

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Katedra psychologie

**SUBJEKTIVNÍ PROŽÍVÁNÍ SCHIZOFRENIE**  
**THE SUBJECTIVE EXPERIENCE**  
**OF SCHIZOPHRENIA**



**Bakalářská diplomová práce**

Autor: Karolína Juřicová

Vedoucí práce: MUDr. PhDr. Miroslav Orel

Olomouc

**2014**

## **Prohlášení**

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

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Subjektivní prožívání schizofrenie“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V ..... dne .....

Podpis.....

## **Poděkování**

*Děkuji MUDr. PhDr. Miroslavovi Orlovi za odborné vedení této bakalářské práce, za čas, který mi věnoval, za inspiraci a za jeho cenné rady. Dále bych chtěla poděkovat vedoucímu pracovníkovi a sociální pracovníci z psychosociálního centra za pomoc při realizaci výzkumu. V neposlední řadě patří mé díky všem respondentům za jejich ochotu a trpělivost, s jakou se zúčastnili mého výzkumu. Závěrem bych chtěla poděkovat také své rodině a zejména svému příteli za poskytnutou podporu a pomoc při psaní této bakalářské práce.*

***Motto***

*„Když máte rakovinu, lidé vám pošlou květiny; když se zblázníte, tak to rozhodně neudělají.“*

Elyn R. Saksová

# OBSAH

ÚVOD .....	7
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b>	
<b>1 VÝVOJ NÁZVU SCHIZOFRENIE .....</b>	<b>9</b>
<b>2 KLINICKÉ PROJEVY SCHIZOFRENIE.....</b>	<b>12</b>
2.1 POZITIVNÍ PŘÍZNAKY .....	13
2.1.1 Halucinace.....	13
2.1.2 Bludy.....	13
2.1.3 Dezorganizace a derealizace .....	14
2.2 NEGATIVNÍ PŘÍZNAKY .....	15
2.2.1 Narušení kognitivních funkcí .....	15
2.2.2 Poruchy emotivity .....	16
2.3 DEPRESE U SCHIZOFRENIE.....	16
2.4 SCHIZOAFEKTIVNÍ PORUCHA.....	18
<b>3 PRŮBĚH A PROGNÓZA SCHIZOFRENIE .....</b>	<b>19</b>
3.1 PRODROMÁLNÍ OBDOBÍ .....	19
3.2 PSYCHOTICKÁ ATAKA .....	20
3.3 REZIDUÁLNÍ SCHIZOFRENIE .....	21
3.4 PROGNÓZA .....	21
<b>4 DIAGNOSTIKA SCHIZOFRENIE.....</b>	<b>23</b>
<b>5 KLINICKÉ FORMY SCHIZOFRENIE .....</b>	<b>26</b>
<b>6 LÉČBA SCHIZOFRENIE .....</b>	<b>29</b>
6.1 FARMAKOTERAPIE A BIOLOGICKÁ LÉČBA .....	29
6.2 PSYCHOSOCIÁLNÍ INTERVENCE A PSYCHOEDUKACE .....	31
<b>7 PROŽÍVÁNÍ DUŠEVNÍ NEMOCI .....</b>	<b>34</b>
7.1 STIGMA DUŠEVNÍ NEMOCI.....	35

7.2 DUŠEVNÍ NEMOC V RODINĚ .....	36
7.3 PROŽÍVÁNÍ SCHIZOFRENIE V LITERÁRNÍ TVORBĚ.....	37
7.4 VÝZKUM PROŽÍVÁNÍ DUŠEVNÍ NEMOCI.....	38
<b>VÝZKUMNÁ ČÁST</b>	
<b>8 CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....</b>	<b>41</b>
<b>9 METODIKA VÝZKUMU.....</b>	<b>42</b>
9.1 KVALITATIVNÍ VÝZKUM .....	42
9.2 VÝZKUMNÝ SOUBOR .....	43
9.3 METODA TVORBY DAT .....	45
9.3.1 Polostrukturované interview .....	45
9.3.2 Schéma otázek pro polostrukturované interview .....	46
9.4 METODA FIXACE DAT .....	46
9.5 DESIGN VÝZKUMU .....	47
9.5.1 Psychosociální centrum .....	47
9.5.2 Realizace výzkumu .....	49
9.6 ETICKÉ ASPEKTY VÝZKUMU .....	50
<b>10 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT.....</b>	<b>52</b>
10.1 ŽIVOT RESPONDENTŮ PŘED ONEMOCNĚNÍM .....	52
10.2 PROJEVY SCHIZOFRENIE .....	54
10.3 LÉČBA.....	56
10.4 VLIV SCHIZOFRENIE NA SOCIÁLNÍ OBLASTI ŽIVOTA .....	61
<b>11 DISKUSE .....</b>	<b>69</b>
<b>12 ZÁVĚRY.....</b>	<b>74</b>
<b>SOUHRN .....</b>	<b>76</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY .....</b>	<b>79</b>
<b>SEZNAM TABULEK .....</b>	<b>82</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>83</b>

# ÚVOD

Schizofrenie je jedno z nejzávažnějších duševních onemocnění, o kterém bylo napsáno bezesporu již mnoho. Pokaždé, když se však setkáme s člověkem, který touto nemocí trpí, může nás překvapit svou rozmanitostí. Schizofrenie je totiž onemocnění, které má mnoho podob a u každého klienta může mít zcela specifický průběh. Oproti její rozmanitosti však stojí poněkud jednostranný způsob prezentace této choroby, zejména v médiích. O nemocných se schizofrenií se zmíní pouze v případech, kdy spáchali nějaký zločin či přestupek. Neuvedou však, že se jedná jen o výjimku z celé řady nemocných, kteří jsou častěji nebezpeční spíše sami sobě, než svému okolí. Dalším mylným a převládajícím přesvědčením je také představa, že schizofrenie znamená rozštěp osobnosti. Když se však s nemocným člověkem osobně setkáme, zjistíme, že „v sobě“ rozhodně více osobností nemá. Někteří se mohou jevit jako podivíni, to nevyklučuji, ale ve většině případů se nejedná o nebezpečné osoby.

Chtěla bych zdůraznit, že jedinci, kteří schizofrenií onemocní, byli a stále jsou lidmi jako my všichni. Ráda bych tedy, zvláště ve výzkumné části této práce, poukázala také na to, že jsou to lidé, kteří chtějí žít plnohodnotný život se vším, co k němu patří. Nemoc jim však mnohé komplikuje a neusnadňuje jim to ani společenské předsudky. Proto napsání této práce považuji jako jednu z cest, jak prohloubit a ujasnit informace o této chorobě.

**Cílem této bakalářské práce** je tedy podat základní a ucelené informace o schizofrenním onemocnění a přinést poznatky o subjektivním prožívání této choroby. Domnívám se, že informace o subjektivním prožívání nemoci jsou důležité pro to, aby bylo možné lidem s tímto onemocněním ještě lépe porozumět, zjistit, jaké mají potřeby a poskytnout jim tak co nejlepší a komplexní péči.

V teoretické části popisují klinický obraz nemoci a její průběh, dále se věnuji diagnostice schizofrenie, možnostem její léčby a v neposlední řadě uvádím také teoretické poznatky o prožívání duševní nemoci. Ve výzkumné části se zabývám již samotným kvalitativním výzkumem, kde bylo mým cílem zjistit, jak své onemocnění vnímají konkrétní jedinci. Zejména se zaměřuji na to, jaký dopad na ně onemocnění mělo a jak a ve kterých oblastech života tyto změny nejvíce pociťují.

# **TEORETICKÁ ČÁST**



# 1 VÝVOJ NÁZVU SCHIZOFRENIE

Lze říci, že schizofrenie je onemocnění staré, jako lidstvo samo. Příznaky, které dnes shrnujeme pod názvem schizofrenie, zřejmě totiž fascinují lékaře a filozofy již tisíce let. Dokladem tomu může být např. fragment z Ajurvedy, starý tři tisíce čtyři sta let, kde jsou popisovány příznaky, které by mohly být považovány za projevy tohoto duševního onemocnění (Smolík, 1996).

Další doložitelnou zprávou o existenci tohoto onemocnění je papyrus ze starověkého Egypta, pocházející z období dva tisíce let př. n. l. O existenci schizofrenie se můžeme přesvědčit i v hebrejské bibli, odkud byl také přejat zlidovělý výraz „*mešuge*“, označující nejen schizofrenii, ale často duševní poruchy obecně (Orel et al., 2012).

V polovině 19. století, přesněji v roce 1853, popsal francouzský psychiatr **Benedict Augustin Morel** stav, který se projevuje u mladých jedinců náhlým znehybněním všech duševních schopností. Podle Morela je nemožné jedince z tohoto stavu vyléčit a hovořil tudíž o *démence précoce*, což byla varianta klasifikační kategorie *získané demence* J. P. B. Esquirola (Höschl et al., 2002).

Pro další vývoj a klasifikaci schizofrenie byl významný rok 1896. Německý psychiatr **Emil Kraepelin** sjednotil tři varianty onemocnění, katatonní, hebefrenní a paranoidní, pod názvem *dementia praecox*, neboli předčasná demence. Schizofrenii tedy popisuje jako onemocnění, které vzniká zpravidla v raném věku a které se vyznačuje zhoršováním kognitivních funkcí a takovým úpadkem osobnosti, že lze hovořit o demenci (Vágnerová, 2008).

Ne vždy však musí mít schizofrenie takový průběh, jak Kraepelin popisuje. Z tohoto důvodu zavádí **Eugen Bleuler** v roce 1911 termín **schizofrenie**, který známe a užíváme jej dodnes. Označení schizofrenie pochází ze dvou řeckých slov, a to *schizein* neboli rozštěp a *phren*, což znamená mysl. Bleuler tak již v názvu zdůraznil jednu z nejdůležitějších charakteristik této duševní choroby, kterou je „rozštěp“ různých psychických funkcí. Zcela shodně s dnešním pojetím se Bleuler domníval, že se jedná o skupinu zahrnující několik nemocí s podobnými symptomy. Z praktických důvodů však použil pojem v singuláru (Bankovská - Motlová, & Španiel, 2011).

Schizofrenie, jako jedna z nejzávažnějších duševních poruch, sebou stále nese poměrně velké **stigma**, které má dopad jak na pacienty, tak na jejich blízké. Ačkoliv roku 2011 oslavil název schizofrenie své sté narozeniny, budí doposud, v jedenadvacátém století, rozpaky. Navzdory moderním postupům v léčbě a v psychiatrické rehabilitaci, stále u mnoha lidí převládají mylné představy o nemocných se schizofrenií. Pohlíží na ně často jako na nebezpečná a nepředvídatelná individua. Na schizofrenního pacienta se dívají skrz prsty zejména kvůli obavám z jeho agresivního chování. Není tedy divu, že se jedinec s diagnózou schizofrenie rozhodne svou chorobu na veřejnosti vydávat raději za depresi. Deprese totiž stigma nenesé. Z různých průzkumů také vyplývá, že se mnoho psychiatrů uchyluje k jiné, velmi podobné, ale méně stigmatizující diagnóze. Činí tak z obavy, že by pacient diagnózu schizofrenie nepřijal a odmítnul by léčbu. Mnoho pacientů se schizofrenií tedy nezná ani svou pravou diagnózu (Bankovská - Motlová, & Španiel, 2011).

Z výzkumu, který byl proveden konkrétně v **Japonsku** (Ono et al., 1999) vyplývá, že mnoho psychiatrů váhá s informováním pacienta o diagnóze schizofrenie. Zejména kvůli obavě ze sociálního stigmatu choroby. 52% členů Japonského sdružení psychiatrie a neurologie (JPSN) informovalo své pacienty o diagnóze pouze příležitostně, případ od případu. Pouhých 7% z nich sdělilo diagnózu všem svým pacientům a 37 % informovalo o diagnóze pouze členy pacientovy rodiny.

Velmi důležité je také zjištění, že přibližně 167 000 pacientů se schizofrenií strávilo průměrně více než jeden rok na psychiatrickém oddělení, aniž by znali, jaká je jejich diagnóza (Sato, 2006).

Nabízí se tedy otázka **změny názvu** tohoto onemocnění. První zemí, která se začala touto problematikou zabývat, bylo Japonsko. Zatímco Světová psychiatrická asociace (WPA) iniciovala program proti diskriminaci a stigmatizaci kvůli schizofrenii v roce 1996, JPSN začalo vyvíjet své úsilí v řešení nedorozumění a hluboce zakořeněných předsudků o schizofrenii již v roce 1993. Jedním z cílů tohoto sdružení bylo také nahrazení starého Japonského termínu pro schizofrenii - „*Seishin Bunretsu Byou*“ (**mind-split-disease**) novým termínem - „*Togo Shitcho Sho*“ (**integration disorder**). Nový název byl zaveden v srpnu roku 2002 (Sato, 2006).

Užíváním starého japonského termínu pro schizofrenii bylo na pacienta, i přes jeho uzdravení, většinou nahlíženo jako na člověka s dezorganizovanou osobností. Jakmile tedy byla jednou stanovena diagnóza („*Seishin Bunretsu Byou*“), bylo na pacienta pohlíženo

jako na nemocného člověka v podstatě celý jeho život. Nový japonský termín pro schizofrenii (“*Togo Shitcho Sho*”) klade důraz na skutečnost, že tato duševní choroba může být vyléčena. A to zejména díky kombinaci pokročilé farmakoterapie s příslušnou psychosociální intervencí (Sato, 2006).

V Japonsku již změna označení pro schizofrenii sklízí svůj úspěch. Dokládá to např. výsledek výzkumu, ve kterém byl použit implicitní asociační test na vzorku japonské mládeže. Starý termín byl často spojován s výrazy jako „kriminálník“, „zločinec“. Tato asociace se však stala výrazně slabší ve spojení s novým termínem. Zdá se tedy, že strategie přejmenování by mohla být dobrým krokem k ovlivnění negativní zaujatosti vůči tomuto onemocnění v Japonsku (Takahashi et al., 2009).

Zatím není známo, zda další vydání Mezinárodní klasifikace duševních nemocí, evropská **MKN-11**, pojem zachová. Zda bude název schizofrenie zaměněn za jiný, se zřejmě dozvíme až v roce 2015, na který se podle WHO (2013) chystá vydání MKN-11. Navrhovaný název v angličtině, „**salience syndrom**“, vystihuje, že se jedná o poruchu připisování významnosti podnětu (Bankovská – Motlová, & Španiel, 2011).

Označení schizofrenie nadále zůstává v páté revizi DSM. Došlo však ke změnám v definici tohoto onemocnění, což zahrnuje odstranění klasických podtypů, lepší odlišení schizofrenie od schizoafektivní poruchy, vyjasnění vztahu schizofrenie ke katatonii apod. **DSM-V** se tedy snaží odstranit nedostatky předchozí revize a zahrnout nové informace o povaze této duševní poruchy, které se nahromadily v průběhu dvou desetiletí (Tandon et al., 2013).

Zůstává otázkou, zda by změna názvu schizofrenie u nás a v ostatních evropských zemích přinesla podobný úspěch, jako tomu je v Japonsku. Mohlo by to pomoci k destigmatizaci této duševní choroby a přispět tak k jejímu lepšímu přijetí pacienty i jejich blízkými. Domnívám se, že základem je také dobrá informovanost veřejnosti, která spočívá ve vyvrácení mnohých nedorozumění a špatných výkladů této diagnózy.

## 2 KLINICKÉ PROJEVY SCHIZOFRENIE

Schizofrenie je velmi vážné duševní onemocnění, které se projevuje chronickým postižením myšlení a vnímání, poruchou emotivity a narušením osobnostní integrity (Vágnerová, 2008).

