesionála, nastavení systému péče a jeho jednotlivých složek. Ve zdravotnictví se klade důraz spíše na objektivní posouzení přítomnosti či nepřítomnosti psychopatologické symptomatologie, kterou lze posuzovat podle hodnotících škál a metod. Profesionálové v sociálních službách kladou důraz na subjektivní zkušenost klienta, proces vývoje osobnosti a sociální interakci. Sociální pracovníci a psychologové se více zaměřují na klienta. Jejich postoj k úzdavě je více optimističtější než u zdravotníků. (Hejzlar, Halíř, 2010) Další profesionálové, kteří jsou často v kontaktu s duševně nemocnými, a jejich role v systému je často opomíjena, jsou policisté. Často bývají mezi prvními, kteří přijdou do kontaktu s duševně nemocným a mají rozhodnou, zda má duševně nemocný vstoupit do systému zdravotní péče nebo systému trestní justice. Balancují tak na hranici udržení bezpečnosti ve společnosti a ochrany duševně nemocných jedinců. Přestože jsou tato rozhodnutí zásadní, vědomosti policistů o duševních onemocněních jsou na nízké úrovni a jejich postoje mohou být ještě méně příznivé než postoje veřejnosti. Často má policie sklon posuzovat duševně nemocné jako nedůvěryhodné oběti i svědky trestných činů. Tento negativní přístup vede k další diskriminaci a prohlubování stigmatizace duševně nemocných. (Janoušková, Winkler, 2015)

Rovněž média hrají významnou roli v procesu stigmatizace duševně nemocných. Velká část veřejnosti nepřichází pravidelně do kontaktu s psychicky nemocnými, proto hlavní zdroj poznání o duševních poruchách zprostředkovává televize, tisk, film, rozhlas a internet. Mediální obraz psychicky nemocných je obvykle negativní a má přímý vliv na negativní postoj společnosti na osoby s psychickou poruchou i na sociální politiku. Média se tématům o duševních poruchách věnují relativně často, ale popis bývá zkreslený a zdůrazňují především nápadné projevy, odlišnosti a bizardní rysy. Nemocní s poruchou schizofrenního okruhu, nejčastěji schizofrenici, bývají v médiích nejčastěji spojováni s agresí, nebezpečností, iracionalitou, násilím a zabitím. Média mají významný vliv na postoj veřejnosti k duševním poruchám a oboru psychiatrie. Přesto často zkreslují reálnou situaci a významně se podílí na stigmatizaci a diskriminaci duševně nemocných. (Ocisková, Praško, 2015, s. 33-35)

## **5. Komplexní psychiatrická péče o duševně nemocného**

V terapii psychotického onemocnění je nezbytný integrativní přístup. Psychóza je chápána jako komplexní problém. Rozvíjí se jako složitý víceúrovňový proces s různým vývojem a vyústěním. Nemoc ovlivňuje život jedince ve všech sférách od intrapsychické přes vztahovou až po sociální. Za komplexní péči můžeme považovat stav, kdy mají pacienti k dispozici veškeré léčebné postupy včetně psychofarmakologických, ale i prostředky psychologické a psychosociální.

### **5.1. Zotavení**

Cílem léčby psychotických onemocnění v 21. století již není pouze odstraňování symptomů, ale "úzdava" neboli "zotavení". Koncept zotavení zaměřuje svou pozornost na kvalitu života s duševní nemocí z úhlu pohledu pacienta. Úzdava znamená nejen absenci příznaků, ale i schopnost obstát ve svých životních rolích. (Motlová, Španiel, 2013, s. 51) Zotavování obsahuje jedinečné osobní procesy, ve kterých se duševně nemocný snaží dát svému životu nový obsah, adaptovat se na život s duševní poruchou a žít smysluplný život ve společnosti, v prostředí, které si vybral, s plným využitím osobnostního potenciálu a kontrolou nad svým životem. Pro proces zotavení je nepostradatelná perspektiva, naděje, podpora rodiny, přátel a společnosti. Zotavení lze dosáhnout kombinací psychiatrické léčby a psychosociální rehabilitace, která je neoddělitelnou součástí komplexní péče o pacienty s duševními poruchami. Užívá se jak pojmu psychiatrická rehabilitace, tak ekvivalentního výrazu psychosociální rehabilitace, přičemž "psychosociální" klade důraz na duševní sféru a sociální vztahy. (Petr, Marková, 2014, s. 127-132) Z praxe je známo, že pro značnou část pacientů je prvořadé právě sociální zotavení, které není nezbytně vázáno na úplné vymizení všech symptomů. Koncept zotavení navrhuje možnost společné vize profesionálů a pacientů, zaměřit se na dlouhodobé cíle v životě člověka s duševní poruchou. Dosažení shody mezi profesionály a pacienty je rozhodující jak pro vymezení měřítek účinnosti terapeutických metod, prostředků, úspěšnosti léčby a stanovení efektivit služeb, tak i

pro vytváření a plánování služeb, a následně jejich účinného propojování do funkčního celku. (Pěč, Probstová, 2009, s. 220-221)

## **5.2. Psychiatrická rehabilitace**

Psychiatrická rehabilitace vychází z principu, že i psychicky nemocný člověk musí být brán jako neoddělitelný od svého přirozeného prostředí, a proto jeho léčba musí být taková, aby mu umožnila plnohodnotný návrat do tohoto sociálního systému. Je zaměřena na podporu funkčního zotavování a sociálního zrovnoprávnění lidí s duševní poruchou. Mezi nejvýznamnější trendy psychiatrické rehabilitace patří intervence zaměřené na posílení klienta. Dále je to nácvik sociálních dovedností, mobilizace podpory z prostředí, dlouhodobost intervencí a propojenost s léčbou. Důležitou funkci má psychosociální rehabilitace při obhajování práv duševně nemocných a v boji proti stigmatizaci. (Pěč, Probstová, 2009, s. 20-24)

Na rozvoji poruchy podílí mnoho vnitřních i vnějších činitelů, které se navzájem ovlivňují, proto následné léčebné postupy musí efektivně ovlivňovat biologickou, psychologickou i sociální stránku onemocnění a vytvořit komplexní provázaný celek psychosociálních intervencí. Nejprospěšnější cestou pro dosažení komplexní kooperující péče je těsná spolupráce v multidisciplinárním týmu, kde jsou zastoupeni psychiatři, psychologové, psychiatrické sestry, terapeuti a sociální pracovníci. (Probstová, Pěč, 2014, s. 54) V minulosti byla psychiatrická rehabilitace spíše doménou psychiatrických nemocnic a léčeben. V současnosti se postupně začíná orientovat na život lidí s duševní poruchou v jejich přirozeném prostředí. Důležitou roli v efektivní a komplexní rehabilitaci má také psychoterapie a komunitní péče.

## **5.3. Psychoterapie a psychoterapeutický přístup**

Psychoterapií chápeme terapii uskutečňovanou výhradně psychologickými prostředky a uplatňuje se ve všech medicínských oborech. Při léčbě psychotických pacientů je psychoterapie důležitou součástí komplexní péče. Napomáhá nemocným zpracovat psychotické prožitky, snižuje úzkost, stres a obavy. Výrazně zlepšuje adaptaci na změnu životních podmínek, pomáhá vyrovnávat se s osamělostí, stigmatizací a

sebetigmatizací. Psychoterapie podporuje nemocného při zvládnání nemoci, k porozumění podstaty své nemoci, sobě samému a zlepšuje i jeho sociální dovednosti. Podobnou funkci má psychoterapie rovněž pro rodinné příslušníky a blízké osoby pacienta. Individuální psychoterapie je zaměřena na jednotlivce, využívá psychodynamických postupů, kognitivně-behaviorální terapie a expresivní terapie. Rodinná terapie představuje psychoterapeutickou pomoc všem členům rodiny a vnímá rodinu jako celek. Skupinová terapie vede k vytváření interpersonálních vztahů a podporuje začlenění jedince do společnosti. (Petr, Marková, 2014, s. 116 - 118)

#### **5.4. Psychosociální intervence**

Pacienti se schizofrenním onemocněním hůře čelí stresu. Jejich křehký neurokognitivní terén způsobuje sníženou toleranci stresu. Řada studií přinesla důkazy o tom, že tito lidé abnormálně zpracovávají informace, odlišně reagují na různé podněty a mají poruchy v pracovní paměti. Vzájemné působení neurokognitivní zranitelnosti a psychosociálních chronických stresorů způsobuje predispozici k propuknutí nemoci. Z těchto dispozic vycházejí farmakologické, psychologické a psychosociální intervence. Cílem těchto intervencí je odstranit či snížit chronický stres a zároveň posílit pacientovu schopnost stresu čelit. Důležité je těmito intervencemi pacientovi zajistit bezpečné, předvídatelné a stimulující prostředí.

##### **5.4.1. Intervence zvyšující odolnost vůči stresu**

Odolnost vůči stresu u psychoticky nemocných lze především antipsychotiky, která posilují nekognitivní terén před stresem. Základem je docílit, aby tyto léky nemocní užívali. Spolupráce pacientů v léčbě je často problematická. Zlepšit spolupráci při léčbě lze efektivně vedenou psychoedukací. **Individualizovaná psychoedukace** je systematická, strukturovaná, didaktická informace, která je plně přizpůsobená potřebám pacienta. Tato intervence má za cíl předat veškeré informace o schizofrenním onemocnění, lécích a léčebných postupech pacientovi i jeho blízkým. Samotné předání informací ale nestačí. Často je nutné často negativní postoj k léčbě změnit pomocí různých terapeutických technik. **Klinické koučování** je technika, kdy terapeut v roli

kouče nemocného provází jeho nemocí. Bezbariérový přístup, motivační rozhovory a edukace šitá na míru, může navést nemocného ke změně postoje, zmírnit ambivalenci a získat ho ke spolupráci. Nejvhodnější doba pro zahájení psychoedukace je po odeznění ataky nebo brzy po propuštění z nemocnice. (Motlová, Španiel, 2014, s. 65)

Schizofrenní onemocnění je spjato s vysokým výskytem somatických nemocí, obezitou a nezdravým životním stylem. Zejména problém s nadváhou a obezitou si pacienti dobře uvědomují, proto skupinové **edukační programy na zlepšení životního stylu** absolvují a jsou ochotni rady dodržovat. Tyto skupinové psychoedukace zvyšují sebevědomí a sebehodnocení klientů, prokazatelně zlepšují somatický stav a zmenšují sociální izolaci. Psychoedukace provádí vyškolené psychiatrické sestry nebo sociální pracovníci ve spolupráci s psychiatry a psychology. (Motlová, Španiel, 2014, s. 65-68)

Aby člověk obstál v mezilidských vztazích bez zbytečného stresu, potřebuje zvládat určité sociální dovednosti. Psychóza může nejistotu v interpersonálních vztazích vyvolat, ale může i narušit schopnost jim rozumět a zhoršit komunikační dovednosti. **Nácvikem sociálních dovedností** v chráněném prostředí se zlepšuje sebedůvěra i důvěra v ostatní. Sociální dovednosti se nacvičují zpravidla ve dvojicích, kde si nacvičí jak konverzovat, komunikovat, oslovit druhého, jak se zeptat či o něco požádat. Po ukončení programu se zvyšuje sebehodnocení a sebevědomí klientů. V reálném životě pak podobné situace dokážou řešit bez úzkostí a stresu, jsou připraveni. Tím se snižuje jejich sociální izolace a zlepšuje mezilidská komunikace. K dobré komunikaci jsou potřeba také fungující kognitivní funkce, jako je paměť, soustředěnost, schopnost reagovat, řešit problémy a plánovat. Psychózou mohou být tyto funkce oslabeny. **Trénink kognitivních funkcí** je strukturovaný program, který posiluje jednotlivé funkce. Nejčastěji se využívá počítačový program, ale i běžné společenské hry či tužka a papír. Postupuje se od lehkých k více obtížným úkolům, kde postupně nemocný své kognitivní funkce posiluje a zdokonaluje. Nácvik sociálních dovedností ve spojení s tréninkem kognitivních funkcí zvyšuje odolnost vůči stresu, usnadňuje nemocnému lépe komunikovat s ostatními, navazovat mezilidské vztahy a pomáhá k navrácení do běžného života.

#### 5.4.2. Intervence odstraňující stresory

Mezi tyto intervence řadíme drogovou prevenci, rodinnou psychoedukaci a destigmatizaci psychicky nemocných. I když jsou tyto intervence poměrně nesourodou skupinou, mají významný vliv na prognózu psychotických poruch.

Užívání drog a alkoholu u psychoticky nemocných je závažný problém. Psychoaktivní látky prokazatelně zvyšují riziko vzniku psychóz a téměř 50% nemocných má současně diagnózu škodlivého užívání nebo závislosti na psychoaktivních látkách. Z epidemiologických studií vyplývá, že užívání alkoholu a drog zhoršuje průběh nemoci, dochází k častějším relapsům a rezistenci k léčbě. Účinná **protidrogová prevence** má tedy své opodstatnění a je logickým řešením této problematiky. (Motlová Španiel, 2014, s. 69-72)

Rodina často bývá jedinou podporou pro nemocného. Nedostatek informací o nemoci, o službách a možnostech dlouhodobé psychiatrické rehabilitaci v rodině pacienta může vést k chronicky stresujícímu prostředí a zvýšenému riziku relapsu. **Psychoedukační programy pro příbuzné** jsou důležitým prvkem komplexní psychiatrické rehabilitace. V těchto programech dostanou příbuzní dostatečné informace o nemoci a léčbě. Naučí se pochopit nemoc a její souvislosti, dále se naučí dobře komunikovat a vyjadřovat své emoce. Praktické rady pomohou při řešení problémových situací a krizí. Tyto programy podporují příbuzné i pacienty k efektivnímu zvládnutí nemoci, jsou oblíbené a napomáhají ke stabilizaci situace v rodině. Jedná se o dlouhodobé skupinové edukační programy, kde se setkávají příbuzní pacientů, mají podobné problémy a mohou vzájemně sdílet své zkušenosti. (Pěč, Probstová, 2009, s. 204-206)

Psychiatricky nemocní lidé jsou společností stigmatizováni a diskriminováni. Stigmatizace je pro nemocné ohromnou zátěží a stres, který zhoršuje zotavení nemocného člověka. Proto jsou destigmatizační aktivity velmi důležité a mohou pacientům jejich těžký život usnadnit. Proces destigmatizace bývá úspěšnější, pokud je podporován vládními i nevládními organizacemi a je prováděn systematicky. **Destigmatizace** může spočívat ve vzdělávání společnosti o duševních poruchách, protože stigmatizující postoje obvykle pramení z neznalosti problematiky. Důležité je



podporovat osvětu o povaze duševních nemocí odborníky na tuto problematiku, a to nejen pro dospělou populaci, ale i pro děti a mládež. Dalším možným přístupem destigmatizace může být protest, kdy konfrontační přístup může zlepšit mediální obraz nemoci. Jako nejefektivnější přístup je sociální kontakt. Ten předpokládá, že zvýšený kontakt veřejnosti s duševně nemocnými, kteří jsou schopni o své nemoci a problémech mluvit, snižuje strach z duševních nemocí a zároveň zvyšuje soucit a empatii u zdravé populace. Cílem destigmatizace je změnit stereotyp duševně nemocného tak, aby nebyl diskriminován a sociálně izolován. Ve snižování stigmatizace mají důležitý podíl samotní pacienti a jejich rodiny. Destigmatizace je důležitý a velmi obtížný úkol pro společnost. Tak, jako se dosud média významně podílí na stigmatizaci, měla by se podílet na jejich destigmatizaci. (Ocisková, Praško, 2015, s. 255-259)

#### **5.4.3. Intervence zachycující časné příznaky hrozícího relapsu**

Relapsy u schizofrenních onemocnění bývají velmi časté a jejich zmnožení prohlubuje patofyziologické procesy v mozku. Základem léčby je tedy zabránění relapsům. Je nutné pacienty edukovat, jak lze znovuzplanutí nemoci předcházet. Zároveň pacienty i jejich příbuzné je nutné informovat, jak lze identifikovat časné varovné příznaky a osvojit si efektivní postup při následném léčebném postupu. Pro pacienta je vždy výhodné, pokud si společně s blízkými a profesionály, vypracuje svůj krizový plán, podle kterého se již v prodromální fázi nemoci může orientovat. Tyto krizové plány snižují u nemocných úzkost, stres a pomohou zaléčit ataku, ještě před plným propuknutím. Snižuje se tak počet i délka hospitalizací. Nemocný dokáže mít svou nemoc pod kontrolou. Tím si pacient sám zvyšuje sebevědomí i kvalitu života. (Motlová, Španiel, 2014, s. 77-83)

#### **5.4.4. Specifické intervenční postupy na úrovni jednotlivých potřeb**

Rozvojem psychiatrické rehabilitace docházelo ke specializaci postupů v tzv. životních doménách, kam patří **zaměstnání, bydlení, volný čas a vzdělávání**. I přes významný přínos těchto jednotlivých intervencí je nutné vždy zajistit komplexní, individuální postup u každého klienta. Realizace rehabilitačního plánu je týmovou

prací, která propojuje různé psychosociální intervence tak, aby co nejvíce posílily pacienta a rozvíjely jeho dovednosti a samostatnost.