Raboch, Zvolský et al. (2001) uvádí, že toto **psychotické onemocnění** významně narušuje schopnost nemocného srozumitelně se chovat, jednat a nalézat uplatnění v životě. Nemocný zkrátka není schopen pokračovat v životě tak, jak tomu bylo před onemocněním. Jedná se o vleklou nemoc, která postihuje také pracovní schopnost člověka a tím snižuje jeho společenské uplatnění. Tento problém je výrazný hlavně pak ve společnostech, které upřednostňují individuální výkon a zodpovědnost.

Důležité je zdůraznit, že **psychóza** je závažné duševní onemocnění, které je **léčitelné**, ale zasahuje hluboko do osobnosti pacienta a také do jeho vztahu s okolím. Schizofrenie se jako psychóza řadí mezi **funkční psychózy** – tedy mezi ty, které na počátku neprovází žádné zjizvitelné poškození činnosti mozkové tkáně. U jedince dochází k zásadní změně způsobu prožívání sebe sama, ostatních lidí i světa, v němž žije. Do popředí se místo společného světa dostává svět přeludů a fantazií. Jedná se tedy o stav, při kterém dochází k narušení kontaktu s realitou. Můžeme si to představit tak, že nemocní slyší a vidí věci, které neexistují a pod vlivem svých představ pak jednají neobvykle a nepřiměřeně (Doubek, Praško, Hons, & Herman, 2010).

Syřišťová (1977) chápe příznaky psychické nemoci jako vyjádření skutečnosti, že jedinec není schopen nebo nemůže vědomě řešit a zvládnout určitou obtížnou životní situaci a uspokojit své potřeby reálným způsobem. Na psychickou chorobu nahlíží jako na obranný mechanismus či jako na spontánní pokus osobnosti o uzdravení.

Bleuler označil příznaky schizofrenie jako **4A**, což zahrnuje poruchu asociací, afektivity, autismus a ambivalenci (Raboch, & Pavlovský, 2003).

V následujících podkapitolách jsou uvedeny charakteristické příznaky schizofrenie. Je však na místě uvést, že symptomy tohoto onemocnění a psychóz všeobecně jsou velmi pestré a rozmanité, vzájemně se kombinují a také se během onemocnění mění (Doubek et al., 2010).

## 2.1 POZITIVNÍ PŘÍZNAKY

Pozitivní příznaky se vyznačují **nadměrným** nebo **zkresleným** vyjádřením normálních funkcí. Jedná se o takové příznaky v psychice nemocného, které se u zdravého jedince nevyskytují. Můžeme nabýt dojmu, jako by byla psychika nemocného o tyto projevy rozšířena. Mezi hlavní pozitivní symptomy patří zejména změny v kvalitě vnímání – **halucinace** a poruchy obsahu myšlení – **bludy**. Do této kategorie řadíme také další příznaky jako je vzrušenost, dezorganizovaná řeč, dezorganizované chování, produktivní katatonie (echomatismy, stereotypie, verbigerace), dále také manýrování, bizarní projevy, flexibilitas cerea, katalepsie, povelový automatismus, negativismus, impulsy a raptý. (Praško et al., 2005; Dušek, & Večeřová – Procházková, 2011).

### 2.1.1 Halucinace

Halucinace jsou šalebné vjemy, kdy dotyčný vnímá neexistující podněty a zároveň je přesvědčen o jejich reálné povaze. Mezi nejčastěji se vyskytující halucinace patří halucinace sluchové neboli „**hlasy**“, které mohou jedinci něco přikazovat, radit nebo mu nadávat a zároveň ho hájit. Halucinace se mohou týkat všech smyslových modalit. Rozlišujeme také halucinace zrakové, čichové, chuťové, hmatové, pohybové, viscerální či halucinace extrakampinní a inadekvátní. Významné jsou pro diagnostiku **halucinace intrapsychické**. Pacient má pocit, že jsou mu myšlenky někým do hlavy vkládány nebo naopak z hlavy odebírány. Někdy může nabývat dojmu, že jsou jeho myšlenky ozvučovány či zveřejňovány (Orel et al., 2012).

Intrapsychické halucinace jsou pro pacienta velmi nepříjemné. Bankovská – Motlová a Španiel (2011) se zmiňují o obavách, které v nemocném člověku mohou vyvolat. Pacient se může cítit jako by jeho hlava byla otevřenou knihou, v níž si každý může přečíst, co si myslí nebo jej může o myšlenky okrást, z čehož pramení pocit úplné ztráty soukromí.

### 2.1.2 Bludy

Bludy jsou mylná a nevyvratná přesvědčení, která vznikají jako důsledek mylné interpretace vjemů či prožitků. Nemocný je přesvědčen o nějaké skutečnosti, která však

není pravdivá a mnohdy nemůže být ani možná. Toto přesvědčení zcela ovlivňuje jeho jednání (Kučerová, 2010).

Pro blud je charakteristický určitý časový **vývoj**, kdy na počátku stojí jen myšlenka, která se postupně vyvine v bludné přesvědčení a následovat může také vytvoření velmi propracovaného systému bludů. Pacient přestává rozumět sobě i svému okolí, začne mít pocit, že se na něj lidé na ulici divně dívají, že ho sledují např. červená auta, doma se mu zdá, že mu někdo prohledal zásuvky, často se objevuje přesvědčení, že po něm jde policie, bojí se a přestává spát. Začne podnikat konkrétní protipatření na svou obranu. Má pocit, že věci mají speciální až magický význam, že vše souvisí se vším, vylučuje náhodu. Hledá proto jednoznačné vysvětlení a vzniká tak blud. Stejně jako u halucinací, existují určité druhy bludů. Mohou se týkat již zmíněných pocitů pronásledování, nemocný může být přesvědčen, že disponuje výjimečnými schopnostmi či nadpřirozenou mocí, nebo že má významný původ. Výjimkou nejsou ani bludná přesvědčení s náboženským či erotomanickým obsahem (Praško et al., 2005).

Vágnerová (2008) zdůrazňuje, že bludy a halucinace nesmíme nemocnému vymlouvat a ani dokazovat, že se jedná o nesmysly. Musíme mít na paměti, že nemocný se cítí v takové situaci ohrožen a že naším pokusem o narušení jeho vnímání světa bychom mohli vyvolat agresivní reakci. Blud lze chápat jako **obranný mechanismus** jedince, který mu pomáhá řešit jeho aktuální problém. V bludu lze také nalézt individuální a specifické znaky jedince. V rámci chorobného procesu se jako obsah bludů a halucinací mohou objevit minulé traumata či negativní zážitky jedince.

### 2.1.3 Dezorganizace a derealizace

U schizofrenie se nevyskytuje jen porucha obsahu myšlení, ale také porucha jeho **formy** a **dynamiky** spolu s **dezorganizací řeči**. V řeči se mohou objevovat neologismy, ztrácí se asociace a tangencialita, což se projeví neschopností udržet téma konverzace. Projev pacienta je inkoherní, zdá se, že postrádá „hlavu a patu“. Myšlení se může zastavit uprostřed věty, pacient opakuje to, co říká terapeut nebo naopak nemluví vůbec. Může také opakovat určitá slova, která však nedávají smysl. **Dezorganizace chování** je pozorovatelná zejména v zanedbávání péče o zevnějšek, včetně nápadností v oblékání (Bankovská – Motlová, & Španiel, 2011).

Výše zmíněné symptomy jsou typické zejména pro akutní onemocnění. Vágnerová (2008) se v rámci těchto symptomů zmiňuje také o **autistických projevech** nemocných se schizofrenií. Svět se jim jeví jako cizí a neznámý, dochází k tzv. **derealizaci**. Svět je pro nemocného zdrojem mnoha nesrozumitelných podnětů, které jsou mu nepříjemné, a tak se před nimi ukrývá ve svém fantazijním světě. Jedinec soustředí svou pozornost na sebe sama a ztrácí zájem o kontakt s okolím. Náhled na nemoc ve většině případů chybí, což značně komplikuje spolupráci při léčbě.

## 2.2 NEGATIVNÍ PŘÍZNAKY

Negativní symptomy znamenají **oslabení** nebo **ztrátu** normálních funkcí, dochází k jejich **útlumu**. Zpravidla tyto příznaky nebývají tak nápadné jako příznaky pozitivní, vyvíjejí se během delšího časového období, ale jsou hůře léčitelné (Praško et al., 2005).

Bankovská – Motlová a Španiel (2011) uvádí, že nejčastějšími negativními projevy jsou plochá afektivita, snížená emoční reaktivita, snížení zájmu o aktivity ve všech oblastech lidského bytí, ztráta iniciativy a alogie neboli ochuzení řeči. Tyto projevy se většinou objeví po odeznění akutní fáze onemocnění, často po návratu z nemocnice, kdy si nemocný plně uvědomí své onemocnění se všemi jeho následky. Pacient si připadá neschopný, postrádá motivaci, je apatický. Objevuje se také ztráta vůle neboli abulie, pocity beznaděje, depresivní nálada či anhedonie. Tato bezvýchodná situace může jedince vést také k suicidálnímu jednání.

S těmito příznaky souvisí také problémy a omezení v navazování kontaktu a v komunikaci, vytrácí se z ní spontaneita. Snížena je i mimika obličeje. Nemocný není schopen udržet pozornost ani při čtení knihy a často má problém v oblasti exekutivních funkcí, tj. s rozhodováním a s plánováním (Praško et al., 2005).

### 2.2.1 Narušení kognitivních funkcí

Do skupiny kognitivních neboli poznávacích funkcí řadíme paměť, pozornost, schopnost plánovat, schopnost tvůrčího řešení problémů a flexibilní reakce na změnu. Díky nim zkoumáme okolní svět a řídíme své projevy a chování. U schizofrenie dochází nejčastěji k poruše pozornosti, rychlosti zpracování informace, k poruše pracovní i dlouhodobé

paměti, exekutivních funkcí, abstraktního myšlení a poruše sociální kognice. K dlouhodobému mapování postižení a zlepšení kognitivních funkcí u schizofrenie byla vyvinuta komplexní testová baterie **MATRICES** (Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia) (Bankovská – Motlová, & Španiel, 2011).

Kognitivní symptomy se zpravidla vyskytují v doprovodu dalších negativních příznaků. Poruchy poznávacích funkcí mohou vést k tzv. **kognitivnímu deficitu**, který je příčinou selhávání jedince v každodenních činnostech a v běžných situacích. Výrazně tedy zasahují do pacientova pracovního či studijního života, ale i do kontaktu s lidmi. Závažné narušení kognitivních funkcí pak brání návratu do zaměstnání či ke studiu i přesto, že jedinec akutními pozitivními příznaky již netrpí (Praško et al., 2005).

### 2.2.2 Poruchy emotivity

Emoční prožívání jedinců trpících schizofrenií se mění v průběhu celého onemocnění. Zvláště na počátku nemoci, v akutní fázi, se objevují nepřiměřené emoce, přecitlivělost a emoční labilita. Nemocný může prožívat také protichůdné pocity, potom hovoříme o afektivní ambivalenci. V pozdější fázi onemocnění dochází spíše k útlumu emoční reaktivity. Objevuje se apatie a neschopnost prožívat emoce (Vágnerová, 2008).

Častými příznaky jsou také **poruchy nálady** a výskyt **úzkosti**, které mohou být reakcí na uvědomění si reality probíhajícího duševního onemocnění. Na pacientovy obavy z neuzdravení pak mohou navazovat sebevražedné myšlenky (Praško et al., 2005).

Motlová a Koukolík (2004) uvádí, že každý desátý nemocný se schizofrenií spáchá sebevraždu. Z výsledků studií vyplývá, že se o **suicidium** pokusí 25-50% pacientů a 4-13% ji dokoná.

## 2.3 DEPRESE U SCHIZOFRENIE

Zážitek jakéhokoliv duševního onemocnění je bezesporu těžký pro každého člověka. Najednou není schopen vyhovět požadavkům a nárokům společnosti, lidé pro něj často nemají pochopení, a tak se více stahuje do sebe a nekomunikuje s okolním světem. Potom,



co na svoji situaci získá náhled a uvědomí si, jaké má duševní onemocnění dopad na jeho dosavadní život, mohou se objevit reakce zahrnující úzkostnou a depresivní náladu.

Pozornost je věnována zvláště vztahu mezi **depresí** a schizofrenií. Po odeznění schizofrenní ataky může dojít k depresivnímu stavu, který nazýváme **postschizofrenní deprese (F20.5)**. Znamená to, že v průběhu jednoho roku byla splněna kritéria pro schizofrenii, ale v současné době se nevyskytují. Zároveň depresivní příznaky trvají dostatečně dlouho a jsou dostatečně závažné, aby naplňovaly kritéria alespoň pro středně závažnou depresivní epizodu. Tento depresivní stav se vyznačuje zvýšeným rizikem sebevraždy (Praško, & Látalová, 2013).

Maršálek (2007) považuje přítomnost deprese u schizofrenie za nositelku špatných zpráv. Jednak dosti komplikuje diagnostiku a léčbu základního onemocnění a také výrazně ovlivňuje jeho prognózu a kvalitu života nemocného. Bývá posledním varováním před závažnými komplikacemi psychózy, jako je zhoršení kvality života ve spojení s nespouprací v léčbě nebo s nečekanou sebevraždou. Stává se, že ve chvíli, kdy se jedinec zbaví psychotické produkce, stane se deprese jeho hlavním psychickým problémem. Výskyt deprese u schizofrenie je poměrně vysoký, aktuálně jí trpí asi čtvrtina nemocných a celoživotně dvě třetiny.

Hovoří se o několika modelech vztahu deprese a schizofrenie. První vysvětlení je, že **psychóza vyvolává depresi**. Tento model považuje depresi za reakci na prožitek psychózy nebo na změny společenské role. Vychází z pozitivní korelace mezi výskytem pozitivních příznaků a rozvojem deprese na počátku onemocnění i později při rozvoji postschizofrenní deprese. Druhou možností je, že **deprese vyvolává psychózu**. Tento předpoklad se opírá o klinická pozorování, že prodromální deprese se často objeví jako jeden z prvních příznaků schizofrenie nebo jejího relapsu. Posledním modelem je předpoklad, že **psychóza i deprese se vyvíjejí současně** jako dva jádrové příznaky stejné nemoci (Maršálek, 2007).

Maršálek (2007) dodává, že ze všech zmíněných příznaků nejvíce snižuje kvalitu života nemocného právě deprese. Je totiž klíčovým faktorem sebevražednosti u schizofrenie, zejména pokud zjistíme pocit beznaděje, ruminaci myšlenek, sociální stažení a sníženou aktivitu. Proto by měl ošetřující lékař vždy s možností sebevraždy u pacienta počítat a aktivně po ní pátrat. K detekci deprese se využívá např. Beckův dotazník (BDI) nebo Calgarská škála deprese u schizofrenie (CDSS).

Jak uvádí Bagarić et al. (2013), rozpoznání depresivních symptomů by mělo být nedílnou součástí klinického hodnocení pacientů se schizofrenií. Některé aspekty schizofrenie totiž mohou maskovat depresivní symptomy a komplikovat tak jejich léčbu. Vzhledem k tomu, že se lékaři obvykle zaměřují na pozitivní a negativní příznaky nemoci, zůstává deprese často nerozpoznaná a podceňovaná. Zvláště u pacientů s převážně pozitivními příznaky, kteří dobře reagují na léčbu antipsychotiky, je největší riziko nerozpoznání deprese. Negativní symptomy korelují méně se zvýšeným rizikem suicidálního jednání. Avšak jejich překrytí depresivními příznaky, nerozpoznání deprese a následná neadekvátní léčba, riziko sebevraždy zvyšuje. Uvádí se, že pacienti s první epizodou schizofrenie mají vyšší výskyt depresivních symptomů.

## 2.4 SCHIZOAFEKTIVNÍ PORUCHA

V rámci diferenciální diagnostiky bychom neměli zapomínat zvážit možnost onemocnění schizoafektivní poruchou, která zahrnuje jak poruchy nálady, tak příznaky schizofrenní poruchy. Typická je přítomnost chorobně zvýšené nebo skleslé nálady (Raboch, Zvolský et al., 2001).

**Afektivní příznaky** se u této poruchy vyskytují ve dvou podobách. První je varianta **manická**, která se vyznačuje příznaky typickými pro manický syndrom, doprovázenými paranoidními bludy a extatickými projevy. Druhou je pak varianta **depresivní**, se symptomy typickými pro depresi. Vyznačuje se snížením psychomotorického tempa, depresivními bludy a zvýšenou tendencí k sebevražednému jednání (Vágnerová, 2008).

Pro diagnostiku této poruchy je nutná přítomnost také charakteristických **schizofrenních symptomů**, jako je inkohrentní myšlení, manýrování, ambivalence, intrapsychické halucinace, zveřejňování myšlenek a další (Raboch, Zvolský et al., 2001).

## 3 PRŮBĚH A PROGNÓZA SCHIZOFRENIE

Stejně jako jsou rozmanité symptomy, je i průběh schizofrenie velmi proměnlivý. Hloubku, stálost, trvalost a povahu změn ovlivňuje řada faktorů. Mezi tyto vlivy řadíme samotný chorobný proces, osobnost nemocného, jeho schopnost přizpůsobit se a v neposlední řadě také sociální prostředí a intenzitu stimulace, které je nemocný vystaven. Pro schizofrenii je typický počátek v adolescenci a v časně dospělosti, u nás zejména mezi **20. a 24. rokem**. Světový průměr udává vrchol onemocnění mezi 26 a 27 lety (Höschl et al., 2002).

Češková (2005) oproti tomu uvádí, že schizofrenie nejčastěji začíná mezi 15. a 45. rokem věku. Je zde tedy vidět, že věkové rozmezí počátku onemocnění se u některých odborníků liší, ale vždy zahrnuje období adolescence a časně popř. střední dospělosti.

Jak zmiňují Motlová a Koukolík (2004), je těžké určit začátek onemocnění, protože většinou nezačíná psychotickými příznaky, ale spíše nespecifickými projevy, jako je neklid, nadměrná podrážděnost a náladovost. Období mezi patnáctým a třicátým rokem se označuje za nejvíce rizikové pro počátek schizofrenie a ne náhodou se shoduje s hlavním obdobím sociálního zrání osobnosti.

### 3.1 PRODROMÁLNÍ OBDOBÍ

Schizofrenie se poprvé projeví pravděpodobně atakou akutních psychotických příznaků. Této první atace někdy předcházejí tzv. **prodromy** neboli **prodromální období**, které se vyznačuje již zmíněnými nespecifickými příznaky. Problémem však zůstává odlišení těchto prodromálních příznaků např. od komplikovaného dospívání, které se může projevovat stejně jako počínající psychotické onemocnění. (Bankovská – Motlová, & Španiel, 2011).

Vágnerová (2008) hovoří o prodromech jako o určitých nápadnostech, které se mohou před vypuknutím choroby objevovat a přetrvávat i několik let. Někdy je možné nalézt náznaky těchto projevů již v dětství. Mohou se jevit jako neurotické potíže nebo pouhé osobnostní zvláštnosti.

Mezi prodromální nespecifické projevy se tedy řadí negativní symptomy (ztráta energie, pomalost, potíže s myšlením a koncentrací) zahrnující také afektivní příznaky (depresivní nálada, úzkostná nálada, nedostatek sebevědomí). Tyto projevy představují potenciální riziko zhoršení sociálního fungování, které je důležité pro pozdější průběh nemoci a kvalitu života (Motlová, & Koukolík, 2004).

Praško, Bareš, Horáček, Seifertová a Šípek (2001) uvádí, že se prodromy často kryjí s osobnostními rysy jedince. V osobnostní skladbě pak bývá přítomna uzavřenost, pasivita, introverze a s tím spojený nedostatek kontaktů s vrstevníky. V prodromálním období si jedinci také mohou stěžovat na nespecifické bolesti hlavy, zad a svalů, trávicí obtíže a na pocity celkové slabosti. Mohou tak být odesíláni na různá vyšetření k praktickému lékaři pro podezření na zanedbané tělesné onemocnění nebo chronický únavový syndrom. Tělesné onemocnění je pro nemocného i jeho rodinu stále přijatelnějším vysvětlením obtíží, než onemocnění duševní. Celkovou proměnu blízkého si rodina a přátelé zpravidla uvědomí později. Mohou zaregistrovat změny ve výkonnosti v práci nebo ve škole a potíže s fungováním ve společnosti.

### 3.2 PSYCHOTICKÁ ATAKA

Na prodromální období navazuje **psychotická epizoda** neboli **ataka**, což je stav, který často vede k hospitalizaci pacienta. Projevuje se náhlými změnami vztahu ke skutečnosti, bludy, halucinacemi, ambivalencí, nepřiléhavými emocemi, poruchami myšlení a dalšími příznaky popsány v předchozí kapitole (Höschl et al., 2002).

Pozitivní příznaky jsou během ataky daleko výraznější než příznaky negativní, ale i ty jsou v průběhu ataky přítomny. Obvykle tento stav trvá šest měsíců. Za vrchol plně rozvinuté ataky je považována ztráta náhledu a zhoršení kontaktu s realitou, což obvykle vyžaduje **hospitalizaci** pacienta. Nastupující psychotickou akutní epizodu je možné rozeznat na základě **časných varovných příznaků**. Jejich znalost je užitečná především u pacientů, kteří první ataku již prodělali – mohou podle nich rozeznat přicházející **relaps** a zahájit tak včas léčbu, která vede k rychlému zlepšení jejich stavu. Období mezi atakou a relapsem nazýváme **remisí**, vyznačuje se nepřítomností příznaků (Bankovská – Motlová, & Španiel, 2011).

Jak uvádí Praško a Látalová (2013) průběh onemocnění může být u jednotlivých pacientů velmi odlišný. Od výskytu jediné epizody přes opakované ataky s různým stupněm funkčního postižení po nepříznivý chronický průběh. Zmíněné funkční postižení se objevuje již při první epizodě a s přibývajícím počtem relapsů se prohlubuje. V důsledku toho nejsou schopni pacienti obstat ve svém pracovním, osobním ani společenském životě. Ničivě působí zejména příznaky **reziduální**, jejichž jádro tvoří negativní symptomy včetně poruchy poznávacích funkcí. Změny nastávají hlavně v oblasti emocí, osobnosti, myšlení, řeči a ve společenské oblasti.

### 3.3 REZIDUÁLNÍ SCHIZOFRENIE

Po odeznění akutní symptomatiky je chronický stav diagnostikován jako **reziduální schizofrenie (F20.5)**. Projevuje se opět především negativními příznaky, jako je zanedbávání péče o zevnějšek, sociální stažení, nedostatek iniciativy, plochý afekt a pasivita. Odolnost vůči zátěži se snižuje, je nevyrovnaná. Obtížné je i udržení pozornosti nebo využívání plné kapacity paměti. Je dobré se na tyto povahové změny, způsobené prodělaným onemocněním, dívat jako na nalezení nové rovnováhy mezi jedincem a vnějším světem (Höschl et al., 2002).

Přibližně jedna třetina nemocných se schizofrenií se po první nebo několika málo atakách dokáže vrátit do běžného života a nemoc u nich ustoupí. U druhé třetiny nemocných se celý život střídají epizody schizofrenie s remisemi, v nichž ale nejsou schopni navrátit se k zaměstnání a někdy musí pobírat invalidní důchod. Poslední třetina nemocných se příznakem psychózy nezbaví ani přes léčbu a je odkázána na pomoc rodiny či zdravotnického zařízení, protože nejsou schopni samostatného života (Češková, 2005).

### 3.4 PROGNOZA

Výskyt schizofrenie v populaci je asi **1 - 3%**. Z hlediska **prognózy** bychom na ni neměli pohlížet jako na zničující chorobu s nepříznivým výsledkem. Hlavními zásadami pro zajištění lepšího vývoje onemocnění jsou **včasné a správné „zaléčení“ první ataky a zabránění relapsu**. Je prokázáno, že chronický, dlouhodobě působící stres u jedince zvyšuje riziko znovuobjevení nemoci. Ideální je tedy tento stres odstranit nebo alespoň

zmírnit a zajistit pacientovi bezpečné a předvídatelné prostředí. Jak plyne z předchozího textu, příznivá prognóza závisí zejména na průběhu onemocnění v jeho počátku, tedy v období první ataky. Intervence v tomto období často rozhoduje o osudu onemocnění. Bohužel v tomto stadiu péče o nemocné v České republice zaostává. Léky dostupné jsou, ale psychosociální léčbu a přiměřenou psychiatrickou rehabilitaci má možnost podstoupit jen zlomek pacientů po první akutní epizodě (Bankovská – Motlová, & Španiel, 2011).

Vágnerová (2008) hovoří o **souhře biologických, psychických i sociálních faktorů**, od kterých se následně prognóza odvíjí. Často platí, že onemocnění, které vzniká náhle s bouřlivým začátkem, má lepší prognózu než to, které nastupuje pomalu s převažující negativní symptomatikou. Rizikovým faktorem je ale také příliš časný rozvoj onemocnění, protože zasahuje rozvíjející se osobnost a její adaptační mechanismy. Také se předpokládá, že lepší prognózu mají obecně ženy, což může souviset s pozdějším vznikem onemocnění. Muži onemocní zpravidla dříve. Větší šanci na vyléčení nebo zlepšení zdravotního stavu má jedinec, který byl před propuknutím psychózy bez nápadností a normálně přizpůsobený. Záleží tedy na struktuře **premorbidní osobnosti**. Na tom, jaké strategie jedinec používal k řešení problémů, jak byla rozvinutá jeho identita v době před onemocněním. V neposlední řadě má na příznivý vývoj nemoci vliv **sociální zázemí**. U pacienta, kterému se dostává potřebné opory a přijetí, je větší pravděpodobnost zlepšení stavu.

Praško et al. (2005) zmiňují, že příznivější prognózu mají onemocnění s převahou pozitivních příznaků – bludů, halucinací a větší fyzickou aktivitou. Jako důležité se ukazuje zachování zájmů a původního životního stylu. Lépe onemocnění zvládnou lidé, kteří mají partnera nebo již založenou vlastní rodinu a také ti, kteří mají stálé zaměstnání nebo studují. Nezastupitelnou roli také hraje spolupráce pacienta a rodiny s odborníky, ale i osvětlená podpora veřejnosti.

## 4 DIAGNOSTIKA SCHIZOFRENIE

Hlavním zdrojem informací pro stanovení diagnózy jsou výsledky pozorování nemocného, analýza jím sdělených prožitků, klinický rozbor charakteristické psychopatologie a funkčního narušení osobnosti. Pro diagnostiku schizofrenie doposud neexistuje žádný laboratorní test nebo výsledek pomocné vyšetřovací metody (Praško, & Látalová, 2013).

Stanovení diagnózy duševní poruchy, jakou je schizofrenie, není tedy vůbec snadné a vyžaduje velkou odpovědnost. Je důležité mít na paměti, že tato diagnóza jedince i v dnešní době stigmatizuje a vyvolává určitá omezení. Pokud se tedy lékař zmýlí a neprávem zařadí nemocného do škatulky schizofrenního onemocnění a podá mu příslušné léky, může mu velmi ublížit. Na druhou stranu, pokud pacient schizofrenii má a lékař ji nerozpozná a neposkytne adekvátní léčbu, rovněž mu uškodí. Odborníci tedy stojí před velmi důležitým a zodpovědným rozhodnutím (Kučerová, 2010).

Jak píše Kučerová (2010, 25) „*schizofrenie je nemoc, která může mít nejrůznější obrazy, nejrůznější příznaky a nejrůznější průběhy. Je to nemoc, jež prakticky nemá hranice a nelze ji „rozškatulkovat“ do jednoduchých pravidel.*“ Jedná se o onemocnění, které má sice svůj systém, ale tento systém nesouvisí s představou, kterou máme o systému my. Proto v diagnostice musíme respektovat onu specifičnost schizofrenie, kterou netvoří jen jeden, dva příznaky, ale celý souhrn příznaků, které spolu souvisí a vzájemně působí danou patologií.

Během vyšetření je tedy nutné cíleně pátrat po schizofrenních symptomech a to pomocí základních otázek, které se týkají **myšlenek**, jejich vkládání či odebrání a ozvučování. Dále se např. ptáme, zda si o nemocném v autobuse lidé nepovídají, zda nemá pocit, že písničky v rádiu hrají právě pro něj, tím zjišťujeme, zda je jedinec **vztahovačný**. Zjišťujeme také přítomnost **bludů**, zda pacienta někdo na dálku neovládá, jaké při tom má pocity, zda ho někdo sleduje nebo jestli má nadpřirozené schopnosti. Přítomnost **halucinací** zjišťujeme podobně, ptáme se, jestli se kolem něj děje něco neobvyklého, zda slyší hlasy a co mu říkají, jestli mu něco přikazují, jestli se ho někdo dotýká apod. **Formální poruchy myšlení** se zjišťují např. požadavkem o vysvětlení významu přísloví a jeho způsobu použití (Bankovská – Motlová, & Španiel, 2011).

Během vyšetření věnujeme pozornost také tomu, **jak pacient mluví**. Řeč může působit zvláště, podivně, může se objevovat plané filozofování, nepřesnost, vágnost až inkoherece či agramatičnost. Při posuzování poruch obsahu myšlení, je dobré znát realitu, ve které se jedinec nachází. Mnohdy jsou však okolnosti tak bizarní, že pochopíme, že se jedná o bludné přesvědčení. Dále se zaměřujeme také na **emotivitu**. Rozštěp se projevuje v tom smyslu, že je emotivita jiná navenek a jiná zase uvnitř. Např. se může pacient navenek smát a uvnitř prožívat smutek. Emoční ladění je buď dlouhodobě nevýrazné a stejné nebo se nápadně mění nezávisle na vnějších okolnostech. Vždy se ptáme na pocity jedince v různých situacích a zjišťujeme potenciální riziko sebevraždy. Důležité je také zjistit, kdy se u jedince začaly jednotlivé příznaky objevovat a v jakých souvislostech. Dostaneme tak individuální obraz nemoci konkrétního jedince ve vývoji v čase (Kučerová, 2010).

Poté můžeme příznaky roztřídit podle kritérií stanovených v manuálu současně platných klasifikací duševních poruch – **10. revize Mezinárodní klasifikace duševních nemocí (MKN – 10)** a **Diagnostický a statistický manuál, IV. revize (DSM – IV)**.

Pro úplnost uvádím **obecná kritéria pro schizofrenii** podle MKN – 10 (2006):

Pro stanovení diagnózy schizofrenie musí být přítomen alespoň jeden z příznaků popsaných ve skupině 1 a alespoň dva z příznaků popsaných ve skupině 2, a to po dobu nejméně jednoho měsíce.