Pracovní zařazení duševně nemocných je obvykle používáno jako měřítko sociální adaptace ve společnosti. Dlouhodobě duševně nemocných pracuje pouze 10% a to je méně, než tělesně handicapovaných. Lidé s psychiatrickým onemocněním musí překonávat mnoho vnějších i vnitřních překážek, které jim brání v pracovním zařazení. Jedná se zejména složitou situaci na trhu práce, zaměření na zisk a výkon, nedostatek nenáročných míst, omezený počet zkrácených pracovních úvazků a diskriminace. Vnitřní překážky pramení z podstaty nemoci a symptomů, dále z nedostatečné kvalifikace, sníženého sociálního fungování a nízkého sebehodnocení. Nejčastějšími problémy v pracovní kariéře mají tyto nemocní zejména při výběru zaměstnání, hledání zaměstnání a při udržení si práce. Pro klienty, kteří chtějí pracovat, ale sami nedokážou tyto problémy překonat, je důležitá účast v **pracovní rehabilitaci**, která poskytuje podporu nejen při výběru, hledání, získání a udržení práce, ale může i připravovat a rozvíjet pracovní kompetence klienta. Mezi druhy pracovní rehabilitace patří dobrovolná práce, chráněné dílny, přechodné a podporované zaměstnání. U **dobrovolné práce** si klient vybere druh práce a počet hodin, které odpracuje, bez finančního ohodnocení. Sám se klient testuje, zda by takovou práci chtěl dělat, a jestli ji zvládne. **Chráněné dílny** jsou často součástí pracovního programu, kde klient pracuje v chráněném prostředí, postupně si obnovuje a rozvíjí své pracovní dovednosti ve zkráceném pracovním úvazku a za mzdu. Připravuje se na budoucí uplatnění v běžném trhu práce. V **přechodném zaměstnávání** je klient zaměstnán na dobu určitou, většinou na půl roku. Tato pracovní místa nevyžadují žádnou kvalifikaci, nejčastěji jde o zkrácené úvazky s finančním ohodnocením. Asistenti přechodného zaměstnávání nejdříve pracují společně s klientem po dobu, než je klient schopný práci vykonávat sám, vytvořil si smysl pro povinnost a posílil svou sebedůvěru. **Podporované zaměstnávání** probíhá na běžném trhu práce, konzultant pomáhá s výběrem zaměstnání, a pokud klient práci získá, nadále zůstává v roli poradce. Různé podpůrné **edukativní programy při pracovní rehabilitaci** (Job club) jsou připraveny pro klienty, kteří hledají zaměstnání. V těchto programech se učí, kde hledat práci, učí se právům a

povinnostem uchazeče o zaměstnání a zaměstnance. Dostávají rady, jak obstát v situacích při hledání práce, naučí se sepsat životopis, inzerát, a jak komunikovat se zaměstnavateli. Tyto dovednosti jim pak usnadňují pozici uchazeče o zaměstnání. K lepšímu sebeuplatnění je důležité vzdělání. Protože začátek duševního onemocnění spadá do doby vzdělávání, často klienti nemají vzdělání dokončené. **Podporované vzdělávání** je specializovaný rehabilitační program, který poskytuje trvalou podporu a asistenci v této oblasti. Pomáhají posilovat vzdělávací kompetence, kam patří studijní dovednosti, rozdělení času na studium, sebeřízení a plánování. Dále dávají příležitost k výběru povolání, integrují do sociálního prostředí a podporují napojení na přirozenou podpůrnou síť. (Pěč, Probstová, 2009, s. 121 -122)

Pojmy "bydlení a domov" patří k nejzákladnějším lidským potřebám. Jedná se zejména o potřebu bezpečí, stability a soukromí. Duševní poruchy negativně ovlivňují schopnosti řešit problémy, které s sebou bydlení a život ve společenství přináší. **Psychiatrická rehabilitace v oblasti bydlení** má za cíl, umožnit pacientům nezávislé bydlení, zajistit adekvátní podporu k udržení sociálních dovedností, vytvořit stálý domov a prostředí, které bude podporovat jeho úzdravu. Existují různé typy služeb rehabilitace v oblasti bydlení. Jednou formou těchto služeb je **chráněné bydlení** s různou intenzitou péče (od 24hodinového dohledu až po občasný dohled personálem) poskytuje domov v bytech, bez časového omezení a podle potřeb klienta. **Byty na půl cesty** jsou pro klienty, kteří mají nedostatečně rozvinuté sociální dovednosti, opouští psychiatrické léčebny nebo se osamostatňují od původní rodiny. Podpora personálem se odvíjí od sociálních dovedností klienta a je poskytována půl roku až rok. Forma **komunitního** (skupinového) **bydlení** bývá alternativou dlouhodobé ústavní péče, kde mají klienti intenzivní podporu personálem a délka pobytu je neomezená. **Podporované bydlení** se poskytuje přímo ve vlastním bytě klienta. Tyto služby se zaměřují na udržování a vedení vlastní domácnosti, sebeobslužné činnosti, na hospodaření s penězi a trávení volného času. (Pěč, Probstová, 2009, s. 122-128)

Člověk využívá svůj volný čas k regeneraci sil, nacházení smyslu života, k seberealizaci a sebeuspokojení. Volnočasové aktivity a jejich výběr závisí na schopnostech a oblastech zájmů. Osobní nasazení v aktivitách pramení z vnitřní

angažovanosti a motivace. Volnočasové aktivity naplňují určité osobní cíle jako je zábava, radost, rozptýlení a relaxace. **Psychiatrická rehabilitace v oblasti volného času** je poskytována v centrech denních aktivit, ve kterých mají klienti možnost výběru aktivit, o které mají zájem a pomohou jim se rozvíjet. Program těchto center je zaměřen na konkrétní zájmy klientů a přizpůsobuje se co nejvíce jejich potřebám.

Z předchozího textu plyne, že psychiatrické rehabilitace lidí se schizofrenním onemocněním je složitá, dlouhodobá a komplexní. Jaké intervence jsou vhodné v určité chvíli, je někdy složitá otázka, která závisí na individuálních potřebách jedince, zdravotním stavu, schopnostech a dovednostech nemocného. V akutních fázích nemoci je nutné odstranit akutní psychotické příznaky pomocí farmakoterapie, navázat terapeutický vztah a vytvořit přehledný program. V této fázi je pacient obvykle hospitalizován. Ve stabilizační fázi neboli křehké remisi je třeba pracovat s pacientem i jeho rodinou na spolupráci při léčbě. V této fázi je pacient obvykle po propuštění zařazen do denního stacionáře nebo zůstává v ambulantní péči. Nutné je především minimalizovat nežádoucí účinky antipsychotik, začít s podpůrnou psychoterapií a zahájit psychoedukaci pacienta i jeho nejbližších. (Motlová, Španiel, 2014, s. 85) V remisi je cílem všech intervencí předejít relapsu a zajistit optimální výkon sociálních rolí. I v této fázi nemoci je důležitá udržovací farmakoterapie. Z psychosociálních intervencí v remisi je důležitý nácvik sociálních dovedností, kognitivních funkcí, pracovní rehabilitace, rehabilitace v oblasti bydlení, volnočasových aktivit a vzdělávání. Tato dlouhodobá rehabilitace probíhá zejména v komunitních službách ve spolupráci s ambulantní sférou a svépomocnými organizacemi.

## **6. Komunitní péče pro osoby s psychickými omezeními**

Pojem "komunitní" je odvozen od latinského výrazu "communitas" a znamená společenství, ale i smysl pro pospolitost, sounáležitost či vlídnost. Péče, která je označována jako komunitní, využívá terapeutické a rehabilitační možnosti přirozených společenství lidí. Komunitní péče je trendem posledních let a je protikladem k péči ústavní, ve které byli nemocní dlouhodobě izolováni od přirozeného prostředí. Komunitní péče v řadě vyspělých zemí preferována před tradičními službami a je

spojena s tzv. deinstitucionalizací, která se vyznačuje postupným omezením lůžek velkých psychiatrických nemocnic a nahradit je komunitními službami.

Komunitní péče je rozsáhlý soubor služeb, programů a zařízení, jejímž cílem je pomoci lidem s psychickými poruchami žít v podmínkách běžného života, subjektivně co nejuspokojivějším způsobem tak, aby byly co nejvíce upokojeny jejich zdravotní, sociální a psychologické potřeby. Kromě léčby do komunitní péče patří podpora sociálních rolí, sociálních kontaktů a podpora vztahů v rodině, s přáteli a dalšími lidmi. Důležitou roli má komunitní péče zejména v oblasti práce, zaměstnání, bydlení a volnočasových aktivit.

Základní myšlenkou komunitní péče je využití přirozených zdrojů podpory v komunitě, posílení funkční kapacity a zdravých stránek osobnosti ve smyslu biopsychosociálního modelu nemoci. Komunitní péče vychází z potřeby maximálního sociálního začlenění do společnosti a posílení jejich důstojnosti a občanských práv psychicky nemocných. Systémy podpory v komunitní péči se v průběhu let proměňovaly. Nejnovější model tzv. síť podpory ještě více zdůrazňuje vliv přirozené komunity na zotavení nemocného. V tomto modelu se péče zaměřuje především na osobu uživatele, svépomoc, neformální síť podpory, do které patří rodina, přátelé a další blízké osoby, ale také služby, které v komunitě slouží všem lidem, nejen nemocným (například církve, kluby, spolky, cestovní agentury a další). Tam, kde při podpoře duševně nemocného svépomoc a neformální služby nestačí, přichází formální systém služeb duševního zdraví a specializované služby. Služby komunitní psychiatrie jsou charakterizovány multidisciplinárními týmy, kde vzájemně spolupracují psychiatři, psychologové, psychiatrické sestry, psychoterapeuti, sociální pracovníci a ergoterapeuti. Smyslem této spolupráce je vytvořit plán péče, který vychází z potřeb klienta. Koordinaci plánu péče zajišťuje jeden z týmu, a každý z profesionálů bývá zodpovědný za svou část péče. Dalším znakem je poskytovat péči na určitém území a propojovat péči s dalšími službami a týmy. Poskytované služby by se měly co nejvíce přiblížit domovům klientů eventuelně jejich vlastním prostředí. Důležitá je mobilita služeb, která umožňuje se přizpůsobit aktuálnímu charakteru potíží a potřeb. Na tomto základě mohou pracovníci rehabilitovat klienty i v domácím prostředí, zasahovat do rozvoje

relapsu či jiné krize. Všichni pracovníci týmu dbají na dodržování práv a svobod u klientů. (Probstová, Pěč, 2014, s. 184-188)

## **6.1. Cílová skupina**

Mezi lidmi s psychickým omezením nacházíme velké rozdíly ve schopnostech naplňovat běžné hmotné, vztahové, sociální a duchovní potřeby. Na jedné straně je skupina pacientů, kteří vedou uspokojivý osobní život, pracují, i když s přestávkami, mají podporu v rodině a nejsou závislí na institucích. Na druhé straně je skupina pacientů, kteří jsou nemocí výrazně oslabeni a nejsou schopni si sami zajistit vhodnou zdravotní péči a akceptovatelnou kvalitu života. Systém komunitní péče má pak přinést těmto lidem s největšími potřebami největší prospěch. (Pěč, Probstová, 2009, s. 213) Cílem komunitní péče je dlouhodobá podpora klienta v přirozených podmínkách. Z toho je patrné, že indikací do komunitní péče jsou lidé s dlouhodobými psychickými poruchami, zejména ti, kteří mají sníženou funkční kapacitu a potřebují podporu. Největší pozornost je věnována lidem s poruchami schizofrenního okruhu a afektivním poruchám. Od konce minulého století se rovněž vytvářejí programy pro klienty s duální diagnózou, ta představuje kombinaci duševního onemocnění a závislosti na psychoaktivních látkách. Vymezení cílové skupiny je důležité také z finančního hlediska, protože jasným vymezením cílové skupiny, mohou být co nejefektivněji využity omezené finanční zdroje. (Probstová, Pěč, 2009, s. 189-190)

## **6.2. Vztahy v komunitní péči**

V psychiatrii se častokrát setkáváme s autoritativním přístupem, kdy se lékař k pacientovi chová nadřazeně a nemocný je v roli podřízeného, který nemá možnost ovlivňovat své léčebné postupy. Novodobá komunitní péče klade důraz na vztahy mezi pracovníkem a klientem. Základními principy je respekt, partnerství a flexibilita. Pracovník a klient jsou partnery při hledání příčin a vysvětlení, snaží se společně o změny a získávání dovedností. Pracovník vždy vnímá potřeby a hodnoty klienta jako výchozího bodu spolupráce a respektuje je. Důležitá je neustálá monitorace změn v životě nemocného a flexibilita možných intervencí a pomoci, která může být jiná

například v krizi, jiná v době, kdy jsou dovednosti klienta v dané oblasti dostatečné. Při komunikaci s duševně nemocnými se klade důraz na srozumitelnost a poskytování informací, které budují vzájemnou důvěru a zvyšují společnou zodpovědnost klienta a pracovníka. (Pěč, Probstová, 2009, s. 39)

### **6.3. Formy komunitních služeb**

**Denní stacionáře** se staly součástí mimonemocniční péče a jsou spojeny s deinstitucionalizací a rozvojem komunitních služeb. Funkcí denních stacionářů je alternativa pokračování hospitalizace či rozšíření ambulantní péče, kde se klade důraz především na psychoterapeutický přístup. Významným přínosem denních stacionářů je možnost dlouhodobé psychiatrické rehabilitace a resocializace. Základní složka péče v denních stacionářích je zpravidla psychoterapeutický program v kombinaci s další odbornou léčbou a rehabilitací podle povahy onemocnění. Léčba v denních stacionářích vyžaduje alespoň částečnou motivaci a aktivní přístup k rehabilitaci, proto není vhodná pro všechny nemocné. Forma psychoterapeutického programu může být denní trvajícím minimálně 6 hodin v jednom dni, kam dochází klienti každý všední den nebo ve formě frakcionované, kam klienti dochází jednou nebo vícekrát týdně na 3 nebo 4 hodiny denně. Denní stacionáře mohou být organizovány jako samostatná zařízení nebo jsou kombinovány s lůžkovým psychiatrickým zařízením. Léčba v denním stacionáři vykazuje lepší výsledky než ústavní péče. Jde zejména o rychlejší zlepšení psychického stavu, pacienti jsou méně často hospitalizováni a včetně rodinných příslušníků jsou s léčbou spokojenější. (Probstová, Pěč, 2014, s. 191-193) V České republice v současnosti existuje 22 denních stacionářů, polovina z nich je součástí lůžkových zařízení. Druhá polovina je spojena s ambulantní sférou a navazuje na jednotlivé služby psychiatrické rehabilitace. Řada denních stacionářů se stala přirozenými centry komunitních služeb. (Petr, Marková, 2014, s. 129)

**Krizová centra** poskytují specifické služby formou krizové intervence. Zaměřuje se na neodkladné psychické krize (sebevražedná problematika, akutní reakce na stres, akutní psychotické stavy, dekompenzace poruch osobnosti, vztahové a vývojové krize apod.) Tato centra poskytují neodkladnou, bezbariérovou a nestigmatizující péči.