**1. Nutná je přítomnost minimálně jedné z následujících charakteristik:**

- slyšení vlastních myšlenek, vkládání, odnímání nebo vysílání myšlenek
- bludy kontrolovatelnosti neboli bludy ovládnutí, bludné vnímání
- halucinace auditivní, komentující chování pacienta nebo hlasy, které mezi sebou o pacientovi rozmlouvají, nebo jiné hlasy, které přichází z některých částí těla
- trvalé bludy jiného druhu, které jsou pro danou kulturu nepřijatelné a nepatřičné, jako je náboženská nebo politická identita, nadlidské síly nebo schopnosti

**2. Nutná je přítomnost alespoň dvou z následujících charakteristik:**

- přetrvávající halucinace jakéhokoliv typu ve spojitosti s bludy bez jasně afektivního obsahu vyskytující se denně po několik týdnů nebo měsíců
- zárazy myšlení, inkoherece, neologismy



- katatonní jednání, jako je vzrušenost, nástavy, *flexibilitas cerea*, negativismus, mutismus a stupor
- negativní symptomy, jako je výrazná apatie, ochuzení řeči, oploštění nebo nepřiměřenost afektivních reakcí s vyloučením, že se nejedná o příznaky vyplývající z deprese nebo z medikace neuroleptiky
- výrazné a nápadné kvalitativní změny v osobním chování, ztráta zájmů, nečinnost a sociální stažení

## 5 KLINICKÉ FORMY SCHIZOFRENIE

V této kapitole uvádím přehled forem schizofrenie, které na základě převažující psychopatologie může lékař stanovit. Podle MKN – 10 (2006) mezi ně patří paranoidní, hebefrenní, katatonní a nediferencovaná schizofrenie, postschizofrenní deprese, reziduální schizofrenie, simplexní schizofrenie, jiná schizofrenie a schizofrenie nespecifikovaná.

**Paranoidní schizofrenie (F20.0)** je z jednotlivých typů nejčastěji se vyskytující formou onemocnění. Musí být přítomna obecná kritéria pro schizofrenii, výrazné bludy a halucinace. Naopak oploštělost afektu, katatonní symptomy či inkoherece se nemusí vyskytovat vůbec nebo jen v mírné formě. Tato forma je charakteristická rozvojem paranoidně halucinatorního syndromu. K vznikajícím bludům se postupně přidávají také halucinace. Mezi nejčastěji se vyskytující patří bludy vztahovačnosti, bludy pronásledování, ale i bludy originární (tj. přesvědčení o vznešeném původu), emulační neboli žárlivé a také megalomanické bludy. Obtížnější léčba je v případech, kdy se bludy rozvíjí pozvolna v systém pevných a skloubených bludů. Převažují halucinace sluchové, méně často se objevují halucinace jiných smyslových modalit. Bludy a halucinace ovlivňují náladu a také mohou zapříčinit neklid, agresivitu či sebevražedné jednání jedince. Nejvíce se vyskytuje průběh epizodický (Dušek, & Večeřová – Procházková, 2010).

U **hebefrenní schizofrenie (F20.1)** dominuje nepřiléhavost chování, emocí a celková dezorganizace psychiky. Chování je nezodpovědné, nepředvídatelné a objevuje se nápadné manýrování. Nálada je plochá a nepřiměřená, řeč je inkoherenční. Hlavním znakem jsou nedospělé projevy, které v mírné formě doprovází dospívání. Jedinci s touto formou onemocnění se často izolují od společnosti. Halucinace a bludy mohou být mírné (Praško, & Látalová, 2013). Přítomna je nejčastěji hypomanická nálada s nejapným vtipkováním neboli moria. Tito pacienti se také vyznačují klackovitým až hulvátským chováním, hloubají o problémech a záhadách. Porucha přechází v deterioraci s ochuzením a oploštěním emocí (Dušek, & Večeřová – Procházková, 2010).

**Katatonní schizofrenie (F20.0)** je charakteristická zřetelnými psychomotorickými příznaky, mezi které řadíme hyperkinezi a stupor, nebo povelový automatismus a negativismus, což jsou extrémní podoby poruch hybnosti, které se mohou střídát ve smyslu snížení nebo zvýšení motorické aktivity. Pacient po dlouhou dobu může setrvávat také

v tzv. nástavech, což jsou strnulé postoje. Tyto katatonní příznaky mohou být kombinovány se snovými stavy (oneiroidními) a se scénicky živými halucinacemi (Smolík, 1996).

**Nediferencovaná schizofrenie (F20.3)** již svým názvem napovídá, že se jedná o takovou formu schizofrenie, kterou nelze zařadit do žádného z uvedených typů onemocnění. Jedná se o psychotické stavy, které splňují obecná diagnostická kritéria pro schizofrenii, ale mají příznaky více než jednoho z podtypů F20.0 – F20.2 bez převahy specifických charakteristik (Praško, & Látalová, 2013).

**Postschizofrenní deprese (F20.4)** se také podle MKN – 10 (2006) řadí do okruhu schizofrenií. O tomto stavu jsem se zmínila již v kapitole 2.5. Pro úplnost tedy zmíním, že se jedná o depresivní ataku, která vzniká po odeznění psychózy, přičemž musí být přítomny ještě nějaké schizofrenní příznaky, které ale v klinickém obraze nepřevládají. Podle Kučerové (2010) se zdá být zbytečné, aby měla deprese v klasifikaci svoje vlastní číslo. Postschizofrenní značí něco, co nastává po skončení schizofrenie, což ale není možné, protože schizofrenie trvá po celý život pacienta. Termínem je tudíž míněna deprese po psychotické atace, která však nepředstavuje nic zvláštního a ojedinělého, protože v průběhu choroby se vyskytuje řada depresivních syndromů a epizod.

O **reziduální schizofrenii (F20.5)** jsem se také již zmínila v kapitole o průběhu schizofrenie. Jedná se o chronický stav přetrvávající po odeznění akutních příznaků. Symptomy nejsou většinou intenzivní a patří mezi ně projevy, jako je podivínství, lenost, ztráta motivace a zájmu o péči o ostatní a také o sebe, deformované vztahy mezi jedincem a skutečností. Emoce jsou ploché. Podivnosti se projevují také v řeči a myšlení (Höschl et al., 2002). V souvislosti s touto formou onemocnění Dušek a Večeřová – Procházková (2010) hovoří o terminologii, která se používala dříve. Jedná se o termíny **postprocesuální defekt** a **postprocesuální psychopatizace**. Postprocesuální defekt označuje rozsáhlé postižení jedné nebo více složek psychiky, které vzniká jako následek proběhnutého chorobného procesu. Psychopatizace pak představuje jinou formu ukončení chorobného procesu s dlouhodobými či trvalými následky. Jedná se zde o postižení většiny složek osobnosti, ale v menší míře než u defektu.

**Simplexní schizofrenie (F20.6)** je ze zmíněných podtypů málo častá, ale prognosticky závažná. Její charakteristické projevy se vyvíjí bez viditelných psychotických příznaků. Pokud má jedinec tuto formu onemocnění, dochází u něj k postupnému uzavírání se před

vnějším světem. Plynule se rozvíjí bizarní chování, neschopnost vyhovět požadavkům společnosti a nastává úpadek celkového projevu. Pacient je lhostejný, povrchní, neschopný volního jednání, ztrácí zájmy, emoce jsou ploché a nepřiměřené (Praško, & Látalová, 2013).

**Jiná schizofrenie (F20.8)** je diagnostická skupina, u které se vyskytují symptomy ze všech pro schizofrenii charakteristických psychopatologických okruhů. Často následuje po odeznění akutní epizody schizofrenie (Praško, & Látalová, 2013). Poslední kategorií podle MKN – 10 (2006) je pak **schizofrenie nespecifikovaná (F20.9)**.

## 6 LÉČBA SCHIZOFRENIE

Ráda bych na začátku této kapitoly zdůraznila především fakt, že schizofrenie je onemocnění, které je **léčitelné**. Ačkoli u většiny pacientů nedojde k plnému uzdravení, dá se pomocí dlouhodobé terapie jejich stav zvládnout a léčit. Na druhou stranu také existují jedinci, kteří prodělají jen první a poslední ataku zároveň a dojde tak u nich k plnému uzdravení. Jelikož se jedná o velmi závažné duševní onemocnění, léčba by měla být **komplexní**. Základ péče tedy tvoří farmakoterapie, která by měla být doplněna psychosociální intervencí, jejímž primárním úkolem je zvýšení odolnosti pacienta vůči stresorům a snížení intenzity působení chronického stresu v jeho bezprostředním okolí, především v rodině. (Motlová, & Koukolík, 2004).

Praško a Látalová (2013) zmiňují, že léčba bývá obtížná, mnohdy znesnadněná malou motivací pacienta ke spolupráci. Proto se jeho setrvání v léčbě a snížení vlivu bludu na jeho život považuje za terapeutický úspěch.

Stejně jako existují různé fáze průběhu onemocnění, také léčba se rozděluje do jednotlivých fází. Jedná se o **léčbu akutní** s cílem odstranit pozitivní příznaky, o **fázi stabilizace**, která se snaží udržet získané zlepšení a o **fázi stabilní**, jejímž úkolem je prevence relapsu a udržení remise (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2012).

### 6.1 FARMAKOTERAPIE A BIOLOGICKÁ LÉČBA

Do 30. let 20. století žádné efektivní léčebné metody schizofrenie neexistovaly. Poté došlo k objevu šokových metod. Prvními byly **inzulinové šoky**, po kterých se stav nemocného viditelně zlepšil. Tato riziková metoda se však již v současnosti nepoužívá. Další variantou byly **kardiazolové šoky**, vyvolávající epileptický záchvat, které však byly obávané. Místo toho, se ve druhé polovině 30. let zasloužili italsí psychiatři, Ugo Cerletti a Lucino Bini, o **zavedení elektrošoků**. Poprvé je použili 28. března 1938. Elektrošok však pomáhal jen někdy, zejména u katatonie a endogenní deprese. Cerletti se snažil přijít na to, co vlastně při elektrošoku pomáhá a dospěl k závěru, že je to právě velký epileptický záchvat. Avšak dnešní pacient dostane tzv. myorelaxancia, při kterých ochrnou všechny svaly, a tudíž nedochází ke křečím. Účinek elektrošoku je tedy stejný jako s křečemi (Vacek, 1996).

50. léta jsou považována za počátek psychofarmakologické revoluce v psychiatrii. Na jejím počátku však stojí vlastně náhoda. V Paříži se totiž chemici snažili vyvinout antihistaminika a v roce 1950 se jim podařilo syntetizovat nový lék – **chlorpromazin**. Lékaři si všimli, že podání tohoto léku vzbuzuje u pacientů lhostejnost a napadlo je vyzkoušet jej u duševně nemocných. V této souvislosti jsou známí především dva muži, Jean Paul Delay a Pierre G. Deniker, kteří na základě klinického pokusu prokázali příznivé výsledky léčení chlorpromazinem. Tento lék se tedy stal prvním lékem s antipsychotickým účinkem. Delay pro tyto léky navrhl název „**neuroleptika**“, který je dodnes známý, ale v novějších publikacích už místo něj figuruje název „**antipsychotika**“. Roku 1956 se tedy zrodila farmakopsychiatrie. A v současnosti psychofarmak stále přibývá. Významným mezníkem byl také rok 1958, kdy byl v Belgii syntetizován **haloperidol**, jeden z nejefektivnějších léků při léčbě schizofrenie. Úspěchem je také objevení **depotní formy** antipsychotik, které pacient dostane v injekci do svalu v několikátýdenních intervalech (Vacek, 1996).

**Antipsychotika** tedy tvoří základ léčby schizofrenie. Používají se pro rychlé zklidnění pacientů se schizofrenií, mánií, či s organickou psychickou poruchou, pro léčbu akutních příznaků psychotických onemocnění, ale také při udržovací léčbě a k terapii symptomů úzkosti (Beer, Pereira, & Paton, 2005).

**Udržovací léčba** a profylaxe je většinou **celoživotní**. Pacient užívá takovou dávku antipsychotika, která je odvozena od akutní léčby, je účinná a pacient ji snáší (Praško, & Látalová, 2013).

Rozlišujeme antipsychotika první a druhé generace. **Klasická antipsychotika (A1G)**, původně neuroleptika, byla účinná převážně v léčbě pozitivních příznaků, jako jsou halucinace a bludy a v léčbě formálních poruch myšlení. Rozsah účinku antipsychotik **druhé generace (A2G)** je širší, měla by korigovat všechny základní příznaky, tedy pozitivní i negativní (Bouček, & Pidrman, 2005).

Beer et al. (2005) uvádějí možné **nežádoucí účinky** antipsychotické medikace, mezi které patří akatizie neboli syndrom neklidných nohou, nárůst hmotnosti, sexuální dysfunkce, dysforie, kardiovaskulární potíže jako je tachykardie, zvýšení hladiny prolaktinu. Často mohou tyto nežádoucí účinky snížit ochotu pacienta spolupracovat. Svoboda et al. (2012) proto uvádí, že dlouhodobá léčba je pro pacienta přijatelná jedině tehdy, pokud je účinná, bezpečná a bez zatěžujících nežádoucích účinků.

Velmi častou příčinou relapsů je **nonkompliance**, tedy nespolupráce pacienta při léčbě. Pacient může léky např. úplně vysadit nebo je užívat nepravdělně. Ochotu spolupracovat snižuje nedostatečné množství podaných informací o diagnóze nebo již zmíněné neléčené vedlejší účinky (Češková, 2005).

## 6.2 PSYCHOSOCIÁLNÍ INTERVENCE A PSYCHOEDUKACE

Psychosociální intervence má klíčový význam zejména ve **fázi stabilizační**. Důraz má být kladen na podání dostatečného množství informací o onemocnění – o jeho prognóze, průběhu, o významu medikace. Čas by měl být věnován také rozpoznávání časných varovných příznaků a přípravě krizového plánu pro případ zhoršení nemoci. Jedná se o psychoedukaci nejen individuální, ale i rodinnou. Pro úspěch léčby a dlouhodobou prognózu onemocnění je totiž zapojení celé rodiny důležité. Cílem **rodinné psychoedukace** je poskytnout pacientům, společně s jejich blízkými, dostatečné a relevantní informace o nemoci, naučit je dovednostem potřebným pro její dlouhodobé zvládnutí a poskytnutí podpory. Tato intervence by měla pacientovi zajistit bezpečné, předvídatelné a klidné prostředí. Důležitou součástí rodinné intervence je také zlepšení komunikace v rodině. Pracuje se na nalezení těch momentů v rodinné komunikaci, které jsou pro pacienta stresující a předpovídají možný relaps. Účastníci se např. učí konstruktivní kritice a umění chválit. Psychoedukace zlepšuje kvalitu života nemocných a redukuje zátěž, kterou onemocnění pro rodinu je (Motlová, & Koukolík, 2005).

Pro rozpoznání časných varovných příznaků a k prevenci relapsu slouží program **ITAREPS**, což je originální český projekt, první na světě svého druhu. Princip je velmi jednoduchý a pohodlný. Jednou za týden vyplní pacient i jeho rodinný příslušník desetibodový Dotazník časných varovných příznaků. Výsledkem je 10 čísel, které v podobě SMS zprávy odešlou na číslo programu ITAREPS. Systém na vyplnění sám upozorní SMS zprávou. Velký přínos je v oznamovací službě systému – pokud skóre u pacienta překročí vymezenou hodnotu, je lékaři automaticky odeslána e-mailová zpráva informující o zhoršení pacienta. Ihned následuje telefonická kontrola a zvýšení medikace. Tento program snižuje míru hospitalizací o 70% (Bankovská – Motlová, & Španiel, 2011).

Ve **stabilní fázi** léčby je psychosociální péče velmi individuální, podle úrovně fungování a klinického stavu pacienta. Uplatňuje se psychoterapie a rehabilitační postupy, jako je

nácvik sociálních dovedností, kognitivní rehabilitace, pracovní terapie či svépomocné programy (Motlová, & Koukolík, 2005).

Pokud je soužití v rodině nemocného stresující pro obě strany nebo pokud rodina nemocného odmítá, je možné využít **chráněná bydlení**. Jsou mezičlánkem mezi institucí a úplnou samostatností, která je, zejména po dlouhém pobytu v léčebně, obtížně dosažitelná. Značná část nemocných také není schopna plného pracovního zatížení, vhodnější je proto práce na menší úvazek, např. i na **chráněném pracovišti**. Důležité je zvýšení sebedůvěry, posílení samostatnosti a sociálních dovedností, což nemocným umožní jakákoliv pracovní činnost. (Vágnerová, 2008).

Farmakoterapie je nedílnou součástí léčby schizofrenie, otevírá totiž dveře k pacientovi. Samotné užívání léků však nestačí a je zapotřebí, aby těmito dveřmi prošel také psychoterapeut. Pokud se takto nestane, mohou se tyto dveře zavřít na dlouho, někdy i navždy. Od dob objevení schizofrenie tak byla vyzkoušena řada biologických i psychoterapeutických metod k jejímu léčení. Z psychoterapeutických přístupů vykazuje největší účinnost **kognitivně behaviorální terapie – KBT** (Peč, & Probstová, 2009).

Také Praško a Látalová (2013) potvrzují, že reaktivita na běžné psychoterapeutické intervence je u schizofrenie velmi slabá a za účinné považují postupy, které používá KBT.

První účinné behaviorální programy byly použity u chronických pacientů v psychiatrických léčebnách s cílem ovlivnit jejich chování. Nejvíce se rozšířilo tzv. *žetonové hospodaření*, které fungovalo na základě odměn, formou žetonů, za žádoucí chování nebo za projev zmírnění chování nežádoucího. Za získané žetony pak mohli pacienti získávat různé výhody, např. vycházky. V 70. letech minulého století byl vypracován další terapeutický program - **nácvik sociálních dovedností**. Jeho základ tvořil tzv. *vulnerability stress model*, podle něhož je průběh schizofrenie ovlivňován vrozenou zranitelností k této poruše a také vlivy okolního prostředí. Jinými slovy, lidé se schizofrenií jsou velmi citliví na stres a jeho působením se jejich stav zhoršuje a dochází k relapsům. Zlepšení sociálních dovedností by tak u pacienta mělo způsobit snížení stresu v každodenních situacích a vést tím ke zlepšení příznaků i kvality života (Praško et al., 2007).

V pozdější fázi se KBT snažila o **ovlivnění psychotických symptomů** – halucinací a bludů. Opatrným dotazováním na původ symptomů dává terapeut najevo, že jsou možná i



jiná vysvětlení jejich původu a nabízí možnost, jak by příznaky mohl pacient dostat pod svou kontrolu. Používanými technikami KBT je pojmenování problémů vlastními slovy pacienta, akceptace jeho problémů, domácí úkol v podobě zapisování všech svých problémů – jejich frekvence, spouštěče, intenzita apod. a v neposlední řadě dotazování (Peč, & Probstová, 2009).

Peč a Probstová (2009) dále uvádí, že se kognitivní terapie v současnosti zaměřuje spíše na to, jak samotný jedinec prožívá své onemocnění, jak jej vnímá. Jak se např. vyrovnává s nepřijetím nemoci svými rodiči, jak přemýšlí o sdělení této skutečnosti potenciálnímu partnerovi apod.

## 7 PROŽÍVÁNÍ DUŠEVNÍ NEMOCI

Jak již název kapitoly napovídá, bude tato část práce zaměřena na prožívání psychické nemoci. Tedy na to, jak nemoc prožívá samotný pacient.

Jelikož se jedná o pocity subjektivní, mohou být u každého pacienta velmi odlišné, individuální. Stejně jako každý člověk může prožívat totožnou situaci naprosto jinak, tak i prožívání nemoci se u každého liší. Z předchozích kapitol je patrné, že na prožívání duševního onemocnění má vliv řada faktorů. Od premorbidní osobnosti, charakteru počátku onemocnění, včasného či pozdního zahájení léčby, přes ne/vyhovující medikaci, rodinné zázemí, vztahy s blízkými až po reakce společnosti. Vše má vliv na to, jak se nemocný ve kterékoli fázi nemoci cítí a jak se s nemocí vyrovnává.

Hartl a Hartlová (2000, 461) definují **prožívání** jako *„psychický jev charakteristický proudem vědomí každého více či méně uvědomovaného duševního obsahu.“*

**Duševní nemoc** je pak podle Hartla a Hartlové (2000) choroba, jejíž podstatou je porucha duševních funkcí ve smyslu jejich funkčního snížení či zvýšení nebo úplné ztráty této funkce.

L. A. Lurija (in Baštecká et al., 2003) v práci o „vnitřním obrazu nemoci“ upozorňuje, že je důležité věnovat pozornost tomu, jak pacient nemoc prožívá, co si o ní myslí a jak se na základě toho chová. **Autoplastický** (tzn. sám sebou vytvořený) **obraz nemoci** má stránku senzitivní, což jsou potíže, které pacient pociťuje, stránku emoční, která představuje jak to, co pacient pociťuje prožívá (např. jestli prožívá úzkost, obavy z nemoci či naději), stránku racionální a informativní, tzn. co o nemoci ví, co se o ní dozvídá, co si o své situaci myslí a konečně stránku volní, která se týká toho, co s tím, co pociťuje a prožívá a co si myslí, dělá - např. jestli vyhledá lékaře a nebo si řekne, že „to přejde“.

Vágnerová (2008) podobně dodává, že mimo objektivní hodnocení nemoci lékařem je významné i subjektivní prožívání a hodnocení choroby nemocným, protože na něm závisí míra jeho utrpení a celkového reagování. Postoj k vlastní nemoci je individuální, různí lidé prožívají stejnou nemoc odlišným způsobem.

Jak jsem již zmínila, schizofrenie je nemoc léčitelná, ale mnohdy přetrvává celý život. Z tohoto pohledu můžeme hovořit o nemoci chronické, která má podle Křivohlavého (2002) velký vliv na **sebepojetí** pacienta, tzn., jak pacient sám sebe vnímá, chápe a hodnotí. **Identita** pacienta je onemocněním postížena nejvíce. Před onemocněním byl někým, nyní je také někým, ale už někým jiným. Odcizuje se nejen sobě, ale i druhým lidem, což může vést k tomu, že se přestane cítit jako hodnotný a úctyhodný člověk. Ztrácí své kompetence k řešení událostí a také přestává vnímat svou osobní úctu a vlastní cenu.

## 7.1 STIGMA DUŠEVNÍ NEMOCI

Podle mého názoru má značný vliv na prožívání duševního onemocnění mimo jiné to, jak se k dané nemoci staví společnost a také rodina pacienta. Proto se na tomto místě o dané problematice nemohu nezmínit.

Schizofrenie totiž ze sociálního pohledu pacienta výrazně **stigmatizuje**. Společenské předsudky vůči nemocným se schizofrenií posiluje mimo jiné také fakt, že je doposud nejasná etiologie tohoto onemocnění. Vznikají tak mnohá iracionální vysvětlení vzniku schizofrenie (Vágnerová, 2008).

**Stigma** je vlastně takovou nálepkou, která nemocného odděluje od ostatních, bere mu jeho postavení ve společnosti, diskriminuje ho. Stigmatizace tedy znamená, když společenské nálepky oddělují „nás“ od „oni“. V praxi se to projevuje tak, že o nemocných se schizofrenií někteří nemluví jako o lidech se schizofrenií, ale jako o *schizofrenicích*. Tím je vyčleňují ze své společnosti a dávají jim najevo, že k nim nepatří. V důsledku toho může být jedinec také omezen ve své schopnosti pracovat, ačkoli toto omezení primárně neplyne z jeho nemoci (Koukolík, & Motlová, 2005).

Höschl et al. (2002) a také Raboch a Zvolský et al. (2001) se zmiňují o tendencích společnosti duševně nemocné izolovat a obklopit je předsudky, které vychází ze stereotypního vnímání duševní nemoci. Přispívají k tomu i postoje politiků, veřejných činitelů a dokonce i některých lékařů, kteří pokládají nemocné trpící psychózou za lidi, kterým by nic důležitého nesvěřili a pro které je nejvhodnější dlouhodobá ústavní péče. Není tedy divu, že samotný pacient raději považuje příznaky svého onemocnění za projevy své slabosti, než aby v nich viděl známky psychické nemoci. Duševní nemoci se bojí, protože je jiná než ostatní nemoci. Nese totiž stigma - cejch. Kvůli tomu mohou být

duševně nemocní považovaní za nesvéprávné, zhlouplé, nevypočitatelné a potenciaálně nebezpečné. Je zřejmé, že takovou vyhlídku by nikdo z nás nechtěl přijmout. Mnohdy tak, z obavy z diskriminace a soucitu od ostatních, nevyhledá nemocný odbornou pomoc, přestože ji velmi potřebuje.

Pocity související s obavami ze společenského stigmatu popisuje z vlastní zkušenosti ve své knize i Saksová (2007, 122): „*Věděli o tom, že jsem byla v léčebně, ale nikdy jsem jim neřekla, že šlo o psychózu. Chtěla jsem, aby o mě měli dobré mínění. Nechtěla jsem, aby se na mě podívali a viděli šílenou osobu.*“

Řešení problematiky stigmatizace je neméně důležité také proto, že zřetelně vede ke zhoršení příznaků a škod, které schizofrenie způsobí. Snižuje sebedůvěru jedince, zhoršuje jeho uplatnění, brání jeho návratu do společnosti a také do zaměstnání. Nutí nemocné k opatrnosti a vyhýbavosti v komunikaci a snižuje důvěru v okolí, což ztěžuje i navázání vztahu pacienta a lékaře. V neposlední řadě zhoršuje také spolupráci při užívání léků (Raboch, Zvolský et al., 2001).

Již v první kapitole této práce jsem se zmínila o programu na potírání stigmatu schizofrenie, o nutnosti její **destigmatizace**. Tento program vyhlásila světová psychiatrická asociace, jelikož tento jev považuje za natolik závažný, že vyžaduje určitá opatření. Je důležité vysvětlit nemocným, veřejnosti ale i politikům, že schizofrenie je léčitelná a že si pacienti i přes mnohé změny zachovávají dostatek osobnostních charakteristik na to, aby jejich osobnost nebyla vystihována jen jediným slovem *schizofrenik*. Úkolem je také přesvědčit nemocné, že léčba je spojena s menšími riziky, než popírání nemoci (Höschl et al., 2002).

## 7.2 DUŠEVNÍ NEMOC V RODINĚ

V případě, že jeden ze členů rodiny onemocní vážnou duševní nemocí typu psychózy, pocítí ostatní příbuzní její důsledky. Způsob jejich projevu však závisí na mnoha faktorech. Záleží na rodinném vztahu, na povaze poruchy a také na typu rodiny. Rodina je však mnohdy hlavním zdrojem podpory nemocných – často jediným a nejdůležitějším. I ona jako celek však během onemocnění jednoho ze svých členů prochází změnou, objevují se nové specifické problémy, které je nutno řešit (Peč, & Probstová, 2009).

Chování nemocného vzbuzuje u ostatních členů rodiny pocit ohrožení a nejistoty a podle toho se k němu chovají. Mohou se k němu stavět odmítavě. Nedokážou se totiž do něj vcítit a porozumět jeho podivnému chování. Stanovení diagnózy schizofrenie na rodinu působí jako zátěž, trauma, s nímž je nutné se vyrovnat. Tento proces podléhá jisté dynamice, kdy se v průběhu času názory a postoje rodinných příslušníků mění. Dochází k novému uspořádání rodinných vztahů, což naruší dosavadní rovnováhu celého systému rodiny (Vágnerová, 2008).

Styx (2003) uvádí, že již v padesátých letech byly vysloveny domněnky, že postoje členů rodinného prostředí k nemocnému schizofrenií patří mnohdy k těm faktorům, které rozhodují o propuknutí psychózy a o její prognóze. Z tohoto pohledu je základ obtíží viděn v tom, že rodina jako celek je určitým způsobem patologicky pozměněná. Nemocný je tak jen součástí potíží, které signalizuje, tzv. černou ovci rodiny. Nemocná je však ve skutečnosti celá rodina.

### 7.3 PROŽÍVÁNÍ SCHIZOFRENIE V LITERÁRNÍ TVORBĚ

Pokud bychom se chtěli dozvědět, jak lidé duševní nemoc prožívají, můžeme zapátrat v literatuře, která je této problematice věnovaná. Např. v románu *Neslibovala jsem ti procházku růžovým sadem* (Greenbergová, 1998) autorka velmi hluboce a citlivě popisuje svět duševní nemoci, kterou je schizofrenie. Další kniha, *Střed se hroutí zevnitř* (Saksová, 2007), je osobní zpovědi autorky, která mnoho let bojovala se schizofrenií. Nyní je úspěšnou právníčkou, která se zabývá právy duševně nemocných. Některé z knih se dočkaly také filmového zpracování. Vznikl tak např. film *Čistá duše*, který vypráví příběh Johna Forbese Nashe, nositele Nobelovy ceny za ekonomii, který rovněž trpěl schizofrenií. Film byl inspirován stejnojmennou knihou Sylvie Nasar (1988).

Např. o jednom z příznaků schizofrenie, neschopnosti filtrovat informace, Saksová (2007, 224) píše: „Každá myšlenka, pocit, vzpomínka a nápad se jeví jako stejně intenzivní a naléhavé. Je to jako dav na finále fotbalového mistrovství světa a všichni z toho davu ječí přímo na vás.“

O schizofrenii se Saksová (2007, 70) vyjadřuje takto: „...můj život začal fungovat, jako by ho někdo žil ve dvou vlacích, které jedou po koleji vedle sebe. Na jedné koleji jel vlak, který vezl věci související se „skutečným světem“ – můj studijní plán a rozvrh přednášek, mé

*knihy, spojení s rodinou... Na druhé koleji se ale vezly stále více matoucí až děsivé pochody mé mysli. Já jsem se snažila udržet ty dva vlaky na kolejích vedle sebe tak, aby do sebe náhle a prudce nenarazily.“*

## 7.4 VÝZKUM PROŽÍVÁNÍ DUŠEVNÍ NEMOCI

Ráda bych tuto kapitolu uvedla slovy nemocného se schizofrenií (Flanagan et al., 2012, 375): *„Lékaři mi vůbec nerozumí, opravdu ne... myslí si, že jste blázen, víte, jako mnoho lidí, se kterými už jsem mluvil. Já nejsem blázen, ale to je ono, procházíme věcmi, které si ostatní lidé nedokážou zcela představit... Můžeme vám říct určité věci, ale je to jako říkat vám o vězení, když jste v něm nebyli. Můžu vám říct o vězení. Můžu vám říct všechno. Ale dokud to nezažijete, je to úplně odlišný příběh.“*

V souvislosti s přípravou DSM – V a MKN – 11 začali někteří odborníci hovořit o potřebě zabývat se informacemi o **subjektivním prožívání duševní nemoci**. Tyto informace mohou být velmi cenné, protože subjektivní prožitek duševní nemoci, tak, jak ji pacient popisuje, se může výrazně lišit od toho, jak se charakteristiky poruchy jeví vnějším pozorovatelům. Získané informace pomohou ke zpřesnění diagnostických kategorií, ale také mohou zlepšit schopnost lékařů vcítit se do pacienta a léčit tak přesněji a s větším projevem empatie tato onemocnění. Schopnost empatického vcítění lékaře je pak jedním z nejdůležitějších předpokladů pro vytvoření vztahu s pacientem. Souvislost mezi subjektivním prožíváním nemoci a kritérii v DSM byla zkoumána pro hraniční poruchu osobnosti a pro schizofrenii (Flanagan, Davidson & Strauss, 2010).