Součástí krizové intervence je psychiatrické vyšetření, krátkodobá individuální, rodinná a skupinová terapie, farmakoterapie a podle možností krizového centra i krátkodobý pobyt na lůžku nebo zprostředkování hospitalizace. Součástí krizového centra bývá mobilní krizový tým, který je složen z psychiatra, psychologa, psychiatrické sestry a sociálního pracovníka. Tento tým poskytuje krizovou intervenci, neodkladná psychologická a psychiatrická vyšetření a psychoterapii přímo v místě vzniku krizové situace. Velkou výhodou těchto týmů je rychlá intervence, která je pro klienta dostupná a zasahuje přímo v místě vzniku krize. Důležitá je zde také možnost rodinných příslušníků, zapojit se do následné krizové péče. Je prokázáno, že krizová intervence zlepšuje spolupráci pacientů v léčbě, snižuje zátěž rodinných příslušníků a zvyšuje jejich spokojenost. Mobilní krizové týmy redukuje počty psychiatrických hospitalizací, výsledky jsou srovnatelné nebo i lepší v porovnání s tradiční péčí, ale ekonomické náklady jsou nižší. (Probstová, Pěč, 2014, s. 190-191) V České republice jsou pouze tři krizová centra, dvě v Praze a jedno v Brně, která doposud nejsou systémově financována. Mobilní krizový tým je pouze jeden a pracuje s časovým omezením. (Petr, Marková, 2014, s. 129-130)

Koordinaci poskytování služeb v psychiatrickém systému péče má **případové vedení** (case management). Případový vedoucí poskytuje klientovi přímou podporu v jeho přirozeném prostředí a zároveň koordinuje péči několika poskytovatelů služeb podle individuálních potřeb. Důležitou zásadou v počáteční fázi spolupráce s klientem získat přehled o jeho potřebách a schopnostech. Při následném vypracování a uskutečňování plánu podpory je nutné využívat zdroje klienta a jeho sociálního prostředí. Monitorace a vyhodnocení dosažených výsledků probíhá společně se všemi, kteří se na podpoře klienta podílejí. Případové vedení se zaměřuje na zdravé stránky klienta a veškeré intervence by měli být v souladu s jeho rozhodnutím. Významnou součástí tohoto přístupu je terapeutický vztah s klientem, jeho rozvoj, kultivace a zvládnání ze strany pomáhajícího pracovníka. Roli případového pracovníka vykonávají nejčastěji sociální pracovníci a specializované psychiatrické sestry. V České republice jsou služby case managementu poskytované i financované dvanácti neziskovými



organizacemi, které spadají do rezortu sociálních služeb. (Probstová, Pěč, 2014, s. 193-200)

**Asertivní komunitní služba** je typem případového vedení, jenž je indikován pro klienty, kteří nespolupracují s tradičními službami. Cílovou skupinou jsou klienti, kteří vlivem svého onemocnění vypadávají ze služeb, nespolupracují s ambulantními psychiatry, neužívají medikaci ani jiné služby. U těchto klientů dochází často k relapsů a rehospitalizacím, které často vedou k problémům i v sociální oblasti. Jde zejména o špatné finanční podmínky, dluhy, exekuce, nevyhovující bydlení, problémy v bydlišti, eventuelně bezdomovectví. Asertivní tým dostává podnět k zahájení péče od ambulantního zařízení, obce, policie nebo lůžkového zařízení, kde lékaři předpokládají nespolupráci pacienta po propuštění. Asertivní tým opakovaně kontaktuje klienta v místě bydliště a snaží se ho získat ke spolupráci. Nutností je získat si jeho důvěru pomocí v oblasti, kterou sám klient, i když nemá úplný náhled na své onemocnění, považuje za potřebnou. Jedná se zejména o zajištění sociálních dávek, invalidního důchodu a pomoci při problémech s bydlením. Tým se snaží navázat kontakt s rodinou, zjistit potřeby a vytvořit plán se zapojením všech profesionálů v týmu. Nejčastěji jde o zabezpečení komplexní a navazující péče, řešení problémů v sociální oblasti, trénink všedních činností, začlenění do psychoterapie či do zaměstnání. Do této podpory jsou také zapojeny další týmy psychiatrické rehabilitace, které jsou v místě propuštění pacienta. Setrvání pacienta v týmu se odhaduje na pět let. Bylo zjištěno, že asertivní komunitní péče snižuje délku i počet hospitalizací, a pomáhá stabilizovat situaci zejména v oblasti bydlení. (Probstová, Pěč, 2014, s. 191-196)

#### **6.4. Komunitní péče v ČR**

Přestože v naší republice došlo k určitému vývoji v oblasti komunitních služeb, doposud neexistuje systém jejich organizace a koordinace. Netvoří logicky propojený komplex služeb s ambulantní, lůžkovou a sociální sférou. Stále u nás nedochází k deinstitucionalizaci jako v jiných zemích a péče o duševně nemocné se soustředí do velkých lůžkových zařízení. Poskytované služby jsou začleněny do různých rezortů, ojedinělé sítě komunitních služeb jsou dány spíše iniciativou nadšených jednotlivců.

Tyto služby jsou zařazené mezi sociální služby, a jsou málo propojované s rezortem zdravotnictví. (Petr, Marková, 2014, s. 139) Zřizovatelé těchto služeb jsou většinou nestátní neziskové organizace, které mají finanční potíže při zajišťování své činnosti, nerozvíjí se, nevytváří mezi sebou funkční síť a nespolupracují s lůžkovým sektorem. Také mobilní služby jsou ojedinělé, klienti musí za službami dojíždět a velká řada těch „nejpotřebnějších“ ztrácí kontakt s vhodnou péčí. (Petr, Marková, 2014, s. 209) Psychiatrická rehabilitace, která má povahu přechodu mezi zdravotním a sociálním resortem, jsou zařazeny do sociálních služeb. Odlišný způsob řízení a legislativy obou ministerstev ještě více prohlubuje propast mezi sociální a zdravotnickou částí komunitních služeb. (Probstová, Pěč, 2014, s. 201)

## **7. Reforma psychiatrické péče**

V české republice je stav v péči o duševní zdraví v některých aspektech horší než u obyvatel západní a severní Evropy. Ministerstvo zdravotnictví v roce 2013 schválilo Reformu systému psychiatrické péče, která je součástí Národního programu reformy 2013. Koncepce této reformy se snaží psychiatrii učinit komfortnější pro pacienty i poskytovatele služeb. Základním cílem je zlepšit kvalitu života duševně nemocných. Reforma klade důraz na zvýšení kvality psychiatrické péče, destigmatizaci duševně nemocných i oboru psychiatrie a humanizovat psychiatrickou péči. Základními pilíři této reformy je ambulantní péče, Centra duševního zdraví, psychiatrická oddělení nemocnic a psychiatrické nemocnice (léčebny). V reformě se počítá s modernizací lůžkových zařízení, zlepšením péče o pacienty, zkrácením hospitalizace a snížením počtu dlouhodobých lůžek po vybudování komunitních center. V ambulantní (primární) sféře reforma počítá s dobudováním sítě psychiatrických a psychologických ambulancí a jejich rozšířením o nelékařské pracovníky. Dostatek ambulantních psychiatrů, psychologů a psychiatrických sester by měl zvýšit kvalitu omezením kvantity péče. Vybudovaná nízkoprahová Centra duševního zdraví (1 CDZ na 100000 obyvatel, dostupnost 30 minut a nepřetržitý provoz) mají poskytovat zdravotně sociální služby a mohou být zřizována samostatně nebo jako součást nemocnic, ambulancí či léčeben. Zde by měl být prostor pro individuální péči o klienta s možností psychosociální

rehabilitace v přirozeném prostředí. Zlepšení podmínek pro zaměstnanost, vzdělávání a bydlení by následně zvýšilo úspěšnost začleňování psychicky nemocných do společnosti. Ministerstvo považuje za důležité zlepšit provázanost zdravotních, sociální a dalších služeb tak, aby se vytvořil transparentní a funkční systém péče o duševně nemocné.

Ministerstvo zdravotnictví v rámci reformy spolupracuje se všemi, kteří se podílí na péči o duševně nemocné. Kromě zástupců odborné společnosti spolupracuje s uživateli služeb, Ministerstvem práce a sociálních věcí, nestátními neziskovými organizacemi a zdravotními pojišťovnami. Základní náklady reformy budou částečně kryty z evropských fondů a jejich použití se jeví jako vhodný spouštěcí mechanismus potřebných změn. Strategie reformy psychiatrické péče by se měla stát vládním dokumentem, protože jen tak lze zodpovědně naplnit deklarované cíle a závazky, které má společnost k duševně nemocným. (Reforma psychiatrie, 2014)

## **PRAKTICKÁ ČÁST**

### **8. Cíle práce a výzkumné otázky**

#### **8.1. Cíle práce**

Cílem mé práce je zjistit, jak nemocný s psychotickým onemocněním subjektivně vnímá sám sebe, mezilidské vztahy ve svém okolí, svou pozici ve společnosti, a jak pohlíží do budoucnosti.

#### **8.2. Výzkumné otázky**

Jak člověk s psychotickým onemocněním vnímá sám sebe?

Jak člověk s psychotickým onemocněním vnímá své sociální okolí?

Jak člověk s psychotickým onemocněním vnímá svou budoucnost?

### **9. Metodika výzkumu**

#### **9.1. Metody získávání a vyhodnocování dat**

Pro vypracování praktické část jsem zvolila metodu kvalitativního výzkumu. Výhody kvalitativního výzkumu se spatřují v možnosti získávat podrobný popis a vhled při zkoumání jedince. Umožňuje studovat procesy a navrhopvat teorie. Jedinec je zkoumán v přirozeném prostředí a je možné rychle a dobře reagovat na místní situaci a podmínky. Nevýhodou tohoto výzkumu může být, že informace, které tazatel získá, nemusí být zobecnitelná v rámci populace či jiného prostředí. Sběr dat a analýzy jsou časově náročné a je možné snadno ovlivnit respondenta osobou výzkumníka a jeho preferencemi. (Hendl, 2005)

Jako design kvalitativního výzkumu jsem zvolila případovou studii. V případové studii jde o detailní studium jednoho nebo více případů. Je to jeden z možných způsobů, jak porozumět složitým sociálním jevům. Případ, jako předmět výzkumu případové studie je integrovaný systém, kdy objekt zkoumání je analyzován ve své komplexnosti. Každý aspekt je součástí celého systému, nikoliv jako izolovaná část. Badatel usiluje o

komplexní porozumění případu v přirozeném prostředí, kdy je cílem interpretovat interakce mezi případem a okolím. Výzkumník může využívat veškeré informační zdroje a dostupné metody sběru dat. (Švaříček, Šed'ová, 2014, s. 96-112)

Jako metodu sběru dat jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor, kterým jde detailně a komplexně získat informace o studovaném jevu. Důležité je vytvořit si okruhy otázek či vytvořit určité schéma, které je pak pro tazatele závazné. Tazatel si vytvoří okruhy otázek, na které se během rozhovoru bude ptát a pořadí může měnit. (Švaříček, Šed'ová, 2014, s. 159-160)

Doslovnou transkripcí jsem převedla data z audionahrávek do textové podoby (Příloha č. 1) a použila metodu otevřeného kódování. Jedná se o operaci, kdy jsem analyzovaný text (přepsaný rozhovor) rozdělila na analytické jednotky. Poté jsem každé vzniklé jednotce přidělila kód s označením, který vystihoval určité téma a vztahoval se k výzkumnému cíli. Takto jsem zakódovala celý dokument. (Příloha č. 2) Jednotlivé kódy jsem uspořádala a vytvořila kategorie, které jsem jednotlivě interpretovala. Následně jsem identifikovala vztahy mezi kategoriemi, které jsem podrobně vysvětlila. Nakonec jsem pomocí techniky "vyložení karet" analyzovala a uspořádala text do příběhu, který je převyprávěním obsahu jednotlivých kategorií, které spolu souvisejí. (Švaříček, Šed'ová, 2014, s. 226)

## **9.2. Výzkumný soubor a jeho výběr**

Výzkumný vzorek mého kvalitativního výzkumu je záměrný, protože jej účelově vytvářím s ohledem na problém. Do mého výzkumu jsem vybrala 4 respondenty, kteří splňují tato kritéria:

- věk – nad 18 let
- byla jim diagnostikována některá z poruch schizofrenního okruhu
- v minulosti alespoň dvakrát hospitalizováni na lůžkovém oddělení psychiatrie z důvodu základního onemocnění
- v době výzkumu v remisi alespoň jeden rok

Vzorek respondentů je vytvořen z pacientů, kteří byli v minulosti hospitalizováni na Psychiatrickém oddělení v Českých Budějovicích, kde pracuji a znám je osobně.

Informanti byli osloveni během února a března 2016, rozhovory byly uskutečněny v dubnu 2016. Termín rozhovoru byl vždy nejdříve domluven telefonicky. Místo a čas si určovali respondenti sami. Rozhovory probíhaly v soukromí. Vždy jsem se na začátku představila a informovala o tom, z jakého důvodu jsem je požádala o rozhovor. Informovala jsem je, že je výzkum prováděn v souladu se zákonem o ochraně osobních údajů, účast na něm je dobrovolná a rozhovor mohou kdykoliv ukončit. Dále jsem je informovala o možnosti přístupu k výsledkům výzkumu. Vyžádala jsem si ústní souhlas s účastí na výzkumu, byl nahrán na diktafon, na který jsem následně nahrála i celý rozhovor. Každý rozhovor byl přepsán do počítače.

### **9.2.1. Možné problémy a rizika během výzkumu**

- Neposkytnutí souhlasu informantů
- Nesrozumitelnost výzkumné otázky
- Nastavených cílů nelze dosáhnout
- Nesrozumitelnost otázek v rozhovoru
- Informant neporozumí otázce v rozhovoru
- Informant odmítne odpovídat na některé otázky

### **9.2.2. Otázky rozhovoru**

#### **1. okruh (self)**

- Popište, jak se cítíte, když hovoříte o své nemoci?
- Jak se změnil Váš život po tom, co jste onemocněl?
- Jak se vyrovnáváte se svou nemocí?
- Co Vám v poslední době udělalo radost?

#### **2. okruh (interpersonální vztahy)**

- Jaký vztah máte ke svým nejbližším?
- Jak si myslíte, že ostatní vnímají Vaší nemoc?
- S jakými reakcemi jste se setkal v souvislosti s Vaším onemocněním?

### **3. okruh (budoucnost)**

- Kde hledáte podporu?
- Jaké zkušenosti máte s organizacemi, které se věnují podpoře duševně nemocným?
- Jak vnímáte svou pozici na pracovním trhu?
- Co byste chtěl ve svém životě změnit?
- Co byste si do budoucna přál?

V rozhovoru jsem kladla doplňující otázky, trval 45-60 minut.

## **10. Interpretace rozhovorů a jednotlivých kategorií**

### **10.1. Simona**

#### **10.1.1. Anamnéza**

Žena 33 let, simplexní schizofrenie diagnostikována ve 30 letech, 3x hospitalizována na psychiatrii, 1x pokus o sebevraždu. Medikována antipsychotiky a anxiolitiky, jinak somaticky zdravá. Svobodná, bezdětná, bez partnera, jedináček. Je vyučena prodavačkou, má 2 roky plný invalidní důchod, nyní nepracuje, plánuje psychoterapeutický pobyt v Praze. Rodinná anamnéza bez psychiatrické zátěže. Žije v malém bytě po babičce, koníčky nemá, nekouří, alkohol nepije a drogy neužívá.

#### **10.1.2. Interpretace rozhovoru**

##### **Vztah k nemoci**

Respondentka vnímá své onemocnění jako zápornou, radikální změnu ve svém životě, která ovlivnila její celý život a přinesla značná omezení ve všech sférách života. V porovnání s životem před propuknutím nemoci (4 roky) sama sebe vnímá jako nenormální, pociťuje změnu své osobnosti. Opakovaně se snaží pochopit příčiny a nalézt viníky svého onemocnění, cítí se bezradná. Sama nedokáže vysvětlit podstatu své nemoci, což ji zúzkostňuje. Stále se obává relapsu onemocnění, které vnímá jako velmi negativní zkušenost. V souvislosti s nemocí se stala existenčně závislou na dávkách

invalidního důchodu, které však zároveň poskytují finanční jistotu a možnost samostatného žití. K léčbě zaujímá ambivalentní postoj, psychoterapie v ní vyvolává spíše pocity nejistoty, má strach ze selhání, obává se všeho nového a neznámého. Nemoc vnímá jako velkou životní nespravedlnost a předpokládá, že se s ní nikdy nevyrovná.

### **Sebehodnocení**

V souvislosti s nemocí respondentka pociťuje oslabení řady kognitivních funkcí. Cítí se zpomalená, nesoustředěná, nejistá a bezradná. Nedokáže plánovat, stanovit si cíle, reagovat na nové skutečnosti, organizovat si čas a pociťuje nedostatek vůle k činností. Vyjadřovací schopnosti vnímá jako omezené a obtížné. Narušenou paměť vnímá jako omezující faktor, který má negativní vliv na obnovení starých a získání nových znalostí a dovedností. Oslabení těchto schopností považuje za zásadní a spojuje ji s proměnou celé osobnosti. Cítí se v životě ztracená a zoufalá.

### **Emocionální prožívání**

Subjektivní zážitky v souvislosti s nemocí způsobují dlouhodobě negativní emoční ladění. Respondentka pociťuje smutek, lítost, hněv, je nespokojená a nešťastná. Prožívá pocity nejistoty, selhání a beznaděje. Nevěří svým schopnostem, podceňuje se, je bezradná a pesimistická. Mikromanické ladění respondentky způsobuje ztrátu sebehodnocení a sebevědomí. Pokud překoná své psychické bariéry, je schopna se v rámci svých možností aktivizovat k činnosti. Pak se cítí spokojená. Přesto však upřednostňuje samotu, která jí vyhovuje. Sama se cítí bezpečně.