Flanagan et al. (2010) zdůrazňují, že nám lidé s duševním onemocněním mohou pomoci porozumět a rozpoznat to, s čím se potýkají. Tento nápad souvisí se snahou začlenit lidi, zotavené z duševní nemoci, jako spolupracovníky do výzkumu.

Ve třetí revizi DSM byla diagnostická kritéria přehodnocena a zaměřila se na pozorovatelné znaky a symptomy. To vedlo ke zvýšení jasnosti v porozumění příznakům diagnostických kategorií a k následnému nárůstu spolehlivosti diagnostické shody mezi odborníky. Pokud však budou lékaři ulpívat pouze na pozorovatelných příznacích a nebudou brát v úvahu osobní zkušenosti člověka s chorobou, neporozumí onemocnění jako celku. Z toho plyne, že osobní prožitky jsou stále klíčovými při rozpoznání a porozumění duševní nemoci. Proto se Flanagan et al. (2012) ve své studii 17 lidí se schizofrenií nebo se

schizoafektivní poruchou zabývali jejich zkušenostmi se schizofrenií a srovnali to s vyobrazením schizofrenie v DSM – IV. Zmiňují však, že je třeba dalšího výzkumu pro zajištění reliability, reprezentativnosti a validity jejich kvalitativních závěrů. Použitá kvalitativní metoda je sice užitečná pro hlubší porozumění subjektivním prožitkům člověka, avšak nezaručuje, že jsou tyto zkušenosti zastoupeny v celé populaci.

Účastníci zmíněné studie byli schopni popsat své zkušenosti se schizofrenií. Popsali některé prožitky tak, jak jsou uvedené i v DSM – IV, ale také prožitky, které byly v protikladu s tím, co je popsáno v DSM – IV. Zvláště popsali silné a komplexní emocionální reakce na halucinace a bludy, na svoji životní situaci i na své vztahy s ostatními. Přítomnost bludů a slyšení hlasů popsali jako hrůzu nahánějící, zostuzující, frustrující, depresivní a také jako něco, co je odcizuje. Toto je poměrně bohatý popis získaný od lidí, o kterých se říká, že mají plochou afektivitu (Flanagan et al., 2012).

Negativní symptomy jsou v DSM – IV definovány jako nedostatek některých základních lidských funkcí (např. plochá afektivita, ochuzení řeči či nedostatek motivace). Tyto symptomy pak vytváří obraz nemocného se schizofrenií jako člověka, který je prázdný, který nemůže myslet, cítit nebo jednat, který ztratil schopnost trpět i doufat. Vše tedy naznačuje, že lidé s negativními příznaky nemají zájem o lidský kontakt. Avšak pokud se jich zeptáme na jejich subjektivní prožitky a zkušenosti, dostaneme trochu jiné odpovědi. Hlavními tématy jsou totiž ztráta, samota a touha po lásce. Ezzo Leete (in Flanagan et al., 2010), který má schizofrenii, uvádí, že lidé s duševní nemocí se potřebují cítit potřební, přijímaní a milovaní, potřebují podporu od rodin a přátel, potřebují být součástí lidské společnosti, mít přátele. A potřebují také dávat a přijímat lásku.

Aby však byly subjektivní prožitky pacientů užitečné při diagnostice duševní poruchy, musí být podmínky jejich určení jasně specifikovány a odůvodněny jako nejvhodnější metoda získávání těchto informací (Silberman, 2010).

Jak z textu této práce vyplývá, je velmi důležité zabývat se individuálními prožitky nemocných, protože se často mohou lišit od toho, jak je objektivně vnímají lékaři. Dle mého názoru nelze léčit jen symptomy, ale je důležité pátrat po jejich původu hlouběji, v duši nemocného. Je zapotřebí nemocným trpělivě naslouchat a věnovat pozornost jejich potřebám. Proto se také ve výzkumné části této práce zabývám tím, jak jednotliví lidé schizofrenii prožívají, co nemoc v jejich životě změnila a jak tedy jejich současný život vypadá.

# VÝZKUMNÁ ČÁST



## 8 CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Cílem mého výzkumu, který je součástí této práce, je pohlédnout na duševní onemocnění, přesněji na schizofrenii, očima konkrétních jedinců, kteří zmíněným onemocněním trpí. Znamená to tedy získat informace o subjektivním prožívání jedinců se schizofrenií. Cílem proto bylo, zjistit u jednotlivých respondentů, jaký byl jejich život před onemocněním a co se v něm změnilo po propuknutí nemoci, jak probíhala/probíhá léčba, jaký dopad má onemocnění na mezilidské vztahy jedince a také na proces studia a pracovní schopnost.

Dílním cílem této práce pak také může být přínos ze zprostředkování těchto subjektivních prožitků nemocných. Mnoho lidí si totiž stále nedokáže představit, co duševně nemocný člověk zažívá a jak přemýšlí. Velmi často převládají mylná přesvědčení. Proto považuji tento výzkum za jeden ze způsobů, jak některé mylné informace vyvrátit a přiblížit tak svět nemocného se všemi jeho starostmi i obavami ostatním lidem.

Hlavní výzkumná otázka tedy zní: *„Jak nemocní se schizofrenií prožívají své onemocnění?“*

Stanovila jsem si také dílní výzkumné otázky, které zní takto: *„Jaký byl život nemocných před onemocněním?“* *„Jaké projevy schizofrenie nemocní zažili?“* *„Jak nemocní prožívají léčbu – hospitalizace a užívání léků?“* *„Jak schizofrenie ovlivňuje život nemocného?“*

## 9 METODIKA VÝZKUMU

V této části práce se zaměřím na popis realizace výzkumu. V následujícím textu se budu postupně věnovat způsobu provedení výzkumu, metodám sběru dat, popisu výzkumného souboru a etickým aspektům tohoto výzkumu.

### 9.1 KVALITATIVNÍ VÝZKUM

Vzhledem k výzkumnému cíli a k výzkumné otázce jsem z možných metodologických přístupů zvolila **kvalitativní přístup**. Tento způsob se mi pro zjištění požadovaných informací jeví jako nejvhodnější.

Kvalitativní výzkum je některými metodology chápán jen jako doplněk tradičních kvantitativních přístupů. Někteří jej považují za úplný protipól ve vztahu k vědě, která je postavena na přírodovědných základech. Postupem času však získal kvalitativní přístup v sociálních vědách rovnocenné postavení s ostatními formami výzkumu (Hendl, 2005).

Corbin a Strauss (1999) kvalitativní přístup definují jako přístup, kdy výzkumník nedosahuje výsledků ve výzkumu za použití statistických procedur či jiných způsobů kvantifikace. Mnoho metodologů s touto definicí nesouhlasí, protože podle nich jedinečnost kvalitativního přístupu nespočívá jen v absenci čísel. Např. Creswell (1998, in Hendl, 2005, 50) pohlíží na kvalitativní výzkum jako na „*proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo výzkumného problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.*“

Důvodem k volbě kvalitativního přístupu je podstata zkoumaného problému. Zvláště některé zkoumané oblasti se hodí spíše pro kvalitativní přístup. Jedná se např. o situace, kdy se snažíme odhalit podstatu něčích zkušeností s určitým jevem, např. s nemocí, náboženskou konverzí nebo se závislostí. Kvalitativní metody jsou vhodné také tam, kde chceme o daném jevu získat podrobnější informace, což se kvantitativními metodami zachycuje obtížně (Corbin, Strauss, 1999). Z tohoto hlediska je kvalitativní přístup pro můj

výzkum více než vhodný. K odhalení zkušeností se schizofrenií je totiž zapotřebí hlubšího a holistického pohledu na danou problematiku a také interakce s účastníkem výzkumu.

## 9.2 VÝZKUMNÝ SOUBOR

Dle výzkumného cíle se tohoto výzkumu zúčastnilo 7 osob nemocných schizofrenií. Pro výběr respondentů jsem zvolila následující kritéria:

1. Jakákoliv z forem schizofrenie,
2. stabilní zdravotní stav respondenta,
3. ochota zapojit se do výzkumu.

Účastníky výzkumu jsem vybrala pomocí záměrného výběru přes instituci v kombinaci s metodou sněhové koule.

Jak uvádí Miovský (2006), **metoda záměrného výběru** je nejrozšířenější metodou výběru výzkumného vzorku v kvalitativním přístupu. Jedná se o metodu cíleného vyhledávání účastníků podle nějaké určité vlastnosti, kdy kritériem výběru je právě tato vlastnost. V tomto výzkumu je tedy hlavním kritériem výběru jakákoliv forma schizofrenního onemocnění účastníka, který je v remisi a jeho ochota zapojit se do výzkumu. Vybírala jsem tedy pouze jedince, kteří tato kritéria splňují.

Druhá ze zmíněných metod, **metoda sněhové koule**, je také jednou z nejčastěji užívaných kvalitativních metod, která se běžně kombinuje s účelovým výběrem. Pro aplikaci tohoto výzkumu je základní kontakt s tzv. první vlnou účastníků výzkumu, což se může dít prostřednictvím výběru přes instituci nebo díky předchozímu osobnímu kontaktu výzkumníka (Miovský, 2006). Tato metoda se v mém výzkumu osvědčila. Respondenti, kteří se do výzkumu zapojili, informovali o něm své přátele a někteří z nich se potom zapojili také.

Mým původním záměrem bylo vybrat klienty se schizofrenií zprostředkovaně, skrze oslovení některého **ambulantního psychiatra**, tedy **přes instituci**. Tento plán se však později ukázal jako nevhodný. Oslovila jsem klinického psychologa a také ambulantní psychiatry s otázkou, zda mají v péči klienta, který by odpovídal mým kritériím výběru. V psychiatrické ambulanci jsem zanechala také **průvodní dopis** (viz. Přílohy), který sloužil k oslovení potenciálních účastníků výzkumu. Bohužel se mi touto cestou nepodařilo

získat k pacientům přístup. Stalo se tak z důvodu, že v dané ambulanci buď, nebyl v péči člověk s danou diagnózou, nebo nevyhovoval stanoveným kritériím výběru anebo na průvodní dopis vůbec nereagoval a s výzkumem nesouhlasil. Stalo se mi také, že své pacienty nechtěl do výzkumu zapojit samotný lékař, což jsem musela samozřejmě respektovat.

Nutné je také dodat, že jsem v oslovování jednotlivých psychiatrických ambulančí byla limitována jejich vzdáleností od mého bydliště. Vybírala jsem tedy takové, kam jsem měla možnost dopravit se v přiměřeně dlouhém čase. Jelikož se nejedná o neosobní dotazníkové šetření, ale především o kontakt s klientem, musela jsem brát v úvahu i to, že na místo budu muset přijet vícekrát. S oslovováním lékařů/psychologů jsem začala v dostatečném předstihu, v únoru minulého roku. Příčinu selhání původního záměru tedy nevidím na mé straně.

Důvodem obtížného získávání účastníků pro tento výzkum může být také citlivost tématu, které se dotýká velmi osobních prožitků a zkušeností člověka.

Vlivem okolností jsem tedy musela zvolit náhradní způsob výběru účastníků do výzkumu. Metody výběru vzorku zůstaly stejné, ale změnila se instituce, na kterou jsem se s prosbou obrátila. Institucí, kde jsem úspěšně navázala kontakt se všemi sedmi účastníky výzkumu je nejmenované **psychosociální centrum**.

**Tabulka 1: Charakteristika výzkumného souboru**

<b>Respondent</b>	<b>Pohlaví</b>	<b>Věk</b>	<b>Rodinný stav</b>	<b>Bydlení</b>	<b>Věk začátku onemocnění</b>	<b>Délka onemocnění</b>
<b>R1</b>	žena	31	svobodná	sama	23 let	8 let
<b>R2</b>	žena	30	svobodná	s rodiči	15 let	15 let
<b>R3</b>	muž	30	svobodný	s matkou	23 let	7 let
<b>R4</b>	muž	27	svobodný	s matkou	15 let	12 let
<b>R5</b>	muž	32	svobodný	s rodiči	20 let	12 let
<b>R6</b>	muž	37	svobodný	s rodiči	26 let	11 let
<b>R7</b>	muž	32	svobodný	sám	20 let	12 let

Jak vyplývá z *Tabulky 1*, ve výzkumném souboru převažují muži a to v poměru 5:2. Menší zastoupení žen je dáno nižší frekvencí návštěvnosti psychosociálního centra ženami v době, kdy výzkum probíhal. Měla jsem tudíž méně příležitostí některou z nich oslovit.

Průměrný věk respondentů je 31 let. Všichni účastníci výzkumu jsou svobodní a v době výzkumu nežili v partnerském vztahu. Většina z nich bydlí v panelovém/rodinném domě s oběma rodiči nebo jen s maminkou. Pouze dva z respondentů bydlí samostatně. Průměrný věk, ve kterém propuklo schizofrenní onemocnění u účastníků tohoto výzkumu, je 20 let. Průměrná délka onemocnění u zúčastněných činí 11 let.

### 9.3 METODA TVORBY DAT

Slovním spojením „tvorba dat“ je nazýván proces **získávání dat** v kvalitativním výzkumu. Termín tvorba pak zdůrazňuje fakt, že má výzkumník při uplatnění metod pro získávání kvalitativních dat přímý podíl na kvalitě získaných dat a ovlivňuje také jejich vznik (Richardson et al., 1996, in Miovský, 2006). Mezi nejčastější metody získávání kvalitativních dat patří rozhovor (interview), pozorování a ohniskové skupiny.

#### 9.3.1 Polostrukturované interview

Hlavní zvolenou metodou tvorby kvalitativních dat se stal **polostrukturovaný rozhovor** neboli interview. Podle mého názoru je tato metoda vhodná pro komplexní pochopení jednotlivých případových studií. Jako doplňující metodu tvorby dat jsem využila **pozorování**.

Podle Ferjenčíka (2000, 171) je rozhovor „*zprostředkovaný a vysoce interaktivní proces získávání dat*“. Interaktivnost rozhovoru znamená osobní střetnutí „tváří v tvář“ a aktivní vstupování výzkumníka do situace, čímž často ovlivňuje množství i povahu informací, které mu respondent sdělí. Zprostředkovanost informací pak znamená, že ne vždy nám respondent poví to, co si doopravdy myslí, ať už je to z etických, společenských či emocionálních důvodů. Pro to, co si myslí či cítí, nemusí najít vždy ta správná slova.

Miovský (2006) považuje polostrukturované interview za nejrozšířenější metodu interview, která je řešením nevýhod strukturovaného a nestrukturovaného interview. Oproti nestrukturovanému však vyžaduje polostrukturované interview náročnější technickou přípravu. Ta spočívá ve vytvoření určitého schématu, které je pro výzkumníka závazné. Toto schéma se týká okruhu otázek, na které se bude účastníků ptát. Důležité je

definování tzv. **jádra interview**, což je minimum témat a otázek, které tazatel musí probrat.

### 9.3.2 Schéma otázek pro polostrukturované interview

V souvislosti s cílem výzkumu jsem formulovala základní otázky polostrukturovaného rozhovoru, které zní takto:

1. Jaké to bylo před tím, než jste onemocněl/a?
2. Kdy jste zaznamenal/a, že se s Vámi děje něco neobvyklého? Jak se to projevovalo?
3. Jaké to pro Vás bylo, když jste zjistil/a, že jste nemocný/á?
4. V čem se Vás život změnil?
5. Jak na Vaše onemocnění reagovala rodina, přátelé a známí?
6. Jaký podle Vás mají lidé názor na nemocné se schizofrenií?
7. Jak probíhala Vaše léčba? Jaké to pro Vás bylo?
8. Co si myslíte o lécích?
9. Jsou nějaké situace, které vyvolávají zhoršení Vašeho onemocnění?
10. Co Vám pomáhá cítit se lépe?
11. Ovlivňuje schizofrenie Vaše vztahy s lidmi? Pokud ano, jak?
12. Jak schizofrenie ovlivnila Vaši schopnost studovat?
13. Jak schizofrenie ovlivnila Vaši schopnost pracovat?
14. Jak vypadá Váš běžný den?

Mým cílem tedy bylo postihnout v rozhovoru oblasti týkající se života respondenta před onemocněním, jeho prožívání a změn spojených s nemocí, dále se zaměřit na tematiku léčby, vztahů, pracovních a studijních možností a v neposlední řadě také na způsob trávení času.

## 9.4 METODA FIXACE DAT

O kvalitativních datech, která jsou vázána na určitou matici, říkáme, že je máme fixována (Mioviský, 2006). Já jsem jako způsob fixace kvalitativních dat použila, dle Mioviského (2006), jednu z nejčastěji používaných metod – **audiozáznam**. Spolu s videozáznamem

disponuje audiozáznam nespornými výhodami, jako jsou komplexnost a autentičnost záznamu. Já, jako tazatel, který zatím nemá mnoho zkušeností s výzkumem, jsem tyto výhody velmi ocenila. Nemusela jsem se totiž soustředit na to, jestli mám zaznamenány všechny potřebné informace a mohla jsem věnovat plnou pozornost výzkumné situaci. Jako záznamové zařízení jsem použila **digitální diktafon**.

## 9.5 DESIGN VÝZKUMU

Nyní jsme seznámeni s výzkumným vzorkem a také s tím, jakým způsobem jsem informace od respondentů získávala. V této kapitole se zaměřím na to, jak, kdy a kde celý výzkum probíhal.

Před samotnou realizací tohoto kvalitativního výzkumu jsem v únoru roku 2013 kontaktovala vybrané ambulance, které by mohly být zdrojem výběru respondentů. Touto cestou se mi však respondenty nepodařilo získat. Rozhodla jsem se tedy se svým požadavkem obrátit na **psychosociální centrum**.

### 9.5.1 Psychosociální centrum

Psychosociální centrum se stalo místem, kde jsem se s potenciálními účastníky výzkumu osobně setkávala a kde jsem s nimi také uskutečnila rozhovor. Domnívám se, že toto náhradní řešení bylo nakonec lepší, než výběr respondentů přes psychiatrickou ambulanci. Do psychosociálního centra lidé chodí dobrovolně a je pro ně také mnohem příjemnějším prostředím než psychiatrická ambulance. Jistou výhodou je také to, že rozhovor probíhal v prostředí, ve kterém se klienti cítí bezpečně.

Ráda bych zde dané psychosociální centrum popsala, abychom si mohli lépe představit, na jakém místě výzkum probíhal. V rámci ochrany osobních údajů účastníků výzkumu a zachování jejich anonymity záměrně nezmiňuji název centra, ani město, ve kterém se nachází.

Nejmenované psychosociální centrum je **občanským sdružením**, které poskytuje **sociální rehabilitaci a bezplatné sociálně aktivizační služby** osobám s duševním onemocněním z okruhu psychóz, zejména schizofrenie a afektivních poruch, které jsou starší 18 let.

Podmínkou pro využívání služeb centra je aktivní přístup k léčbě a stabilizovaný zdravotní stav, což bylo i jedno z mých kritérií výběru respondentů.

Služby, které jsou psychosociálním centrem poskytovány, směřují klienta k dosažení větší samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti. Nabízena je **pomoc** také v základní problematice sociálně – právní oblasti, asistence při jednání s úřady, **poskytování podpory** při hledání zaměstnání, **edukační semináře** pro rodinné příslušníky a známé klientů. Klienti mají také možnost využít jednou týdně bezplatné služby **psychologa**. V rámci programu centra, který je vytvářen na každý měsíc, jsou zahrnuty také volnočasové aktivity.

**Volnočasové činnosti** zahrnují klub setkávání, sportovní aktivity, jazykové kurzy, výtvarné a tvořivé techniky, literární tvorbu a různé rehabilitační výlety. V měsíčním programu centra tak můžeme najít např. filmový klub, trénování paměti, programy pro dobré zdraví (poskytovány jsou základní informace z oblasti duševního zdraví, např. jak se bránit stresu), návštěvy kulturních památek, muzeí a čajovny, arteterapie, vycházka s fotografováním, procvičování pravopisu, hraní ping pongu a bowlingu, hraní společenských her a nechybí ani společné vaření či pomoc s úklidem centra. Účast na těchto aktivitách je pro klienty zcela dobrovolná, je na nich, jestli některou z nabízených možností využijí. Psychosociální centrum je totiž také místem, kam mohou lidé přijít také jen tak posedět a pobýt.

Centrum, které jsem navštívila, se skládá ze **tří** větších **místností**. První místnost je vybavena umývadlem a menší kuchyňskou linkou se základním nádobím, dále je klientům k dispozici lednice a remoska pro přípravu jednodušších teplých jídel. Jídlo, kávu a pití si klienti platí sami. Dále je v této místnosti menší stůl a sedací souprava, na které se většinou klienti schází, povídají si nebo jen tak posedí v okruhu svých známých či přátel. Druhá místnost je větší, vybavena židlemi a stoly a také různými knihami a společenskými hrami. K dispozici je klientům také počítač s internetem, u kterého se podle domluvy střídají. Poslední místností je kancelář vedoucího centra, která také slouží jako místnost pro setkávání klientů s psychologem. K dispozici je samozřejmě také sociální zařízení.

**Realizační tým** centra tvoří vedoucí centra, který je zároveň socioterapeutem, sociální pracovník, psycholog a odborný garant služeb, kterým je lékař – psychiatr. Centrum má otevřeno všechny všední dny, od pondělí do pátku, liší se jen otevírací dobou. Podmínkou přijetí klienta je doporučení od ošetřujícího lékaře. Na začátku, při zakládání dokumentace



klienta, sociální pracovník spolu s klientem určují cíle, kterých by chtěl klient dosáhnout, a po určitém časovém období se společně podívají, zda se jejich naplnění daří. Takovým cílem může být např. získání zaměstnání, zlepšení specifických schopností a dovedností apod.

### 9.5.2 Realizace výzkumu

Před samotnou realizací rozhovorů jsem kontaktovala vedoucího psychosociálního centra. Domluvili jsme se, že budu do centra pravidelně docházet dvakrát do týdne, aby mě klienti měli možnost lépe poznat a nebyla jsem pro ně tak neznámým člověkem. Tento postup se mi jevil jako vhodný pro navázání přátelského kontaktu s potenciálními účastníky výzkumu. Poprvé jsem centrum navštívila 30. 10. 2013 a poté jsem docházela dvakrát do týdne, na dvě až tři hodiny v odpoledních i dopoledních hodinách. Klienti mě mezi sebe přijali ochotně a bez problémů. Měla jsem možnost sledovat komunikaci mezi nimi, povídali jsme si také společně a jeden z klientů mě dokonce naučil hrát kostky. Byl to příjemně strávený čas, během kterého jsem získala také nové zkušenosti. V rámci období, kdy jsem centrum navštěvovala, jsem měla možnost poznat 10 až 15 klientů, kteří do centra chodili pravidelně. Jelikož jsem se v centru s většinou klientů setkala vícekrát ještě před samotným rozhovorem, někteří z nich mi nabídli tykání, na které jsem bez problémů přistoupila.

Z časových důvodů jsem s žádostí o účast ve výzkumu nemohla osobně oslovit každého klienta, a proto jsem v centru nechala k dispozici **průvodní dopis** (viz. Přílohy), který informoval o účelu výzkumu. S oslovováním klientů mi také pomohla sociální pracovnice.

První z rozhovorů jsem realizovala 13. 11. 2013, další pak v průběhu měsíce listopadu 2013 a poslední rozhovor proběhl 2. 12. 2013. Všechny rozhovory se uskutečnily v prostorách psychosociálního centra, z velké části v kanceláři vedoucího pracovníka a tři z rozhovorů proběhly ve společenské místnosti. Průměrná délka rozhovorů byla 50 minut. Informace k jednotlivým rozhovorům uvádím v *Tabulce 2*.

**Tabulka 2: Rozhovory s respondenty**

<b>Respondent</b>	<b>Datum</b>	<b>Délka</b>	<b>Místo</b>	<b>Způsob zapojení do výzkumu</b>	<b>Poznámka</b>
<b>R1</b>	2. 12. 2013	40 minut	kancelář	navrhla svou účast po vzájemném rozhovoru	v průběhu rozhovoru nás vyrušila sociální pracovnice
<b>R2</b>	25. 11. 2013	77 minut	kancelář	navrhla svou účast po vzájemném rozhovoru	velmi ochotně a obsáhle mi o všem vyprávěla
<b>R3</b>	20. 11. 2013	45 minut	společenská místnost	oslovil mě osobně, po povzbuzení jiným respondentem	měl obavy, aby to nebylo příliš dlouhé, v polovině rozhovoru nás vyrušil telefon
<b>R4</b>	25. 11. 2013	45 minut	kancelář	reagoval na průvodní dopis, oslovil mě osobně	po ukončení rozhovoru jsme chvíli pokračovali v konverzaci
<b>R5</b>	20. 11. 2013	51 minut	společenská místnost	reagoval na průvodní dopis, kontaktoval mě telefonicky	rušilo nás dění ve vedlejší místnosti
<b>R6</b>	18. 11. 2013	29 minut	kancelář	reagoval na průvodní dopis, oslovil mě osobně	mluvil velmi otevřeně, po ukončení rozhovoru jsme si ještě povídali
<b>R7</b>	13. 11. 2013	66 minut	společenská místnost	do výzkumu se zapojil po oslovení sociálním pracovníkem	rušilo nás dění ve vedlejší místnosti

## **9.6 ETICKÉ ASPEKTY VÝZKUMU**

Stejně jako je tomu v každém výzkumu, i v tomto jsem musela dbát na etická pravidla, která chrání účastníky výzkumu. Snažila jsem se tedy zachovat soukromí a anonymitu zúčastněných osob.

Před zahájením každého rozhovoru jsem nejprve získala souhlas s účastí respondenta na výzkumu, tzv. **informovaný souhlas** (viz. Přílohy). Každému účastníkovi výzkumu jsem vysvětlila, čeho se výzkum týká, a nastínila jsem tematické okruhy, o kterých budeme hovořit. Vysvětlila jsem, k jakému účelu budou získané informace použity, a také jsem respondenta ujistila, že má možnost kdykoli od účasti na výzkumu odstoupit. Každý z respondentů mohl odpověď na jakoukoliv otázku vynechat, pokud pro něj byla nevyhovující.

Důležité bylo také získat **souhlas s nahráváním rozhovoru** na diktafon. Vysvětlila jsem, že slouží pouze k tomu, abych data mohla přepsat do textového editoru a také k tomu, aby byl rozhovor plynulejší a abych měla zaznamenané všechny důležité informace. Nikdo ze zúčastněných neměl s nahráváním rozhovoru potíže.

Účastníky výzkumu jsem rovněž nezapomněla informovat o **ochraně soukromí a osobních údajů**. Osobní údaje jsou podle Miovského (2006) jakékoliv informace týkající se konkrétního, žijícího a identifikovatelného jedince. O osobních datech nehovoříme v případě, že jsou výzkumné údaje anonymní, tzn., jsou – li z nich odstraněny informace, které by mohly vést k rozpoznání konkrétního jedince. Respondenti tedy byli seznámeni s tím, že žádné jejich osobní údaje nebudou v této práci zveřejněny, což znamená, že bude zachována jejich **anonymita**.

V prepisech rozhovorů jsou tedy konkrétní informace, které by mohly vést k identifikaci osob, vynechány či nahrazeny neutrálními označeními. V následujícím textu, zejména pokud budu citovat určitou část rozhovoru, použiji z praktických důvodů pro jednotlivé respondenty označení **R1** až **R7**. Přiřazení čísel k respondentům je zvoleno náhodně.

## 10 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

Předtím, než jsem přistoupila k samotné analýze dat, provedla jsem **doslovnou transkripci** všech rozhovorů. Podle Hendla (2005) je totiž převod mluveného slova do písemné podoby podmínkou pro podrobné vyhodnocení dat. Výpovědi respondentů jsem zachovala v původním znění, také s objevujícími se nespisovnými výrazy. Poté jsem přistoupila k procesu třídění, klasifikace a deskripce kvalitativních dat, což jsou přístupy, které by podle Miovskeho (2006) měly vždy předcházet jakékoli interpretaci.

Předmětem analýzy jsou subjektivní výpovědi respondentů. Výzkumným cílem tedy není podat objektivní závěry, ale naopak poukázat na subjektivní zhodnocení schizofrenie očima nemocných. Pokud se v rozhovoru s respondenty objevila společná témata, vznikly odpovídající kategorie. Jednotlivé podkapitoly pak odpovídají oblastem, na které jsem se během rozhovoru zaměřila. V každé části textu uvádím pro ilustraci nejobsáhlejší a nejzajímavější výpovědi respondentů. Doslovné citace z rozhovorů jsou pro lepší odlišení od okolního textu uvedeny *kurzívou*.

### 10.1 ŽIVOT RESPONDENTŮ PŘED ONEMOCNĚNÍM

V této oblasti se budu věnovat zejména tomu, jak respondenti vnímají svůj život před onemocněním. Na základě analýzy rozhovorů jsem stanovila dvě témata, která se ve výpovědích respondentů objevovala nejčastěji – oblast sociálních dovedností a negativní zážitky v minulosti.

#### SOCIÁLNÍ DOVEDNOSTI

Nejčastěji respondenti hovořili o tom, jaký byl jejich společenský život v minulosti. Jak vyplývá z výpovědí účastníků, většina z nich byla společensky založená, měli plno přátel a rádi poznávali nové lidi, což svědčí o rozvinutých sociálních dovednostech. Bavilo je studium i práce, vyplňovali svůj volný čas aktivitami a zájmy a taktéž měli zkušenosti s partnerskými vztahy. S výjimkou jednoho respondenta (R5), který byl spíše samotářský.

Zdá se však, že život před onemocněním vnímají respondenti jako více aktivní. Někteří vyjadřovali svůj smutek nad tím, že už tomu nyní takto není a že se spousta věcí změnila.

### **Vybrané výpovědi respondentů:**

**R1:** „*No byla jsem zdravá, vystudovala jsem střední školu, začla jsem pracovat. Bavila mě škola, hodně jsem trávila čas s kamarádkami, ráda jsem cestovala, byla jsem společenská, vyhledávala jsem kontakty, chodila jsem za kulturou*“.