Na neuspokojivém emocionálním prožívání pacientky mají významný podíl rodiče, jež její nemoc neakceptují a kladou na respondentku nároky, které není schopná naplnit. Respondentka si nedostatek zájmu a pochopení od rodičů se všemi důsledky plně uvědomuje, cítí se frustrovaná, nešťastná, opuštěná. Po opakovaných, neúspěšných pokusech dokázat rodičům, že za její selhání je zodpovědná nemoc, se cítí i značně demotivovaná k dalším pokusům o získání jejich přízně.

### **Sociální vztahy**

Nemoc respondentka vnímá jako příčinu rozpadu dlouhodobého partnerského vztahu a zásadních změn ve vztahu s rodiči. Rodiče nepřijali diagnózu schizofrenie,



respondentka se cítí opuštěná a nepochopená. Problematické rodinné vztahy, nezájem a odmítnutí vnímá jako velké zklamání, přesto se opakovaně pokouší získat náklonnost a pochopení svých rodičů. Postoj rodičů, kteří žádají po respondentce plnou samostatnost s důrazem na její dospělost, ji velmi zraňuje. Nepocituje jejich lásku a podporu, spíše je frustrována z nedostatečné saturace citových potřeb. Obavy z komunikace, obavy z navazování nových vztahů, ztráta důvěry a nedostatek příležitostí, vnímá jako důvod sociální izolace. Nemá přátele a u ostatních lidí pocituje nepochopení, neinformovanost, netoleranci, nezájem a ponižování. Pochopení vnímá u lidí se stejnou zkušeností (s psychózou) a u profesionálů, kteří pracují s duševně nemocnými lidmi.

### **Perspektivy života**

Budoucnost vidí pesimisticky, sama nic neplánuje, nemá žádné životní cíle, zájmy, ani pravidelný denní režim. Přestože má touhu pracovat, být matkou, partnerkou, uzdravit se a být šťastná, nevěří si, bojí se dalšího selhání a zklamání. Přála by si pracovat, ale pocituje značné omezení svých pracovních dovedností a nedostatek pracovních možností. Vlastní selhání v chráněném zaměstnání a setkání s diskriminací v uplatnění na běžném pracovním trhu pocituje jako velký stres a zábranu při hledání nové práce. Podporu při zotavování z nemoci očekává od rodičů, ale jejich pomoc cítí jako nedostatečnou. Organizace, které poskytují pomoc duševně nemocným, vnímá pozitivně. Pocituje v přístupu profesionálů pomoc, zájem, podporu, pochopení a přijetí. S klienty cítí sounáležitost a užitečnost při společných aktivitách. Společné zážitky s klienty a zaměstnanci vnímá kladně, přesto zejména pro sníženou motivaci a nedostatek vůle, služeb těchto organizací využívá nepravidelně a zřídka.

### **10.1.3. Interpretace kategorií**

Nemoc, její příznaky a projevy, významně ovlivňují psychický stav respondentky. Nemoc respondentka vnímá velmi negativně, spojuje ji se ztrátou kvality života a změnou vlastní osobnosti. Nemoc považuje za nespravedlnost, která jí v životě potkala, a nedokáže ji přijmout a smířit se s ní. Toto negativní hodnocení její situace se odráží i ve vlastním sebehodnocení, kdy se respondentka považuje za neschopnou a v životě ztracenou. Nemá žádné přátele, zájmy ani koníčky. Prožívá pocity méněcennosti, má

sníženou sebedůvěru, sebejistotou a sebeúctu. Dlouhodobě sama sebe hodnotí negativně, a protože nepocituje zlepšení své situace, tak i v emočním prožívání převládají negativní emoce. Tyto emoce mají zároveň vliv na nízké sebehodnocení a na hodnocení sociálních vztahů. Rodiče nepřijali nemoc respondentky, kladou důraz na dospělost, žádají samostatnost a odpovědnost respondentky za vlastní život. Takový přístup rodičů vnímá jako neempatický, plný nepochopení a odvrhnutí. Nepocituje rodičovskou lásku, pozornost a péči. Snaží se opakovaně získat jejich náklonnost, ale její snaha zůstává bez odezvy, proto se cítí frustrovaná, nešťastná a opuštěná. Pocituje nedostatek zájmu a pochopení, má pocit nesamostatnosti a neschopnosti, a tak se uzavírá stále více do sebe a izoluje se. Nevěří vlastním schopnostem, a zároveň nepocituje pomoc od ostatních. Protože i sociální okolí považuje za nepřátelské, netolerantní a neinformované, raději s ostatními nekomunikuje, má zábrany vytvářet kvalitní vztahy. Tyto psychické bariéry nedokáže překonat, proto raději zůstává pasivní. Svůj soukromý život vnímá velmi ambivalentně. Ve své samotě se cítí bezpečně a okolí vnímá jako ohrožující, ačkoli by si přála začlenit se do společnosti, mít přátele a žít jako dřív. S profesionály a lidmi s psychotickou zkušeností dokáže otevřeně hovořit o nemoci. Pochopení těchto lidí však nevnímá jako potřebnou podporu, která by ovlivnila její sociální situaci. Respondentka neustále přemítá o nemoci, životních ztrátách, a změnách svých psychických schopností. Nedokáže se od těchto opakovaných myšlenek s negativním citovým zabarvením odpoutat, proto i svou budoucnost vidí pesimisticky. Stále se strachuje, nenachází řešení, podceňuje se a pocituje nedostatek vůle situaci změnit. V důsledku popsanych pocitů, vjemů a zkušeností se cítí být stigmatizována, což respondentku velmi zraňuje a v důsledku současně velmi ovlivňuje její postoj k okolí a ke společnosti vůbec. Nedokáže se prosadit a stále více se izoluje od ostatních.

## **10.2. Dagmar**

### **10.2.1. Anamnéza**

Žena, 34 let, paranoidní schizofrenie diagnostikována před třemi lety, od té doby 5x hospitalizována na psychiatrickém oddělení, 3x se pokusila o sebevraždu intoxikací léky. Medikována antipsychotiky v depotní formě v kombinaci s antidepresivy, jinak

somaticky zdráva. Svobodná, dcera 8 let, která je přes 2 roky v péči otce. Má středoškolské vzdělání ekonomického směru, současnosti v PID z psychiatrické indikace, nyní pracuje na částečný úvazek jako uklízečka. Matka se léčí s depresivní poruchou a v minulosti problémy s alkoholem, otec se léčí na hypertenzi, bratr zdravý. Žije ve vlastním bytě 1+2 na sídlišti. Drogy nikdy neužívala, kouří, alkohol pije příležitostně. V minulosti závodně tancovala, nyní tuto aktivitu v souvislosti s nemocí omezila.

### **10.2.2. Interpretace rozhovoru**

#### **Vztah k nemoci**

Respondentka chápe vzplanutí své nemoci (před 5 lety) jako důsledek přetížení, vyčerpání a stresu při zajišťování životních potřeb sobě a dceři. V akutních fázích onemocnění se vždy cítí ochromená a odloučená od reality. Zkušenost s nemocí pociťuje velmi negativně zejména pro její zákeřnost, stupňování psychických potíží a nepředvídatelnost. Samotné onemocnění vnímá jako zásadní zvrát a nežádoucí změnu svého života i vlastní osobnosti. Nemoc respondentce přináší (zejména po odeznění akutních příznaků) ztrátu smyslu života a nedůvěru sama v sebe. Respondentka má neustále strach z propuknutí nemoci a následné hospitalizace, kterou považuje za ponižující. Smířila se s nutností léčby psychofarmaky, přesto ji vnímá negativně zejména pro vedlejší účinky léků. Přála by si psychofarmaka neužívat. Pro opakované relapsy a dlouhodobé pracovní neschopnosti respondentka pobírá plný invalidní důchod k zajištění základních biologických a fyziologických potřeb. Navzdory všemu řečenému vnímá respondentka svou nemoc jako přechodnou záležitost. Prozatím ji nepřijala, ale snaží se ji pochopit a pokouší se hledat příčiny a vysvětlení.

#### **Sebehodnocení**

Respondentka v souvislosti s nemocí vnímá oslabení řady psychických schopností a změnu své osobnosti. Cítí se zpomalená, unavená, nevykonná, i k běžným činnostem potřebuje čas a hlavně klid. Pociťuje nedostatek životní energie, jistoty a optimismu. Za důležitý faktor v sebehodnocení považuje svou krásu. Následkem nežádoucích účinků léků pacientka trpí nadváhou, své tělo vnímá negativně, cítí se neatraktivní a je velmi

nespokojená se svým vzhledem. Pociťuje ztrátu sebejistoty, sebevědomí a sebeúcty. Vlivem nemoci se cítí přecitlivělá, křehká a lehce zranitelná, hůře zvládá stres a obtížně vyjadřuje své pocity.

### **Emocionální prožívání**

Nemoc u respondentky vyvolává pocity beznaděje, smutku, ztráty smyslu života a lítosti. Prožívání těchto negativních pocitů považuje za nepříjemné, ohrožující a negativně ovlivňující celý její život. Respondentka pociťuje určitou emoční oploštělost, kterou popisuje jako sníženou schopnost radovat se z běžných situací, událostí a maličkostí. Příjemné pocity jako je štěstí a radost, vyvolává pouze vztah a láska k dceři, se kterou se cítí šťastná. Souběžně s těmito pozitivními pocity se však mísí strach a obavy o její budoucnost a jejich vzájemný vztah.

### **Sociální vztahy**

Za nejdůležitější ve svém životě považuje respondentka vztah s dcerou, ke které pociťuje silnou vazbu a mateřskou lásku. Vlivem nemoci, opakovaných relapsů a selhání při výchově, ztratila možnost denně o dceru pečovat, což se do jejich vztahu zasáhlo. Zažívá proto pocity viny za jejich částečné odcizení. Přesto jejich vzájemný vztah vnímá jako láskyplný a vřelý. Dcera pro respondentku představuje důvod, pro co žít. Vztah s rodiči hodnotí jako problematický a nefunkční již od dětství. Za zvláště narušený považuje vztah s matkou, kterou vnímá jako osobu neempatickou, přehnaně se angažující a nadměrně kritickou, což u respondentky vyvolává pocit úzkosti, nepochopení a nesamostatnosti. U otce pociťuje bezradnost, zoufalost, nepochopení projevů nemoci a naopak určitou neangažovanost až nezájem. Pozornost rodičů, zejména matky, vnímá jako nadměrnou a nechtěnou. Respondentka je přesvědčená, že rodiče zklamala, protože onemocněla schizofrenií, a tak stigmatizovala svou nemocí celou rodinu. V důsledku neustálého kontrolování a kritiky, pociťuje nedostatek soukromí a cítí se omežována si o životě rozhodovat sama. Po propuknutí nemoci se setkala i u přátel s nepochopením, ponížením a odvrhnutím. V důsledku těchto traumatických zážitků i ona sama zredukovala své známé a přátele. Za velkou oporu považuje přítelkyni z mládí, u které oceňuje přijetí, porozumění, pochopení, upřímnost a ochotu pomoci. Ostatní sociální vztahy hodnotí jako povrchní a nedůvěrné. Větší

porozumění vnímá u lidí se zkušeností s psychózou, přesto své prožitky v nemoci chápe jako zcela individuální a pro druhé nepochopitelné. Na léčbu a spolupráci s profesionály nahlíží ambivalentně a cítí se léčbou omezována. Ve společnosti respondentka pociťuje neinformovanost, odsuzování a nepochopení lidí s psychiatrickou diagnózou. Celkově společnost hodnotí jako zkaženou, plnou nekvalitních vztahů zejména mezi muži a ženami. Hodnotí kriticky zejména muže, které vnímá jako nesamostatné a neschopné se o ženy postarat, proto klade důraz na nutnost se postarat o sebe sama. Tím u respondentky dochází k určitému sociálnímu uzavření a nedůvěře v ostatní.

### **Perspektivy života**

V budoucnosti se obává zejména relapsů, následné hospitalizace a neřešitelnosti situací, ve kterých se respondentka vlivem psychotických projevů ocitá. Z těchto důvodů moc budoucnost neplánuje, ale přála by si začít znova, sama za sebe, být nezávislá na rodičích a žít jako dřív. Důležitou roli v jejím životě má dcera, se kterou chce mít nadále kvalitní vztah a starat se oni. Cítí se zodpovědná za její budoucí život a chce plnit své rodičovské povinnosti. Respondentka si uvědomuje, že musí mít určitý pravidelný režim a pracovat, jinak v jejím životě nastává chaos. Protože zná své limity a schopnosti, má nenáročnou práci, kterou zvládá a snaží se ji udržet. Přesto pociťuje diskriminaci na trhu práce a má strach, že v budoucnosti nemusí najít pro sebe vhodné pracovní zařazení v případě, že si musela novou práci hledat. To by bylo pro respondentku velmi stresující. Protože před onemocněním závodně tancovala, ráda by se (po zlepšení zdravotního stavu) k tomuto sportu vrátila. Jejím koníčkem a zároveň relaxací je výroba módních a bytových doplňků. U organizace, která se věnuje pomoci lidem s duševním onemocněním, předpokládá zdroj pomoci zejména v pochopení své nemoci a psychické podpoře, případně psychoterapii. Její očekávání se však zatím nenaplnila. Aktivity této organizace vnímá jako zbytečné, nepotřebné, málo zaměřené na psychické potíže způsobené nemocí a nedostatečně individuální.

### **10.2.3. Interpretace kategorií**

Nemoc respondentka vnímá jako důsledek přetížení, vyčerpání stresu a zatím se s onemocněním nevyrovnala. Projevy nemoci výrazně ovlivňují psychiku respondentky a

následně celý její život. Svou nemoc vnímá velmi negativně zejména v souvislosti se změnou psychických schopností. Důležitou roli hraje u respondentky i její vzhled, se kterým není již spokojená. Necítí se atraktivní jako dřív, pociťuje změnu sama sebe a srovnává svůj život se životem před nemocí, ve kterém byla spokojená. Onemocnění vnímá jako nespravedlivý trest, který přinesl respondentce změnu ve všech sférách jejího života a značně snížil jeho kvalitu. Neustále prožívá napětí, obává se relapsu, uvědomuje si změny, které v důsledku nemoci nastaly. Není se sebou spokojena, postrádá životní energii, vyrovnanost, optimismus a cítí se přecitlivělá. Pociťuje ztrátu své fyzické atraktivity. Má nízké sebevědomí a sebejistotu, což příkládá právě ztrátě své fyzické atraktivity. Ve svém životě je zklamaná sama se sebou, proto u respondentky převládají pocity smutku, ztráty a lítosti. Pociťuje sníženou schopnost radovat se z běžných maličkostí. Důležitou roli v jejím životě má její dcera, kterou miluje a cítí se pro ni potřebná. Přesto si vyčítá, že ve výchově dcery v souvislosti s propuknutím nemoci selhala. Snaží se jí proto vše vynahradiť. V její přítomnosti se cítí šťastná. Zároveň se však obává o její budoucnost a jejich vzájemný vztah. Jako problematický už od dětství vnímá vztah s rodiči, zejména s matkou. Postoj a přístup matky po propuknutí nemoci v respondentce prohlubuje pocity nesamostatnosti, neschopnosti a postupně omezuje schopnost rozhodovat sama za sebe. Respondentka si je vědoma, že o ni má matka strach, avšak neustálé kontrolování, nadměrná angažovanost a její kritika, vyvolává u respondentky úzkost a stres. Neustálý zájem matky vnímá jako nechtěný a neadekvátní. Přestože žije sama, nedokáže se od vlivu matky odpoutat. Tato situace ještě více snižuje vlastní sebehodnocení a sebevědomí a vyvolává pocit nesamostatnosti. Po propuknutí nemoci se ve svém okolí sama setkala s projevy stigmatizace, což bylo pro respondentku velmi zraňující, a proto záměrně zredukovala vztahy s ostatními. Nové vztahy dokáže navázat, ale pouze formálně, je nedůvěřivá a obává se dalších zklamání. Vztahy ve společnosti považuje za neupřímné a zkažené. Muže vnímá jako nesamostatné a neschopné, proto partnera nehledá a raději zůstává sama. Jediným člověkem, kterému důvěřuje, je přítelkyně z dětství, se kterou vyrůstala a pociťuje u ní přijetí, pochopení a upřímný zájem. Přestože žije v cizině, jsou v kontaktu a pro respondentku představuje velkou podporu v její těžké životní situaci.

Jinak ve společnosti pociťuje nepochopení až opovrhování lidmi s psychiatrickou diagnózou. Protože se sama setkala s diskriminací a stigmatizací, snaží se i přes psychické a fyzické potíže s nemocí spojené, spoléhat pouze sama na sebe. Svou budoucnost si příliš neplánuje. Velmi se obává relapsů nemoci, které považuje za zákeřné a nepředvídatelné. Přesto by si přála žít svůj život spokojeně tak, jako před nemocí. Za svou dceru se cítí zodpovědná, chce se o ni i nadále starat a upevňovat jejich vztah. Důležitou roli má pro respondentku její práce. Pobírá invalidní důchod, který pro ni znamená jistotu v přežití. Stále ale pracuje na zkrácený úvazek, práce ji uspokojuje, dává jí řád a finanční zajištění. Svou práci zvládá, ale zná své limity, proto se obává situace, kdy by musela případně hledat nové zaměstnání. Na pracovním trhu pociťuje značné omezení v počtu nenáročnějších míst na zkrácený úvazek a diskriminaci při hledání zaměstnání. S odborníky z psychiatrie má v úmyslu spolupracovat, ale jejich pomoc nepovažuje za dostačující, protože je zaměřena zejména na farmakologickou léčbu, ke které zaujímá ambivalentní postoj. Do budoucna by chtěla najít terapeuta, který by ji pomohl pochopit svou nemoc, individuálně se jí věnoval a pomohl psychologickými prostředky získat nad svým životem opět kontrolu a ztracené sebevědomí.

### **10.3. Petr**

#### **10.3.1. Anamnéza**

Muž, 25 let, svobodný, 4 roky diagnostikována paranoidní schizofrenie, opakované hospitalizace na psychiatrickém oddělení, poslední ve 2014 po sebevražedném pokusu. Z psychofarmak užívá antipsychotika a antidepresiva. Svobodný, bez partnerky a nikdy ji neměl, jedináček, somaticky zdravý, otec i matka zdraví. Studoval VOŠ, kterou nedokončil, v současnosti v PID, nikdy nepracoval. Mezi jeho zájmy patří televize a počítač.

### **10.3.2. Interpretace rozhovoru**

#### **Vztah k nemoci**

Nemoc pro respondenta představuje nepříznivou událost, změnu a zklamání v jeho životě. Akutní psychotické příznaky nemoci a ztrátu orientace v realitě považuje za nepříjemnou zkušenost, která je nepřenositelná a druhým nepochopitelná. V důsledku negativních příznaků nemoci, pociťuje změnu svých psychických schopností a dovedností. Nemoc vnímá jako viníka selhání ve studiu, které musel ukončit. V souvislosti s nemocí byl invalidizován a plný invalidní důchod je jediný příjem, kterým přispívá do rodinného rozpočtu. Částečně přijal svou nemoc, přesto nepřestal pátrat po příčinách svého onemocnění a hledat vysvětlení. Obává se relapsů a hospitalizace, proto při léčbě klade důraz na užívání medikace, která snižuje jejich četnost. Nemoc vnímá jako osobní záležitost, se kterou raději zůstává sám.

#### **Sebehodnocení**

Sám sebe respondent vnímá jako méněcenného, nejistého a nesamostatného člověka, který se nedokáže v životě prosadit a je závislý na rozhodnutí druhých, jako když byl dítětem. V souvislosti s nemocí si respondent uvědomuje oslabení celé řady kognitivních funkcí. Obtížně si pamatuje nové informace a má problémy s vybavností starých. Pociťuje své selhávání v zejména v procesu učení a komunikace s ostatními. Cítí se stále unavený, nesoustředěný, zpomalený a nepraktický. Nevěří si, podceňuje své schopnosti a má nedostatek vůle a možností, svou situaci změnit. Nedokáže si samostatně naplánovat své aktivity a dosáhnout jejich realizace. Protože nedokáže adekvátně reagovat na vnější podněty, zejména v sociální sféře, je nejraději sám. O samotě se cítí bezpečně. Obává se dalších selhání, a protože si nevěří, raději se pasivně podřizuje a plní pokyny ostatních (zejména matky).

#### **Emocionální prožívání**

Nemoc a dlouhodobá situace, ve které se respondent nachází, vyvolává zejména záporné emoce. Je smutný, zklamaný a zároveň bezradný. Strach má zejména z akutních psychotických prožitků, které v respondentovi vyvolávají značnou úzkost. Necítí se šťastný a spokojený se svým životem. Radost a pocit sounáležitosti v respondentovi vzbuzuje jeho pes. V rámci mezilidských vztahů je introventně založen,



ještě menší schopnost přiměřeně své pocity vyjadřovat a prožívat, než za co by byla zodpovědná pouze nemoc.

### **Sociální vztahy**

Vztahy v rodině respondent hodnotí jako problematické a ovlivněné jeho nemocí, se kterou se rodiče obtížně smiřují. Přesto pro něj rodina znamená zázemí, jistotu a bezpečí. Silný vztah pociťuje k matce, má ji velmi rád, obdivuje ji. Pro respondenta představuje velkou autoritu, které nedokáže odporovat a vždy se jí podřídí. Její péči, pomoc a starostlivost považuje za životně důležitou, bez ní by se neobešel. Zároveň ale její pozornost vnímá jako nadměrnou, zatěžující a omezující. Pociťuje nedostatek soukromí, nemožnost žít si svůj život a prosadit se. Vše závisí na rozhodnutí matky, ta určuje, co je pro respondenta vhodné a co není. I když je respondent dospělý, přistupuje k němu jako k dítěti, které je nesamostatné a potřebuje neustálý dohled a pomoc. Z chování matky pociťuje nedůvěru v jeho schopnosti, a protože ji nechce zklamat, vždy ji raději vyhoví, a tak postupně ztrácí svoji autonomii. K otci pociťuje velký respekt a má obavy z jeho chování. K respondentovi se chová ponižujícím způsobem, což u něj vyvolává značnou úzkost a strach ze selhání. Proto se kontaktu s otcem vyhýbá a hledá spojení u matky. Vztahy mezi rodiči vnímá jako dlouhodobě disharmonické a nefungující, proto se cítí lépe, když otec odjede za pracovními povinnostmi a zůstávají s matkou doma sami. Ve svém okolí má pouze jednoho kamaráda z bydliště, se kterým se občas setkává při společných aktivitách. Jejich vztah považuje za kamarádský, i když spolu o nemoci nikdy nehovořili, cítí se být respektován. Jinak je uzavřený, s lidmi se nestýká, uvědomuje si své problémy s komunikací a zároveň se obává selhání. Sociální kontakt vyvolává v respondentovi značnou úzkost, proto se lidem záměrně vyhýbá a izoluje se. Ve společnosti předpokládá odmítnutí, nepochopení a odsouzení. Se stigmatizací a diskriminací se sám nesetkal, ale předpokládá jejich přítomnost ve společnosti. Má velké obavy z názorů ostatních na duševně nemocné, proto se raději ještě více od ostatních izoluje, čímž posiluje vazbu na matku. Bezvýhradně se ni spoléhá, je mu ve všem oporou a sama vyřizuje potřebné záležitosti. S matkou si společně poříдили psa, ke kterému si respondent vytvořil citovou vazbu. Pociťuje u něj

bezmezného přijetí a pochopení, více než u lidí. Považuje je za společníka, který mu vyplňuje volný čas.

### **Perspektivy života**

Do své budoucnosti pohlíží respondent pesimisticky a bezradně. Předpokládá, že nadále bude bydlet u rodičů, protože nemá jinou možnost. Je na své rodině závislý, a přestože by si přál být samostatný, pasivně spoléhá na svou matku, která má v jeho životě rozhodující vliv. Svou budoucnost má respondent spjatou s nemocí, obává se dlouhodobosti léčby a chronifikace nemoci. Do budoucnosti nemá žádné konkrétní plány, přestože by si přál být nezávislý a samostatný. Má ukončené středoškolské vzdělání, ale protože nikdy nepracoval, nemá žádné pracovní návyky a dovednosti. Sám nemá představu, jakou pracovní pozici by mohl zastávat, a kde jsou jeho limity. Mezi jeho zájmy patří PC, sledování televize a starost o svého psa. Jeho život významně ovlivňuje a řídí jeho matka, která určuje směr jeho života, bez ohledu na potřeby a přání respondenta.

### **10.3.3. Interpretace kategorií**

Nemoc respondent vnímá jako negativní událost a zklamání v životě. Akutní psychotické příznaky považuje za zcela individuální zkušenost, která je pro ostatní nepochopitelná. V souvislosti s nemocí pociťuje výrazné oslabení kognitivních funkcí a poruchy učení, kvůli kterým selhal ve studiu a musel VOŠ ukončit. Zklamal sám sebe i rodiče, kteří se s nemocí respondenta obtížně vyrovnávají. V důsledku nemoci pobírá plný invalidní důchod, který je pro respondenta jediným finančním zdrojem. Velmi se obává relapsů a hospitalizace na psychiatrii, proto v léčbě spolupracuje. Svou nemoc částečně přijal, ale stále pátrá po příčinách jejího vzniku. První ataka nemoci a následné relapsy proběhly v době studií respondenta, kdy žil u rodičů a ještě nebyl plně samostatný. Ztrátu schopnosti učit se a ukončení studie považuje za své velké osobní selhání, protože studium znamenalo pro respondenta možnost seberealizace. V souvislosti s psychickými změnami si nevěří, má nízkou sebedůvěru, nedokáže se samostatně rozhodovat a cítí se ve svém životě bezradný. Necítí se šťastný a spokojený, převládají pocity smutku a zklamání. Protože ani matka nevěří v schopnosti

respondenta, vyžaduje po respondentovi úplnou oddanost, odevzdanost a poslušnost. I když je respondent dospělý, matka tuto skutečnost nerespektuje, a chová se k němu jako k dítěti. Taková pozice v rodině ještě více snižuje jeho sebevědomí a sebedůvěru. Paternalistický přístup matky respondentovi vyhovuje, protože má jasné vedení, ale souběžně pociťuje ztrátu autonomie, možnosti se rozhodovat ve svém životě a být za sebe zodpovědný. Bezohledné chování otce k respondentovi i k matce považuje za ponižující, proto se kontaktu s ním raději vyhýbá. Od sociálního okolí se odvrací, uvědomuje si svá omezení v komunikaci a vyjadřovacích schopnostech. Sociální kontakt vzbuzuje v respondentovi úzkost a strach. Obává se názorů ostatních na duševně nemocné a zároveň má strach z vlastního selhání, proto se vyhýbavým chováním před ostatními záměrně izoluje. Ve společnosti předpokládá stigmatizaci a diskriminaci duševně nemocných, a tak se sociálně izoluje a důvěřuje pouze matce. Za společníka v jeho životě považuje svého psa, se kterým tráví svůj veškerý čas. Ve volných chvílích sleduje televizi a hraje hry na počítači, jiné koníčky nemá. V budoucnu nepředpokládá žádné změny. Domnívá se, že nemá jinou možnost, než zůstat u rodičů a být na nich závislý. Sice by se chtěl osamostatnit, ale konkrétní plány nemá, je bezradný a pasivní. V důsledku oslabení svých psychických schopností se nepokusí ani školu dostudovat. Přestože by chtěl pracovat, nemá s prací žádné zkušenosti, a tudíž nezná ani své limity. Uvědomuje si, že jeho budoucnost je závislá na rozhodnutí matky, proti kterému se nedokáže prosadit a svůj život změnit.

#### **10.4. Martin**

##### **10.4.1. Anamnéza**

Muž, 43 let, svobodný, bezdětný, bez partnerky, bydlí sám v garsonce matky, nepracuje, má středoškolské vzdělání, v plném invalidním důchodu již 19 let. Na psychiatrii hospitalizován 8x, z toho 3x v léčebně a 5x na akutním psychiatrickém lůžku, medikován antipsychotiky per os, antidepresivy a anxiolytiky. Somaticky se léčí na hypertenzi, diabetes mellitus a trpí nadměrnou obezitou (nad 140kg). Před propuknutím nemoci v anamnéze abúsus THC a pervitinu. Alkohol příležitostně,

nekouří. Matka zdráva, otec se léčí s depresivní poruchou, starší bratr zdrav. Žije v malém bytě panelového domu. Mezi jeho zájmy patří počítač, sociální sítě a televize.

#### **10.4.2. Interpretace rozhovoru**

##### **Vztah k nemoci**

Onemocnění schizofrenií vnímá respondent jako zásadní změnu a negativní zkušenost ve svém životě spojenou se ztrátou kvality života, sociálních rolí, změnou psychických funkcí a svých schopností. V souvislosti s nemocí pociťuje ztrátu schopnosti pracovat, tvořit kvalitní mezilidské vztahy a možnosti pokračovat ve svém předchozím životě. První ataku, která se projevila ve 22 letech, předcházel rozvod rodičů a odstěhování matky. S touto situací se respondent obtížně vyrovnával a začal nadměrně konzumovat alkohol a kouřit marihuanu. Zejména první ataka představovala pro respondenta obrovský šok, cítil se velmi zaskočen ztrátou orientace v realitě a následně i svým chováním. První ataku a následující relapsy považuje za velmi negativní zkušenost spojenou s dlouhodobou hospitalizací na psychiatrii. Respondent se po letech se sám se svou nemocí smířil, ale přesto své psychické problémy nikomu nesděljuje, nesvěřuje se a zůstává s nimi osamocen. K léčbě přistupuje formálně a pasivně. Více než psychické problémy ho trápí nadměrná obezita, na kterou nahlíží jako na největší zdravotní problém a v kombinaci s nezdravým životním stylem ji považuje za následek psychiatrické terapie. Z psychiatrické indikace pobírá invalidní důchod, který mu postačuje k uspokojení svých potřeb. Je to jediný zdroj financí, na kterém je závislý.

##### **Sebehodnocení**

Respondent přijal roli psychiatrického pacienta, sám sebe hodnotí sebekriticky. Nejvíce se ale cítí omezen svou obezitou, která mu způsobuje řadu somatických i psychických problémů. Změna vzhledu způsobená obezitou je pro respondenta velmi zatěžující, snižuje jeho sebevědomí a sebeúctu. V důsledku obezity je i částečně imobilní a není schopen se o sebe plně postarat. Uvědomuje si své selhávání v každodenních aktivitách, částečnou nesoběstačnost a nesamostatnost, udává nedostatek vůle a možností svou situaci změnit. V souvislosti s nemocí dále pociťuje

oslabení psychických funkcí, cítí se zpomalený, bez energie, bez motivace a schopnosti seberegulace. Pasivně a automaticky očekává zejména pomoc matky, bez které by nemohl žít samostatně a je na ní závislý.

### **Emocionální prožívání**

Emocionální prožívání respondenta je oploštělé, bez výrazných výkyvů a změn. Přesto úzkost a obavy vyvolává osobní sociální kontakt s ostatními, proto se mu záměrně vyhýbá. Pocity bezradnosti a beznaděje prožívá zejména v souvislosti se svou obezitou, která výrazně snižuje kvalitu jeho života. Respondent své pocity nedokáže vyjádřit, je apatický, nedokáže se radovat a prožívat pocity štěstí. Se svými pocity se nesevřuje ani matce, jejíž pravidelné péče využívá. Dokáže však popsat a uvědomuje si, že ačkoli není matkou nijak motivován ke zvýšení aktivity a snaze svůj život jakkoli změnit, tento stav mu vyhovuje i přesto, že je matka péčí o něho již značně vyčerpaná.

### **Sociální vztahy**

Příznaky nemoci, dlouhodobost terapie a psychiatrizaci vnímá jako důvod narušení, oslabení a ztráty sociálních vztahů. Zejména dlouhodobá hospitalizace po propuknutí nemoci, změna bydliště a ukončení pracovního poměru vnímá jako počátek odcizení a ztrátu kontaktu s nejbližšími. Záměrně se izoluje před okolním světem a upřednostňuje samotu, ve které se cítí bezpečně. V souvislosti s nemocí předpokládá nepochopení ostatních, proto je nedůvěřivý a odmítá jakoukoliv pozornost a zájem o jeho osobu. V přímém a pravidelném kontaktu je pouze s matkou a bratrem, ti mu pomáhají a je na ně spolehnoutí. Největší oporu pocítuje u matky, která se o něj pravidelně stará, zajišťuje respondentovi jídlo, stará se o domácnost a pomáhá mu s běžnými činnostmi. Přestože u matky pocítuje psychické i fyzické přetížení v souvislosti s péčí o jeho osobu, pasivně a automaticky od ní očekává pomoc, na které je závislý. Přestože oceňuje pomoc matky i bratra, se svými osobními problémy se nesevřuje a zůstává uzavřený. Matka se odevzdaně o respondenta stará, nesnaží se již ho motivovat ke změnám, což mu vyhovuje. Minimální kontakt s otcem a jejich vzájemný vztah hodnotí jako povrchní a formální, uvědomuje si vzájemné odcizení. S ostatními lidmi se nestýká, obává se přímého kontaktu zejména z důvodu svého vzhledu (obezity), která upoutává značnou pozornost druhých, což je pro respondenta velmi nepříjemné, a proto se od ostatních

záměrně izoluje. Důvěrné, přátelské a partnerské vztahy nemá a nedokáže nové navázat, přesto projevuje zájem o své dlouholeté kamarády z dětství, ale pouze přes sociální síť a telekomunikace. Tuto neosobní komunikaci vnímá jako jedinou možnost spojení s okolním světem a udržení sociálních kontaktů, které jsou sice povrchní, ale pro respondenta postačující. Komunikace prostřednictvím moderních technologií (telefon, internet) poskytuje respondentovi jistotu a možnost, mít nad konverzací kontrolu, popřípadě se vyhnout nepříjemným dotazům a hovor ukončit, což v osobním kontaktu nedokáže. Důvěrný a otevřený vztah nepociťuje ani k odborníkům v psychiatrii, nesvěřuje se svými problémy a spolupracuje pouze formálně. Ve společnosti pocítuje nepochopení, předpokládá neinformovanost a nezájem ostatních o problematiku lidí s duševními poruchami. Svou odlišnost od ostatních vnímá negativně a před okolním světem se úmyslně izoluje.

#### **Perspektivy života**

Respondent pohlíží pesimisticky do budoucnosti, žije den ze dne a nic neplánuje. Nejvíce se obává hospitalizace na psychiatrii. Svou existenční závislost na matce neřeší a spoléhá se na ní. Žádnou změnu ve svém životě nepředpokládá a neočekává. Nemá žádné cíle, které by respondenta motivovaly. Jeho samotářský život mu vyhovuje a je s ním spokojen. Veškerý volný čas věnuje práci na počítači a sledování televize. Tyto aktivity vyplňují veškerý čas respondenta. K obezitě, kterou vnímá jako svůj největší problém, zaujímá ambivalentní postoj. Uvědomuje si, že ho výrazně omezuje ve všech oblastech života, přesto pocítuje nedostatek vůle a motivace tento problém řešit. Je smířený se svou situací a pomoc nevyhledává. Pro dlouholetou nezaměstnanost pocítuje ztrátu svých pracovních schopností a možností, o práci neprojevuje zájem a nehledá si ji. Organizace, které poskytují pomoc duševně nemocným, zná z webových stránek, ale jejich služby odmítá využívat, protože předpokládá, že aktivity jsou nezajímavé a nepotřebné.

#### **10.4.3. Interpretace kategorií**

Nemoc respondent vnímá jako zásadní a negativní změnu ve svém životě. Projevy nemoci způsobily oslabení řady psychických funkcí, které měly vliv na jeho následný

život. Ztratil schopnost pracovat, navazovat mezilidské vztahy a běžně se začlenit do společnosti. Ataky nemoci považuje za velmi negativní zkušenost, kdy ztrácí orientaci v realitě, dochází ke změnám chování a dlouhodobým hospitalizacím, což je pro respondenta velmi zatěžující a pobytu na psychiatrii se velmi obává. Po letech přijal roli psychiatrického pacienta, ale k léčbě přistupuje pasivně a formálně, psychiatrům příliš nedůvěřuje. V důsledku nežádoucích účinků psychofarmak, pasivity a nezdravého životního stylu trpí morbidní obezitou, která je v současné době pro respondenta největším zdravotním problémem. Značně jej omezuje v běžném životě, je částečně imobilní a některé běžné činnosti sám nezvládne. Duševní nemoc a obezita výrazně snižuje sebevědomí respondenta, je pasivní a uzavřený. Emoční prožívání je oploštělé, bez výrazných výkyvů a změn. Nedokáže se radovat a prožívat pocity štěstí. Úzkost u respondenta vyvolává přímý sociální kontakt, proto se záměrně izoluje před okolním světem a odmítá jakýkoliv zájem o vlastní osobu. Předpokládá nepochopení ostatních, důvěrné vztahy nemá a nové nenavazuje. Přesto se občas zajímá o kamarády z mládí, se kterými je ale v kontaktu pouze prostřednictvím sociálně společenských sítí. Tento nepřímý kontakt poskytuje respondentovi možnost, jak získat informace od ostatních, přitom se vyhnout nepříjemným situacím a mít nad rozhovorem kontrolu. V přímém kontaktu je pouze s rodinnými příslušníky. Pasivně a automaticky očekává pravidelnou pomoc matky, na které je závislý. Přesto se ani matce nesvěřuje a pociťuje u ní určitou rezignaci, která se projevuje pravidelnou pomocí bez snahy respondenta motivovat ke změně či aktivitě, což respondentovi vyhovuje. Bez podpory matky by respondent nemohl sám bydlet. Uvědomuje si, že je matka přetížena péčí o jeho osobu, přesto nehledá jiná řešení a žije ze dne na den. Svou budoucnost neplánuje, nemá žádné plány, motivaci a vůli cokoliv ve svém životě měnit. Žije naprosto izolován od sociálního okolí ve svém bytě, kde se cítí bezpečně. Nemá zájem o práci či jiné aktivity. Pouze sledování televize a práce na počítači vyplňují jeho denní program. Je smířený se svým samotářským životem a vyhovuje mu. Jediným spojením s okolním světem je telefon, počítač a internet. Moderní technologie představují pro respondenta hlavní a zároveň jedinou aktivitu, kterou je schopen realizovat. Respondent je se svým životem smířený, protože si neumí představit, že by žil jinak.

## 11. Kategorizace dat

### 11.1. Tabulka interpretace kategorií

	Dagmar	Simona	Petr	Martin
<b>Vztah k nemoci</b>	Nesmíření s nemocí. K léčbě ambivalentní postoj. Obavy z relapsů. Invalidita.	Nepřijetí nemoci, nemoc považuje za nespravedlnost. Ambivalentní postoj k léčbě. Invalidita.	Částečné přijetí nemoci. Spolupráce při léčbě. Obavy z hospitalizace. Invalidita.	Přijetí nemoci. Formální přístup k léčbě. Obavy z hospitalizace. Invalidita.
<b>Sebehodnocení</b>	Oslabení psychických funkcí, nedostatek životní energie a snížené sebevědomí. Zvýšená vulnerabilita.	Oslabení kognitivních funkcí, snížené sebevědomí, zoufalost a ztracenost v životě.	Méněcennost, nejistota a nesamostatnost. Závislost na rozhodnutí druhých.	Přijetí role psychiatrického pacienta. Nesamostatnost a nesoběstačnost z důvodu obezity. Závislost na pomoci matky.
<b>Emoční prožívání</b>	Emoční oploštělost a snížená schopnost se radovat.	Dlouhodobé negativní emoční ladění, nešťastná a bezradná.	Převládají záporné emoce. Nešťastný a nespokojený ve svém životě.	Emoční oploštělost bez výrazných výkyvů a změn.
<b>Sociální vztahy</b>	Silná vazba na dceru. Problematické rodinné vztahy, hyperprotektivní postoj matky omezující soukromí. Ostatní vztahy formální a nedůvěrné. Uzavřenost. Stigmatizace a diskriminace.	Problematické vztahy v rodině, nezáměr rodičů, opuštěnost a zklamání. Neschopnost vytvářet a udržet vztahy. Sociální izolace. Stigmatizace, diskriminace.	Paternalistický přístup matky a ponižující přístup otce. Sociálním kontaktům se vyhýbá. Sociální izolace. Předpokládaná stigmatizace a diskriminace.	Závislost na pomoci matky. Samotář, sociálně izolován, osobní kontakt odmítá. Komunikuje prostřednictvím telekomunikačních technologií. Stigmatizace.
<b>Perspektivy života</b>	Obavy z vývoje nemoci, bez životních cílů a plánů. Pesimistický pohled do budoucnosti.	Strach z budoucnosti. Bez životních cílů a plánů.	Pesimistický pohled do budoucnosti, nemožnost se odpoutat od vlivu matky.	Smířený se svým životem. Bez životních cílů a plánů.



## 11.2. Příběh

Onemocnění vážnou duševní nemocí schizofrenií propuká v mladém věku. V tomto období jsou někteří jedinci již plně samostatní, pracují, mají partnerské vztahy, děti, přátele a žijí si svůj život. Nebo mohou ještě být částečně závislí na rodičích, studují a teprve se připravují na svou profesní dráhu. Všichni mají své životní cíle a přání, jsou zodpovědní za sebe a někdy i za své děti. Onemocnění schizofrenií však **zásadním způsobem ovlivní osobnost člověka** i jejich další život.

Lidé, kteří onemocněli schizofrenií, se cítí **nemocí zaskočení, ochromeni a výrazně omezeni**. První ataka představuje zlom v životě nemocných, který vnímají jako zásadní a výrazně ovlivňující celý jejich následující život. Propuknutí nemoci spojené s akutními psychotickými symptomy způsobuje **ztrátu orientace v realitě, zkreslené vnímání sama sebe i okolí**, což má v důsledku vliv na prožívání a chování nemocného. Lidé mající **zkušenost s psychózou** ji vnímají **jako velmi nepříjemnou**. Pro ně samotné je zpravidla nepochopitelná, proto se opakovaně snaží najít příčiny a vysvětlení událostí, které prožívají. **Nenacházejí však uspokojivé odpovědi** na své otázky, nevěří si, **cítí se nejistí, bezradní a nešťastní**. S psychotickým prožíváním se obtížně vyrovnávají. O svých potížích **neradi hovoří, nedokážou vyjádřit a popsat své pocity**, proto se **uzavírají se do sebe a izolují se od okolí**. Rizika možnosti prožít další psychotické ataky se velmi obávají a to vyvolává značnou **úzkost**. Akutní fázi nemoci lidé hodnotí obvykle velmi negativně. Mají toto období spojené s hospitalizací na psychiatrii, často ne zcela dobrovolnou, proto i zdánlivě logicky nevyhnutelný pobyt na lůžkovém oddělení představuje pro nemocné **vysokou zátěž a traumatizující až ponižující zážitek**.

Po překonání akutních psychotických symptomů však problémy duševně nemocných zdaleka nekončí. V následujícím období sužují postižené jedince **negativní příznaky nemoci**, které se projevují různými **psychickými změnami**. Jsou dlouhodobého charakteru a **velmi omezují život nemocného**. Nemocní pociťují změnu sama sebe, své osobnosti, **ztrátu svých schopností a dovedností**. Tato psychická omezení nemocným významně narušují každodenní bytí a jejich komunikační obratnost. Tím se pro nemocné stává velmi komplikovaným především život ve

společnosti ostatních lidí. Pociťují **nedostatek energie, chybí jim životní optimismus, cítí se unavení a nevykonní**. Jejich emoce jsou oploštělé, nemají radost ze života a **nedokážou prožívat pocity štěstí** jako dřív. Vnímají svou nedostatečnost, nejsou spokojeni sami se sebou a **neváží si sami sebe**. Mají nedostatek vůle a omezenou schopnost mobilizovat vlastní síly. Chybí jim motivace do života. Často srovnávají svůj současný život s životem před nemocí. Vždy docházejí ke stejné **znepokojujícímu a neperspektivnímu závěru**. Uvědomují si, jaký chaos, nejistotu a nedůvěru v sama sebe onemocnění do jejich života vneslo. Pociťují výrazné **oslabení kognitivních funkcí** s poruchami paměti, nedokážou se soustředit, pružně reagovat na změny, rozhodovat se a plánovat. Velké problémy mají nejen s učením nových věcí, ale problémy mají i s využitím již získaných znalostí a dovedností. Obtížně se vyjadřují, nedokážou jasně formulovat své pocity a současně pociťují i **ztrátu svých sociálních dovedností**. Hůře zvládají stres a **zpravidla jsou také přecitlivělí a nevěří si**. I zcela běžné, každodenní záležitosti představují pro nemocné často vysokou zátěž. **Cítí se bezradní a mají obavy ze selhání**. To vše vnímají jako velké napětí a zátěž, což v důsledku vede k úzkostným stavům a posléze k záměrnému vyhýbání se situacím, které by mohly být zdrojem úzkosti. Uzavírají se do sebe a potřebný **klid nacházejí v samotě**.

Následkem psychických omezení, která nemoc přináší, pociťují **ztrátu svých vlastních schopností a kompetencí**, a to se promítá do běžného života, ve kterém selhávají. Nejsou schopni plnit si své povinnosti a řešit běžné situace, jako dřív. Chybí jim určité sociální dovednosti a mají **problémy v komunikaci**. Obtížně vytvářejí a udržují mezilidské vztahy. Selhávají v roli partnera, pracovníka, rodiče, přítele či studenta. Zpravidla jsou s životem nemocného se schizofrenií spjaty i další nepříznivé sociální okolnosti jako je ztráta zaměstnání, dlouhodobá hospitalizace, invalidita, rozchod s partnerem či ukončení studia, které ještě více **snižují kvalitu jeho života**.

Změna osobnosti, schopností a kompetencí nemocného, úzce souvisí se **změnou postavení** takto postiženého jedince v rodině, v jeho přirozeném prostředí, i ve společnosti. Protože nedokážou samostatně fungovat, bývají více či méně **odkázáni na pomoc druhých**. Jsou to obvykle rodiče, kteří zůstávají jediným zdrojem podpory v jejich obtížné situaci. Přesto nemocní hodnotí vztahy mezi jednotlivými členy v rodině

jako problematické. Nemocní jsou přesvědčeni, že **rodiče zklamali**, protože onemocněli a **nesplnili tak jejich očekávání**. Zřetelně pociťují, že rodiče obtížně přijímají skutečnost, že jejich dospělé dítě onemocnělo vážnou duševní nemocí. Stejně tak jako sami nemocní, i jejich rodiče **se obávají relapsů** nemoci a proto se snaží získat nad nemocným maximální kontrolu. Ta však bývá, z hlediska přínosu pro nemocného a vzájemných vztahů, často kontraproduktivní. Také reakce jednotlivých členů rodiny bývají různé, mnohdy protichůdné, což nemocným k jejich již tak křehké mysli nepřidá. Stejně tak k jejich duševní rovnováze nepřispívá fakt, že chování otců nemocní ve sto procentech odpovědí na zkoumanou oblast hodnotí jako **chladné a neempatické**. S velkou pravděpodobností otcové své životní zklamání z onemocnění svého potomka vyjadřují pasivní agresivitou v podobě otažitosti, neúčasti, nezájmem až pohrdáním. Dochází tak k postupnému **ochladnutí vzájemných vztahů**, někdy až k úplnému odcizení. Naopak matky mají velkou tendenci se v péči o svého nemocného potomka angažovat. Přistupují ke svým nemocným dospělým dětem **autoritářským, ochranným, někdy až paternalistickým způsobem**. Neustále je kontrolují, věnují jim nepřiměřenou pozornost a **nerespektují jejich vlastní autenticitu**. Toto chování nemocní považují za **výrazně omezující**, a ačkoli si takový přístup nepřejí a nesouhlasí s ním, většinou to nedokážou svým pečovatelům sdělit. Způsob takové péče považují za **nátlak**, který znásobuje již tak přítomné **pocity nesamostatnosti a neschopnosti být za sebe zodpovědný**. Je patrné, že vést nezávislý život je nemocným znemožněno z mnoha důvodů.

Velký podíl na zmíněných omezeních a inklinaci k izolaci má i vlastní léčba, která je dlouhodobá, často celoživotní. Léčbou se cítí být omezováni a mnohdy jim nepřináší požadovaný efekt. Přestože se léčí roky, **subjektivně nepociťují výrazné zlepšení** a nepřipadají si v kondici jako před nemocí. I toto je jeden z důvodů, proč k léčbě psychofarmaky a nutným kontrolám na psychiatrické ambulanci přistupují **ambivalentně** a pod tlakem okolí spolupracují **často pouze formálně**. Pacienti připouští, že užívání antipsychotik jim pomáhá odstranit akutní příznaky nemoci, ale **nežádoucí účinky léků**, jichž je poměrně značný počet, **vnímají s velkou nelibostí**. Zejména únava, útlum a zvýšená chuť k jídlu jsou vnímány jako nejvíce obtěžující.

Kombinace těchto nežádoucích účinků způsobuje, mimo jiné, **přibírání na váze, změnu vzhledu** a v důsledku **pohled na sebe samé**. Nemocní **nemají rádi své tělo, svou duši, stydí se za sebe**. Ještě více se uzavírají do sebe a **záměrně se izolují od ostatních**. Všichni mají stejná přání. Neužívat antipsychotika a nabýt energii, kterou postrádají. **Touží být opět aktivní, zhubnout a žít život bez omezení**. Tato zmiňovaná přání mají za následek časté vysazování léků, následný relaps onemocnění, hospitalizaci a intenzivní psychiatrickou léčbu. Nemocní se ocitají v bludném kruhu, kde nacházejí pouze **pocity beznaděje a ztráty smyslu života**. Jediným úlevovým východiskem z takové situace tak nezdědky kdy bývá myšlenka na smrt a ne neobvyklé **pokusy o sebevraždu**. Sebevražedné jednání může u pečujících vyvolat dva zcela odlišné přístupy v péči. Buď v nich probudí **paniku, strach, zoufalost, bezradnost** a proto se ještě důsledněji zaměří na nemocného, na užívání medikace a na příznaky nemoci. Jak již bylo zmíněno, tento **hyperprotektivní zájem** však nemocní považují za **nežádoucí, omezující a ponižující**, přestože chápou, že rodiče mají strach o jejich život. Druhou variantou přístupu k nemocným je odmítání pomoci a důrazný apel na jejich dospělost a zodpovědnost za vlastní život. Tento přístup však rovněž není přiměřený a vhodný. Nemocní jej považují za **neempatický a velmi zraňující**, neboť cítí, že není v jejich silách požadavky rodičů splnit. Je zřejmé, že není snadné najít rovnováhu v přístupu k nemocnému tak, aby byla respektována jeho práva a zachována jeho autenticita při současném plnění všech terapeutických záměrů lékaře a dodržování režimových opatření. Jak nadměrná péče, tak nezáměr rodičů, případně jiných pečujících způsobuje, že nemocní se cítí **nerovnocenní s ostatními vrstevníky, nerespektovaní**, v důsledku **frustrování a nepotřební**. Ačkoli se snaží sami nalézt klíč k řešení svých potíží, často jej nenachází. Tím se utvrzují ve vlastní **neschopnosti v životě obstat**, jejich **sebevědomí a sebeúcta klesá**, a nemocní se dostávají do známého **bezvýchodného kruhu beznaděje**.

Nejen v rodině, ale i ve vztazích ve svém okolí se nemocný **cítí nejistý a méněcenný**. Ztráta kontaktu s ostatními způsobená nejen projevy vlastní nemoci, ale i dlouhodobými hospitalizacemi a léčbou, má za následek oslabení a **odcizení ve vztazích**. Nemocní **nedokážou kontakty adekvátně obnovovat** a navazovat nejen pro

výrazné změny ve schopnosti vyjadřovat své pocity a myšlenky, ale i pro **snížený zájem o druhé lidi**. Nemocní mají zpravidla jen **negativní zkušenosti s reakcemi okolí** na existenci duševní nemoci jako takové, včetně vlastní, rovněž negativní, zkušenosti jako duševně nemocného člověka. **Nepochopení, nepřijetí, výsměch, ponížení**. To vše vede ke stigmatizaci, které se postižení nedokážou bránit. **Obavy ze sociálního kontaktu** řeší izolací, aby předešli nepříjemné úzkosti, **zklamání ze sebe sama** a zabránili postoji okolí, jež v nich podvědomě upevňuje přesvědčení o jejich odlišnosti. Nové vztahy raději nenavazují, protože mají zábrany hovořit o sobě s někým, kde předpokládají nepochopení. Některé známé ztratili v souvislosti s nemocí, jiné vztahy sami zredukovali. Pokud některé vztahy udržují, jde většinou o **vztahy formální a nedůvěrné**. Jejich sociální okolí se tak postupně zužuje a zároveň se tím snižuje i možnost podpory a pomoci. **Výjimečně si některé přátelské vztahy udrží**. Potom jde většinou o dlouhodobé vztahy, které vznikly v době před vypuknutím nemoci. Často to jsou jediné vztahy, ve kterých pociťují **pochopení a podporu**. Někdy pro ně znamenají i jediný **kontakt s okolním světem**. Jestliže mají pacienti vlastní děti, vztah s nimi považují za velmi důležitý. Přestože si nevěří a mají **obavy ze společné budoucnosti**, chtějí být **odpovědnými a dobrými rodiči** stejně tak, jako každý zdravý člověk. Zároveň si však uvědomují, jak jejich nemoc ovlivnila vzájemný vztah rodič-dítě a **často se obviňují**, do jaké situace své dítě přivedli. Pocit **selhání v rodičovské roli** vyvolává v nemocných **úzkost, lítost, zklamání a bezvýchodnou beznaděj**. Mají pocit, že jejich cesta směřuje opět jen jedním směrem. Směrem, který je vyvede z utrpení být při životě, který **ztratil smysl**.

Role duševně nemocného v rodině není lehká, avšak stejně obtížná je i jeho role ve společnosti. Společenská atmosféra není duševně nemocným nakloněna příznivě. Svědčí o tom i výpovědi a zkušenosti našich respondentů. Ve značné míře ji všichni hodnotí jako **nepřátelskou a opovrhující lidmi s duševní nemocí**. V této oblasti má naše společnost velké rezervy. Ač nemocní mají zájem se do společnosti zpět začlenit, chtějí žít kvalitní život, mít svou rodinu, pracovat a být ostatním prospěšní, vědí, že **bez pomoci ostatních toho nejsou schopni dosáhnout**. Aktuální stav péče o duševně nemocné organizovaný státem hodnotí jako nedostatečný. Nemocní mají informace o

organizacích, které pomáhají duševně nemocným, ale využívají je zřídka, někdy vůbec. Podporu a programy, které nabízejí, vnímají je často jako **zbytečné, nevyhovující**, nepříliš zaměřené na jejich problémy a **málo individuální**.

Nabízí se otázka proč tomu tak je? Odpověď je velmi jednoduchá. Koncept péče o duševně nemocné schopný reagovat rychle a schopný reagovat na individuální potřeby klientů chybí. Ve většině případů, a naši respondenti tuto tezi potvrdili, pohlíží většina psychicky nemocných do **budoucnosti pesimisticky** a dlouhodobě **bez příznivější perspektivy**. Předpokládají, že jejich život bude **ovlivňován vývojem nemoci**, který vnímají jako **nejistý a nevyzpytatelný**. Mají svá přání a touhy, ale pocítují, že sami, bez podpory a pomoci okolí, nejsou schopni si je plnit. Jejich jistota, jejich budoucnost, je **život v izolaci**.

## **12. Závěr**

Lidé se závažnou duševní nemocí pocítují omezení ve všech oblastech svého bytí. Řada z nich nemůže navázat na svůj předchozí život, se kterým byli spokojeni. V souvislosti s nemocí výrazně pocítují snížení kvality svého života. Obtížně zvládají svou nemoc a její psychické následky. Jsou nuceni bojovat s příznaky nemoci a zároveň je trápí a vysilují negativní účinky léků. V rodině pocítují napětí a ve společnosti odmítání duševně nemocných. K léčbě přistupují často formálně a zaujímají k ní ambivalentní postoj. Nejen samotní nemocní, ale i jejich rodiny a blízcí, jejich nemocí trpí. Problematické vztahy, hyperprotektivní postoj rodinných příslušníků, nebo naopak jejich neúčast, obavy z vlastního selhání, obavy z další ataky onemocnění a řada dalších nejistot představují pro nemocné velkou psychickou zátěž, která ještě více snižuje jejich sebedůvěru a možnost vést nezávislý život.

V léčbě a zotavení se z duševní nemoci je důležité propojení medicínského přístupu a sociálně psychiatrické rehabilitace. Významným prvkem psychiatrické ambulantní péče je prevence relapsů. Hospitalizace je určena ke stabilizačnímu pobytu a ke zvládnutí akutní fáze nemoci. Základním pilířem léčby jsou antipsychotika, která odstraňují příznaky nemoci a působí jako prevence relapsu. Tuto léčbu by měly provázet psychosociální intervence ovlivňující problémy, které samotná medikace

nevyřeší. Psychosociální intervence a komunitní péče zajišťující dlouhodobou psychiatrickou rehabilitaci v přirozeném prostředí nemocného člověka, by se vedle medicínských postupů měla stát základem péče a resocializace duševně nemocných.

Aktuální stav péče o duševně nemocné organizovaný státem má velké nedostatky. Současná situace v oblasti pomoci duševně nemocným je rozporuplná, pro nemocné nevyhovující a především bez pevné koncepce. V praxi chybí nejpodstatnější článek v péči o duševně nemocné, a sice důkladně propracovaná a vzájemně na sebe navazující komunitní péče se všemi funkčními aspekty. Tzn. péče, kterou by zajišťovali nejen vzdělaní terénní zdravotničtí pracovníci, ale i pracovníci z řad psychoterapeutů, psychologů, sociálních pracovníků, sociálních pedagogů a ergoterapeutů. Aktuální systém péče a služeb o duševně nemocné v ČR je soustředěn zejména do zdravotnických zařízení, aniž by však byl zajištěn kvalitní přechod pacientů po propuštění z nemocnice do domácího prostředí. Do budoucna je nezbytně nutné, aby stát podporoval rozvoj komunitních služeb, včetně jejich financování pojišťovny a včetně uzákonění právních aspektů takto poskytované péče. Komunitní pracovníci by pak mohli za klienty pravidelně vyjíždět do terénu a poskytovat pacientům v jejich přirozeném prostředí základní sociální poradenství, aktivně spolupracovat s rodinnými příslušníky, zapojovat nemocné do terapeutických a edukačních programů, asistovat při vyřizování sociálních dávek, žádostí o bydlení a pomáhat při vyřizování žádostí o invalidní důchody, apod.

Nastavený systém péče v současnosti podporuje klienty k pasivnímu přístupu k jejich onemocnění a k dlouhodobým pobytům v psychiatrických zařízeních, namísto toho, aby je motivoval k aktivitě, ke změně životního stylu, sebevzdělávání a ve snaze zapojit se na trhu práce.

Současnou systémovou trhlinu v oblasti péče by pomohly vyplnit takzvané multidisciplinární týmy. Již několik let se připravuje reforma psychiatrické péče, a zdá se, že v blízké budoucnosti by se mohla realizace reformy začít rozvíjet, neboť její spolufinancování penězi z evropských fondů je již na dosah. Je plánován vznik Center duševního zdraví, ve kterých by pracovaly týmy složené z psychiatrů, psychiatrických sester, sociálních pracovníků a v neposlední řadě i peer pracovníků, kteří mají s nemocí

vlastní zkušeností. Takto složený tým by byl schopen vyrazit do terénu a řešit nejen krize, eliminovat různá rizika, předcházet rozvoji atak a dekompenzacím, ale současně by pomáhal začlenit se duševně nemocnému do společnosti a zároveň významně snižoval stigmatizaci klientů.

Sebestigmatizace a stigmatizace nemocného, často i celé jeho rodiny je nezanedbatelným aspektem problematiky péče o duševně nemocné. K zúčastněným se společnost nezdědka chová jako k sociálně vyvrženým, což je ve 21. století nepřijatelné. Je proto důležité věnovat duševně nemocným velkou pozornost a péči a je nutné trvale obhajovat jejich základní lidská práva. Duševní nemoc nesmí být nálepkou, která vylučuje psychicky nemocné ze společnosti. Naopak, pro společnost i jednotlivce by měla být výzvou, která bude motivovat k pomoci a podpoře duševně nemocných, k jejich znovuzáclenění do společnosti a k využití všech možností, jak žít plnohodnotný život.

Zkušenosti ze zahraničí a praxe organizací zabývajících se poskytováním péče duševně nemocným v ČR potvrzují, že individuální přístup vede k lepším výsledkům péče a je klienty hodnocena pozitivněji, než opakované hospitalizace. Psychicky nemocní lidé zasluhují kvalitní systémovou péči, která by jim pomohla zlepšit kvalitu života.



## Použité zdroje

Bankovská-Motlová, L. a kolektiv: *Psychoedukace u schizofrenie*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2012. ISBN 978-80-87142-16-5.

Bankovská-Motlová, L., Španiel, F.: *Schizofrenie Jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. Praha: Mladá fronta, 2013. ISBN 978-80-204-2993-3.

Baudiš, P.: *Psychiatrie v číslech*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006. ISBN 80-85121-35-2.

Dušek, K., Večeřová-Procházková A.: *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-1620-6.

Hejzlar, P., Halíř, M.: Konference sociální psychiatrie. *Multidisciplinární spolupráce-různé pohledy na zotavení*. [online]. 2010. [cit. 9. 9. 2016]. Dostupné z <http://www.rpkk.cz/download/Sbornik/index.htm>

Hendl, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál. 2005. ISBN 80-7367-040-2.

Janoušková, M., Winkler, P.: Stigma a psychiatrie. *Psychiatrie*. 2015, 19(1), s. 31-33. ISSN 1211-7579.

Malá, E., Kocourková, J., Hort, V., Hrdlička, M.: *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-404.

Malá, E., Pavlovský, P.: *Psychiatrie*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0.

Marková, E., Venglářová, M., Babiaková, M.: *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1151-6.

Masopust, J.: Schizofrenie a somatické zdraví. *Psychiatrie pro praxi*. 2012, 13(suppl.B). ISSN 1803-5914.

Miovský, M.: *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.

Mohr, P., Čermák, J.: Deprese u schizofrenie. *Psychiatrie pro praxi*. 2006, 7(3), s. 8-9. ISSN 1803-5914.

Ocisková, M., Praško, J.: *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-247-9906-3.

Pěč, O., Probstová, V.: *Psychózy-psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: TRITON, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.

Pěč, O., Wenigová, B.: Potřeby odborníků a uživatelů psychiatrické péče. *Psychiatrie*. 2009, 13(1), s. 10-14. ISSN 1211-7579.

Pěč, O., Wenigová, B.: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. *Potřeby odborníků a uživatelů psychiatrické péče*. [online]. 2009. [cit. 30. 10. 2016]. Dostupné z <http://www.cmhcd.cz/cmhcd/media/media/ke%20stazeni/centrum/potreby-odborniku-psychiatricke-pece.pdf>

Petr, T., Marková, E.: *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4236-6.

Poluchová, J., Heretik A.: Stigma duševních poruch z pohledu lidí s diagnózou schizofrenie. Výsledky výzkumu. *Psychiatria-psychoterapia-psychosomatika*. 2009, 16(1), s. 2-11. ISSN 1338-7030.

Probstová, V., Pěč, O.: *Psychiatrie pro sociální pracovníky*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.

Psychiatrická péče 2015. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR*. [online]. © ÚZIS ČR, 2010-2016. [cit. 2. 12. 2016]. Dostupné z <http://www.uzis.cz/node/7576>

Reforma psychiatrie. *Reforma péče o duševní zdraví*. [online]. 2014. [cit. 10. 8. 2016]. Dostupné z <http://www.reformapsychiatrie.cz/tag/cdz/#.WBtYeWczWM8>

Švaříček, R., Šedřová, K.: *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.

Švestka, J.: Mortalita a morbidita u schizofrenie. *Psychiatrie*. 2005, 9(Suppl.1) s. 3. ISSN 1211-7579.

Vágnerová, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

Wenigová, B., Pěč, O.: Rozvoj péče o osoby s duševním onemocněním. *Situační analýza stavu péče o osoby s duševním onemocněním*. [online]. 2011. [cit. 20. 10. 2016]. Dostupné z [http://www.rpkk.cz/download/SA\\_FINAL\\_SHORT\\_tit.pdf](http://www.rpkk.cz/download/SA_FINAL_SHORT_tit.pdf)

Winkler, P., Csémy, L., Janoušková, M., Bankovská-Motlová, L.; Stigmatizující jednání vůči duševně nemocným v Česku a Anglii: dotazníkové šetření na reprezentativním vzorku populace. *Psychiatrie*. 2014, 18(2), s. 54-59. ISSN 1211-7579.

Žourková, A.: *Sexualita u nemocných s psychickými poruchami*. [online]. 2016. [cit. 30. 10. 2016]. Dostupné z <http://telemedicina.med.muni.cz/sexualita-u-nemocnych-s-psychickymi-poruchami/index.php?pg=hypertextova-ucebnice-schizofrenni-poruchy>

## **Přílohy**

Seznam příloh

Příloha č. 1. Doslovný přepis rozhovoru

Příloha č. 2. Ukázka otevřeného kódování

## **Příloha č. 1. Doslovný přepis rozhovoru**

### **Rozhovor Dagmar**

#### **OKRUH 1. SELF**

##### ***1. Popište mi prosím, jak se cítíte, když hovoříte o své nemoci.***

"Je to hrozně těžký, protože většinou mi rozumí lidi, který prostě prožili stejný trauma, to co já, stejný pocity bezmoci, strachu nebo tý šílený únavy. Potom to vlastně kulminuje a způsobuje to, že člověk si chce sáhnout po těch lécích a chce to prostě ukončit"

*Je rozdíl, když o Vaší nemoci mluvíte s lidmi, kteří mají zkreslené informace o nemoci, nebo třeba s profesionálem, který zná postatu Vašeho onemocnění?*

"Určitě, je to rozdíl, protože většina lidí, kteří mě znali ještě ze života, než se mi to stalo, mě zavrhl. O spoustu kamarádů jsem přišla. Jak se někdo dozvěděl, že jsem ležela na psychiatrii, tak si hned myslí, že jsem blázen. Takhle jsem přišla o kamarádku, taky zdravotní sestra, která všechno ví, mě hned ztrapňovala před ostatními a její chování bylo hrozný. Hrozně mě pomlouvala. I ostatní štvála proti mě. Nerada o týhle nemoci mluvím, je mi z toho zle.

*Takže Vám vadí ta nevědomost ostatních o schizofrenii?*

"Jo, neznají ty strašný pocity, který člověk může prožít a hned soudí. S Vámi se mi mluví dobře, Vás znám, nemusím se stydět, vy jste mi pomohla, když jsem jakoby nevěděla nic, co dál. Byl to zmatek, je to hrozně těžký o tom mluvit.

##### ***2. Jak se změnil Váš život po tom, co jste onemocněla?***

„Hodně, hodně. Nejhorší je, že přijdou ty nečekaný situace, ty nečekaný momenty tý nemoci. Je taková zákeřná. Chvíli je jakoby dobře, a pak se to najednou přehoupne a

je to špatně. Já jsem fakt extrémní případ, mám ty skoky tak strašný, že jsem nahoře, dole, nahoře, dole, nic uprostřed. Je to hodně těžký. Nejhorší, když jste dole, nikdo Vám nerozumí a nemůžete myslet."

### *Jak se změnil Váš rodinný život?*

"To je nejhorší. Moje dcerka žije u svého otce kvůli tomu, že jsem ležela na psychiatrii, jeho matka toho dosáhla. Nechala jsem jednou Natálku doma samotnou. Byla jsem úplně mimo. Vzali mi jí. Zrovna měla jít do první třídy. Teď jí mám jednu za čtrnáct dní, trochu jsme se odcizily. S bývalým nechci mít nic společného, byl to omyl. Vždycky jsem byla plná života, měla jsem energii, byla jsem živá, dokázala jsem si užívat. Teď to už nejsem já. Nedokážu se zasmát jako dřív, to jsem se smála všemu, všechno mi šlo. Je to pryč a nevím, jestli se mi to vrátí..... Myslím, že ne.....

### **3. *Jak se vyrovnáváte se svou nemocí?***

"Vlastní vůlí. Opravdu hodně se člověk musí sám začít dělat to, co mě baví. I táta mi to říká. Dělat něco, co tě nakopne a nezůstávat v depresi, že všechno je černý, špatný. Já jakoby hlavně trpím tou váhou. Jak jsem vždycky byla štíhlá, a teď se na sebe podívám, tak je to hrozný. Když jsem byla hubená, tak jsem si mohla ve značkových obchodech nakoupit, co jsem chtěla za pěknou cenu. Tak teď si je koupit nemůžu, protože se do toho nevejdu. Takže já to mám z toho estetického hlediska. Mám z té tloušťky úplný trauma, úplný deprese. Dřív jsem byla, jak jsem tančila, opravdu jsem byla zvyklá, vypadat jak modelka. Teď se svým vzhledem trápím, jsem tlustá, oteklá.. Ráda dělám háčkovací metodu, pořád něco pro malou tvořím, to mě baví, to má smysl, protože malé se to moc líbí. Jsem šťastná, když můžu mé malé dát něco od srdce. Tak to vyrobím a vytvořím a jsem za to ráda. Malá si to veme a je za to ráda. Chlubí se, že to dělala maminka. Ale když jsem v té nemoci, ani malá mě nezastaví. Já vím, že je o ní dobře postaráno a jdu přes mrtvoly.

#### **4. A co Vám, v poslední době, udělalo největší radost?**

*Smích...* "To nedokážu říct přesně, ale dala jsem si motto, jak začal jakoby tenhle nový rok, tak jsem ho prospala, neměla jsem náladu na alkohol, občas si dám sklenku. Hodně mě nabíjelo počasí, bylo krásně. Tak jsem si řekla, že zhubnu. Dávám si pozor co jím. To odhodlání mi udělalo radost, je to něco nového. Vařím si zeleninku, to mě baví.

Co tedy děláte nejraději?

"Háčekování, to má smysl a je krásný, odpočinu si, Baví mě to. Mám z toho radost. Taky dcerce ráda kupuju krásný věci, je jako já, chce být krásná."

### **OKRUH 2. VZTAHY**

#### ***1. Jaký vztah máte ke svým nejbližším?***

"To asi myslíte rodinu?"

*Ano, třeba vztahy v rodině, s partnerem, přáteli.....*

"No já nevím, já to vidím tak, že mámě neodpustím, co na mě napáchala tou její povahou. Táta ten už bezradnej za mnou přišel, když věděl, že se pokouším o ty sebevraždy, tak byl zoufalej, že takhle jednoduše bych chtěla ze světa odejít. Nikdy jim neodpustím, že mi v určitých věcech nepomohli, tam, kde bych to potřebovala, nepomohli. Tam, kde nechci, se mi pořád do života pletou, kontrolují mě, říkají, co bych měla dělat. S mamčou je to strašný, má hroznou povahu, nikdo s ní nevydrží. Taky hodně pila. Kdyby mi tenkrát pomohla, šla do důchodu a pomohla mi s malou, já měla dvě skvělé práce, uklízela jsem a brigádu jsem měla v solárku. Bylo to časově náročný, ale potřebovala jsem peníze, abych mě s malou uživila. Mamka mi nepomohla, tak jsem se zhroutila. To byl takovej stres, s mamkou, s prací, tak jsem skončila na psychiatrii. Kdyby mě máma tak nedeptala, pořád mi nadávala. Protože jsme dávali malou v šest do školky, úplně jsem se klepala. Pak jsem se zhroutila a dostala do takové dimenze, že

jsem byla úplně někde jinde. Tatka, to je takovej diplomat, je takovej, že je schopnej říct, za všechno si můžeš sama, tak si to prostě vydržet. Od té doby, co jsem se pokusila o první sebevraždu, tak viděl, že jsem to myslela vážně. Hodinu nade mnou brečel. Trochu se změnil, ale pořád má ty manýry prostě, naše rodina prostě nefunguje. Brácha ten je stranou, bydlí 30 km od Budějce a má svůj život. A já i tenkrát, když mi bylo špatně, mamka měla také hrozný stavy, bere spoustu léků, a skoro každěj řekne, že máma patří na psychiatrii, ne já. Je hrozný s ní vyjít, vždycky mě vykolejí, jsem nějak moc citlivá. Oni mají o mě brutální strach, večer k nim chodím spát. Jinak jsem ve svém bytečku, nechci být u rodičů, necítím se tam dobře. Pořád mě kontrolují, hrozně mě to unavuje a štvě. Nenechaj mě v klidu. Chtěla bych být úplně sama. Můžu si to sice dovolit, ale oni mě neustále kontrolují, i jestli beru léky, kde jsem..... Myslím, že bych to jednou chtěla zvládnout bez nich. Je to fakt těžký."

## ***2. Jak myslíte, že Vás ostatní vnímají od doby, co jste onemocněla?***

"Že už to nejsem já. No jako já nemám tolik známých, skoro všechny jsem vyřadila. Jestli mám kolem sebe tři lidi, s kterýma jsem v kontaktu a s kterýma si říkáme takové ty důvěrnější věci. A ty se mě snaží jakoby podpořit a pomoci, ale já jsem zvyklá spíš sama. Dřív, když jsem tančila, tak jsem byla sama za sebe a to mi zůstalo. Mám tu pevnou vůli, že si snažím pomoci sama."

*A co rodiče?*

"Rodiče mají hrozný strach o mě, o malou, myslím, že jsem jim na obtíž, a že jsem je zklamala, nechci je poslouchat. Nikdo nechce pochopit, že mám v atace ty stavy, kdy nejsem schopná nic dělat, jen tak jakoby sním a nechci se s nikým bavit. Myslím, že se naši se za mě stydí, ....., nechcú mě nemocnou, asi mě mají rádi, ale nevím...."  
/respondentka úzkostá, rozrušená/

## **3. S jakými reakcemi jste se setkala v souvislosti s Vaším onemocněním?**



"Ty, co nepoznají tu nemoc, ty pocity, to co se honí hlavou, ty mě nechápou. Odsuzují mě. Někteří se mě vyptávají, a pak pomluví. Mamka mi to vyčítala, proč má doma schizofrenika. Proč sem jí to udělala., ať se seberu. Měla strach."

*A co třeba, při hledání práce, jak se k Vám chovali?*

"Když hledám práci, tak se to snažím neříkat. Ale oni se zeptaj, proč mám důchod. Je to hrozný, pak se cítím úplně na dně. Teď mám známýho, je to mladík. Taky se léčil, tak asi ví, co jsem prožila. Ale není to nic vážného. Společnost je zkažená, ty vztahy jsou strašný. Chlapi jsou nějak divně vychovaní. Neumí se postarat ani o sebe, natož o ženskou."

*A co přátelé, jak ti se k Vám chovají?*

"Mám kamarádku v Itálii, ta by mi pomohla, ale je daleko, tak si voláme, ta mě chápe. Když jsem se dostala na psychiatrii poprvé, tak za mnou přijela z Itálie. Jsme nějak naladěný na stejnou vlnu, zná naše, tak ví, o co jde. To je snad jediný člověk, který mě chápe a neodsuzuje mě. No, je to jedinej člověk, kterému řeknu všechno."

### **OKRUH 3. BUDOUCNOST**

#### **1. Jak vnímáte svojí budoucnost?**

"No, jak bych to řekla. Bojím se, co přijde. Co se mi zas stane, protože jsem hrozně křehká. Takže mě to zase sestřelí, a že zas ta schizofrenie propukne a zas nebudu si ničím, fakt ničím jistá. Pak, když to přejde, že budu zas myslet na tu sebevraždu. A když pak mám ty léky, tak se mi to tak zúží, že chci umřít, usnout, nic už neřešit. Když máte tu možnost, tak už nečekáte, ale jednáte. Neplánuju nic, žiju z týdne na týden. Bojím se, strašně se bojím budoucnosti. Prostě, že třeba tenhle rok půjdu zase k tý komisi. Ty předchozí roky jsem dělala ty harakyry, ty sebevraždy, furt jsem byla na psychiatrii, tak mi důchod dali. Ale teď jak mám brigádu, tak se bojím, že o důchod přijdu a bojím se, že nebudu mít na jídlo a bydlení a na malou. To mě sice ujistila jedna

paní, že když to mám takhle daný, tak že mi to nemůžou vzít, ale mám strach, hroznej strach."

## **2. Jak vnímáte svou pozici na pracovním trhu?**

"No, jak bych to řekla, no jsem oslabená, jak bych to řekla, bojím se, že bych to nezvládla. Teď jak uklízím, to byla náhoda. Mamka mi to dohodila. Je to tam takový klidný, udělám si svojí práci, není to hektický. Před tou nemocí, jsem byla úplně jiná, prodávala jsem, byla jsem plná života. Teď vůbec nevím, až tady skončím, co budu dělat."

## **3. A jaké tedy máte plány?**

"No, určitě by mi pomohlo odjet za tou kamarádkou na ostrov do Itálie a tam si najít práci. Jenže tam je to taky náročný. Tam se tvrdě pracuje a se bojím, že bych to nezvládla. A taky zatím nemůžu kvůli malý, potřebuje mě, už takhle jsme se odcizily. Ale určitě bych se tam cítila líp, byla bych tam sama za sebe. Ale to nemůžu, kvůli ní. Tak bych tam třeba jela alespoň na dovolenou. Takže musím být tady v Budějčích, ale nevím, jestli tady můžu být šťastná. Chtěla bych být více s malou, ale už chodí do školy a vychovává jí její otec. Je málo času a peněz, tak akorát abych vystačila. Až skončí tahle brigáda, tak nevím, vidím to černě, co budu dělat. Ale snad něco seženu, třeba na čtyři hodiny, abych to zvládla. potřebuju takový řád, ráno vstát, jít pracovat a pak ven. Jinak ležím doma, přemýšlím a to je blbý. Všichni jsou v práci a já ležím, to nechci, to bych se zbláznila. Snad budu mít štěstí."

## **4. Co byste si přála?**

"Abych byla jako dřív, užívala si života, byla jsem zas krásná štíhlá ženská. Abych zas měla tu energii a sílu. Abych tancovala. Jo a nikdy se nedostat už na psychiatrii. Je to ponižující, strašný"

## 5. Jaké zkušenosti máte s organizacemi, které se věnují podpoře duševně nemocným?

"Myslíte Fokus?" *Třeba Fokus.* "Mě připadá, že prostě navnadí klienty, že jsou tady pro nás, chtějí telefony, že proběhne nějaká schůzka, ale když dojde na lámání chleba, tak ti prostě nepomůžou. Aby tam člověk vyráběl z novin nějaký košíčky, tak to mě třeba nenaplnovalo. Řekli mi, že si se mnou popovídaj, že to chápou, ale nikdy se mnou nesešli."

*Proč jste se nesešli?*

"Nevím, asi dvakrát to přesunuli a pak to nějak vyšumělo, ani nevím. Chtěla jsem si povídat, pochopit, co se mi stalo. Ale nikdy mi nepomohli. Také znám nějaké známé z psychiatrie, co potřebovali poradit. Byla tam prý paní, co to tam vedla, takové rodinné prostředí udělala, a snažila se pomoci, měla zájem o klienty. Tu taky vyštípali. Jo, taky jsem byla na stacionáři, ten program nebyl pro mě. Ono jen tak vařit a dělat sklo bez mluvení, bez cíle, to mě prostě nebavilo. Vůbec se tam nemluvílo. Ještě pak jednou jsem tam byla, a žádala o pomoc při hledání práce. Nenašli mi nic. Musím se postarat sama."

A nějaké jiné organizace znáte?

"Ne, asi ne, nevím o nich. Na psychiatrii mě kontaktovali jenom z Fokusu."

## Příloha č. 2. Ukázka otevřeného kódování

"Háčkování, to má smysl a je krásný, odpočíváš si, Bavi mě to. Mám z toho radost. Taký dcerce ráda kupuju krásný věci, je jako já, chce být krásná."

### OKRUH 2. VZTAHY

#### 1. Jaký vztah máte ke svým nejbližším?

"To asi myslíte rodinu?"

Ano, třeba vztahy v rodině, s partnerem, přáteli.....

"No já nevím, já to vidím tak, že mám neopustím, co na mě napáchala tou její povahou. Táta ten už bezradnej za mnou přišel, když věděl, že se pokouším o ty sebevraždy, tak byl zoufalej, že takhle jednoduše bych chtěla ze světa odejít. Nikdy jim neopustím, že mi v určitých věcech nepomohli, tam, kde bych to potřebovala, nepomohli. Tam, kde nechci, se mi porad do života pletou, kontrolojuj mě, říkají, co bych měla dělat. S mamčou je to strašný, má hroznou povahu, nikdo s ni nevydrží. Taký hodně pila. Kdyby mi tenkrát pomohla, šla do důchodu a pomohla mi s malou, já měla dvě skvělé práce, ukfízela jsem a brigádu jsem měla v solárku. Bylo to časově náročný, ale potřebovala jsem peníze, abych mě s malou uživila. Mamka mi nepomohla, tak jsem se zhroutila. To byl takovej stres, s mamkou, s prací, tak jsem skončila na psychiatrii. Kdyby mě máma tak nedeptala, pořád mi nadávala. Protože jsme dávali malou v šest do školky, upříme jsem se klepala. Pak jsem se zhroutila a dostala do takovej dimenze, že jsem byla úplně někde jinde. Táta, to je takovej diplomat, je takovej, že je schopnej říct, za všechno si mžee sama, tak si to prostě vydrže. Od té doby, co jsem se pokusila o první sebevraždu, tak viděl, že jsem to myslela vážně. Hodinu nadě mnou breče. Trochu se změnil, ale pořád má ty manýry prostě, naše rodina prostě nefunguje. Brácha ten je strana, bydlí 30 km od Budějce a má svůj život. A já i tenkrát, když mi bylo špatně, mamka měla také hrozný stavy, bere spoustu léků, a skoro každé řekne, že máma patří na psychiatrii, ne já. Je hrozný s ní vyjít, vždycky mě vykoledí, jsem nějak moc citlivá. Oni mají o mě brutální strach, večer k nim chodím spát, jinak jsem ve svém bytčku, nechci být u rodičů, necítím se tam dobře. Pořád mě kontrolojuj, hrozně mě to unavuje a štvě. Nenechaj mě v klidu. Chtěla bych být úplně sama. Můžu si to sice dovolit, ale oni mě neustále kontrolojuj, i jestli beru léky, kde jsem..... Myslim, že bych to jednou chtěla zvládnout bez nich. Je to fakt těžký."

#### 2. Jak myslíte, že Vás ostatní vnímají od doby, co jste onemocněla?