**R5:** „*Já jsem měl jenom takový kamarádky, a když jsem s ní chtěl chodit s jednou, tak ona mě odmítla tak, že má někoho jinýho. Já jsem spíš trávil volný čas o samotě, že jsem si třeba četl, díval se na filmy a tak.*“

**R6:** „*To jsem byl furt v práci. Bylo to ale předtím takové přirozenější. To jsem neměl takový pocity jako teď. Vztahy, všechno bylo korektní. Než jsem onemocněl, tak jsem byl plnej elánu. Ukecával jsem každýho, furt jsem něco mlel. Nedělalo mi problém sbalit tu nebo tu.*“

**R7:** „*Všechno člověk dělal. Chodil na diskotéky, na trampy a všechno zvládal. Absolutně fajn život. Moc aktivit. Aji čas možná scházel. No aktivní život. Člověk chodil na brigády, měl přátele. Všechno fungovalo jak má.*“

### **NEGATIVNÍ PROŽITKY**

Mezi negativní vlivy řadím ty faktory, které respondent ve svém životě vnímal jako nepříjemné a také ty, které by mohly být jednou z příčin onemocnění. Jako společné téma se u respondentů vyskytly **problémové vztahy v rodině**. Rozvedené rodiče má pět ze sedmi respondentů, což při velikosti mého výzkumného souboru mohu považovat za nadpoloviční většinu. Dva z respondentů pak sdělili, že v minulosti užívali **drogy**, především marihuanu. Jeden z účastníků zmiňuje, že měl potíže s alkoholem. Téma, které se u tří ze sedmi respondentů (R2, R5 a R7) objevilo, byla **šikana** ve škole i v zaměstnání, což byl pro tyto jedince velmi negativní zážitek. Tyto okolnosti se v minulosti účastníků nemusí vyskytovat náhodou. Jedinci, kteří jsou méně psychicky odolní a kteří mají dispozice k duševní nemoci, mohou reagovat na zátěžové situace právě rozvojem duševní choroby. Také některé návykové látky, jako je marihuana, mohou vést k rozvoji psychózy, což dotazovaní sami zmínili a jsou si toho vědomi.

### **Vybrané výpovědi respondentů:**

**R2:** „*Já už jsem od školky byla hodně odstrkovaná a to se stupňovalo každý rok, když jsem byla ve škole. Vyvrcholilo to tím, že mě pomlouvali, smáli se mi za zády, v lavici jsem měla nepořádek, který nebyl můj a musela jsem to uklízet. Boty mi dávali úplně nahoru v šatně, bundu na zem. Takový naschvály. Nerada jsem pak chodila do školy, protože se mi smáli a ubližovali.*“

**R5:** „*Školu jsem zvládal celkem dobře, ale měl jsem problémy se spolužáky, kteří mě šikanovali. Nejdříve to byly slovní, verbální útoky a poté i fyzické útoky.*“

**R7:** „*Sešlo se hodně faktorů v jednu dobu. Šikana ve škole, na praxi, problémy nějaký neurovnaný. Potom ještě jak bylo to dospívání, tak člověk o sobě různé věci zjišťoval, nemohl to spolknout. Bylo toho moc.*“

**R7:** „*...A najednou, když jsem si dal trochu lysohlávek a marihuany, tak mě to začlo říkat aha, tak už tady jsou ti ufoňi, tady je ten bůh, tady jsou ti duchové, začlo mě hrabat.*“

## **10.2 PROJEVY SCHIZOFRENIE**

Nyní se budu věnovat výpovědím, ve kterých respondenti popisují, jak se u nich schizofrenie poprvé projevila.

Jak vyplývá z odpovědí jednotlivých respondentů, projevy nemoci mohou být rozmanité, ačkoli trpí diagnózou ze stejného okruhu duševních nemocí. Zejména pak podoba halucinací a bludů se u dotazovaných různila. U tří ze sedmi respondentů (R3, R2 a R6) se onemocnění projevilo chorobným přesvědčením o pronásledování, obavami z ohrožení druhými lidmi, přesvědčením o tom, že ostatní lidé mohou číst jejich myšlenky. Často se tyto pocity u respondentů objevovaly v souvislosti s cestováním v prostředcích městské hromadné dopravy nebo při pohybu venku, ve městě, kde je větší koncentrace lidí.

### **Vybrané výpovědi respondentů:**

**R3:** „*Měl jsem takový to jako by do mě lidi viděli, že mě pronásledují, jako venku. Aji takový nepříjemný pocity. Prostě takový stavy, že do mě vidí, čtou mi myšlenky a takový. Někdy to ještě mívám. Spíš venku. Jako by si o mě něco mysleli a mluvili jako o mě. Takové pronásledování, co tady dělám, co tady chci.*“

**R5:** „Měl jsem takové pocity, že mě někdo sleduje a tak jako. Takové nepříjemné pocity, když někdo šel za mnou nebo když jsem potkal nějaké lidi v blízkosti bydliště, tak jsem měl nepříjemné pocity, že si o mě povídají nebo a tak.“

**R6:** „Mistr na mě poslal Rusáky, ať mě domlátí. Pak už jsem si říkal, že něco není v pořádku, že furt se dívám, že mě někdo sleduje, pozoruje, čte mi myšlenky, tak jsem šel k doktorovi, co to může být. Ten mě poslal k psychiatrovi a tam určili diagnózu paranoidní schizofrenie.“

Další respondentka (R2) byla přesvědčena, že má mimořádné schopnosti, že je jediná a vyvolená k tomu, aby zachránila a varovala ostatní lidi před koncem světa, který se podle ní blížil. Tato dotazovaná trpěla šikanou ve škole a uvádí, že v té době kolem sebe viděla spoustu andělů, kteří ji ochraňovali, ale kterých se pak začala bát a neví proč.

#### **Výpověď respondentky:**

**R2:** „Věřila jsem v bludy, že nastane konec světa a každého jsem tím na setkání strašila. Věřila jsem, že si Bůh vybral mě, abych to hlásila ostatním. Když jsme šli na procházku, tak jsme viděli jezdce na koních a já jsem říkala, že to jsou blanenští rytíři, že přichází konec světa a že tomu všechno nasvědčuje.“

**R2:** „Já jsem si vsugerovala, že mě ochraňují andělé a že je jich zástup kolem mého pokoje. Pak jsem je začala vidět úplně zřetelně, jejich obrysy a začala jsem se jich nakonec bát... a když jsem si lehla, tak jsem začala cítit silný zápach, jako hnoje...“

Zcela jiné příznaky měl respondent (R7), u kterého se nemoc začala projevovat po užití marihuany a lysohlávek. Měl pocit, že je pavouk a že za sebou táhne vlákno, které se mu nesmí zaplést. Viděl také mimozemšťany, ale zpočátku si nepřipouštěl, že je nemocný, protože se celý život o tematiku vesmírných civilizací zajímal. O svých halucinacích hovořil pobaveně.

#### **Výpověď respondenta:**

**R7:** „Jdeš lesem a představiš si, že jsi jakoby pavouk, který za sebou táhne to vlákno a že zkrátka, když takhle projdeš těma stromama, tak aby ses vrátil dom normálně a nezapletený, že se musíš vrátit zas tou samou cestou, abys zase navinul to. Takže taková schíza byla, když já sem jako chodil po venku a musel jsem se vracet přesně tou samou cestou, co jsem předtím šel, abych se nikde nezašmodrchal.“

Jeden z dotazovaných (R4) uvádí spíše tělesné projevy onemocnění. Udělalo se mu hodně špatně a pocítil slabost. Na základě vyšetření u lékaře bylo po tělesné stránce vše v pořádku, takže v nemocnici usoudili, že potíže budou psychického původu. Podobně další respondentka (R1) hovoří o svém chorobném přesvědčení, že je nevléčitelně nemocná. Po psychické stránce se cítila zdravá a nezaznamenala, že je něco v nepořádku. To zaregistrovalo až její okolí.

#### **Vybrané výpovědi respondentů:**

**R1:** *„Já jsem měla takové myšlenky, že jsem nevléčitelně nemocná, vyhledávala jsem lékaře, literaturu. Cítila jsem to i tělesně. Měla jsem takové bludy i halucinace, že mám rakovinu, že na to umřu.“*

**R4:** *„Moc si nepamatuju, jak se to projevovalo. Neviděl jsem nic. Jen jsem slyšel, že mě není dobře, že něco není v pořádku. A na základě toho se mi udělalo špatně.“*

Jeden z respondentů (R2) popisuje svůj strach, který ho zachvátil, když se u něj poprvé projeví halucinace.

#### **Výpověď respondenta:**

**R2:** *„To jsem byl vylekanej. To jsem utíkal mezi lidma a řval jsem jenom. Brouci nebo satan nahoře na stropě. Jsem se pak schovával.“*

### **10.3 LÉČBA**

Všichni respondenti se v době rozhovoru nacházeli ve stabilním stavu, tzn. v remisi. Pravidelně navštěvují ambulantního psychiatra a někteří z nich využívají také služeb psychologa. Každý z dotazovaných měl minimálně dvě zkušenosti s hospitalizací v psychiatrické léčebně. Základ léčby u všech respondentů tvoří farmakoterapie. Jedna z respondentek podstoupila také elektrokonvulzivní terapii, jelikož běžná léčba farmaky u ní nebyla účinná.

Nyní se budu zabývat tím, jak respondenti hodnotili pobyt v psychiatrické léčebně, co nejčastěji předchází jejich relapsu a jaké zkušenosti mají s užíváním léků. Zmíním se také o výskytu deprese a sebevražedných myšlenek u zkoumaného souboru.



## **HOSPITALIZACE**

Většina respondentů vnímá hospitalizaci převážně negativně a má ji spojenou s **nepříjemnými pocity**. Měli **strach** a **obavy** z ostatních pacientů, strach z vlastní diagnózy a potřebu vyhledávat více informací o nemoci na internetu. Na druhou stranu se u některých dotazovaných objevil také **pocit úlevy** z toho, že už znali příčinu svých stavů a dostali léky, které zmírnily projevy onemocnění.

### **Vybrané výpovědi respondentů:**

**R2:** *„Byl to šok. Neměla jsem nikdy žádnou zkušenost s psychiatrií. Bála jsem se taky hodně svojí diagnózy, když jsem slyšela, že mám paranoidní schizofrenii, tak jsem nevěděla co to je. Jaké léky to budou léčit. Hledala jsem o tom informace.“*

**R4:** *„Nebylo to tam nic moc. Moc příjemný to nebylo poprvé. Přišlo mi, že tam jsem jako ve vězení. Vadily mi ty vyšetření furt, ty vizity. Chtěl jsem být v té době sám. Bylo mi všechno jedno v tu dobu.“*

Pro přijetí nemoci bylo pro jednoho z respondentů (R6) důležité zjištění, že schizofrenií mohou onemocnět lidé bez rozdílu společenského postavení.

### **Výpověď respondentů:**

**R6:** *„Vylekalo mě to, tak jsem si musel najít na internetu co to je. Lékař mi to řekl jenom zhruba. Skončil jsem v nemocnici a tam bylo plno inženýrů se mnou, hráli jsme šachy, doktoři tam byli, tak jsem si říkal, že to může mít každý a tak jsem to přijal. Tak jsem si to pak přečetl ještě jednou na internetu a vzal jsem to, že to prostě tak je.“*

Dva ze sedmi respondentů (R5, R7) zmínili, že během hospitalizace zažili obtěžování ze strany druhých pacientů. Pro dotazované to byl určitý stres, navíc v období, kdy potřebovali právě nejvíce klidu.

### **Vybrané výpovědi respondentů:**

**R5:** *„Na jednu stranu úleva, ale na druhou stranu nepříjemné pocity, protože tam byli nějakí ti pacienti a žadonili o cigarety, ovoce, zeleninu, o peníze, o telefon. To byl pro mě stres, obtěžovalo mě to.“*

**R7:** „Byli tam nebezpečný lidi. Některých jsem se bál. Člověk nevěděl, jestli ti někdo něco udělá. A nemohl jsem nic. Nikoho to nezajímalo. Jsem říkal jedné nepříjemné sestřičce, že bych chtěl jít domů, že je mi tam nepříjemně a ona mi dala okamžitě injekci. Já jsem byl úplně odvařenej.“

Zvlášť jeden z dotazovaných (R7) hovoří o režimu na uzavřeném oddělení velmi negativně, hlavně tedy o nemožnosti lehnout si kdykoli během dne. Spokojenost s léčbou se u respondentů (např. R3, R6) liší podle toho, v jakém zařízení jejich hospitalizace probíhala. Pozitivně hodnotí zařízení, kde měli strukturovaný a naplněný denní program, možnost zapojit se do pracovních terapií oproti zařízením, kde se náplní volného času pacientů moc nevěnovali.

#### **Vybrané výpovědi respondentů:**

**R7:** „V léčbě to bylo na zabití. Ráno tě vyženou v 6 hodin z postele, dají ti léky, zkontrolujou, jestli jsi to spolknul. Dají ti snídaní a už ti nedovolí si lehnout. A ty prášky jsou strašně silný, tak vlastně sedíš v křesle skrčenej a spíš.“

**R6:** „Pak jsem byl párkrát ve ..., tam se celý den nedělá nic. V ... jsem byl, tam se cítím skvěle, tam jsou pracovní terapie, člověk si tam může skočit zapálit, skupiny tam jsou s primárkou, člověk má čas na odpočinek.“

#### **RELAPS**

Důvodem k opakované hospitalizaci respondentů bylo zhoršení jejich stavu – tedy relaps. Jak respondenti uvádí, jejich stav se zhoršuje zejména vlivem **stresových situací**. Čtyři ze sedmi respondentů považují za příčinu zhoršení svého stavu **problémové mezilidské vztahy**, zejména tedy hádky s rodiči a sourozenci. Jeden respondent (R6) uvádí, že kvůli hádkám s rodiči bývá hospitalizován několikrát do roka. Mezi stresové situace řadí dotazovaní také starosti týkající se finančního zabezpečení, nedostatek spánku, stres v práci a s tím spojený nátlak ze strany druhých lidí a další náročné životní situace. Dva z respondentů (R2 a R4) přímo uvádí, že se jejich stav zhoršil vždy, když je čekalo něco důležitého, jako maturita, první den na praxi apod. Relaps u dotazovaných nastal také po náhlém **vysazení farmak**.

### **Vybrané výpovědi respondentů:**

**R2:** „V prvním ročníku na kuchařku se začal zhoršovat můj stav, objevil se relaps. Jak jsem měla jít poprvé na praxi. Večer jsem si umyla hlavu, nastříkala jsem si tam různé spreje, tužidla, napižlala jsem si tam mýdlo s tím, že mi to pomůže proti lupům. Byla jsem celá dopletená... Předtím jsem ještě umývala okna a nastříkala jsem okna voňavkou. Mamka se mě ptala, co vyvádím a poslala mě pryč. Prostě se mi začaly dít takové nesmyslné věci. Slyšela jsem v hlavě hlasy, co bude nejlepší, ať to udělám. Možná to mohlo být stresem trochu.“

**R3:** „Když nespím. Nějaké neobvyklé situace. Stres v práci. Za ty dva roky jsem jich vystřídal hodně, to byl stres, měl jsem deprese, nezvládal jsem to. Když je na mě kladený nátlak.“

**R5:** „Stres je pro mě, když mi třeba otec nadává kvůli něčemu, jakékoliv hádky.“

**R6:** „...nejvíce to vyplývá z toho, jak se doma ke mně chovají. Nemůžu říct, že bych měl hodný rodiče. Hlavně doma, když mi matka nadává do křiplů a tak, tak se to všechno zbortí.“

**R7:** „No když jsem chodil na pracák a neměl jsem důchod, to byl šílený stres. Když mě měli vyřadit a práce a všechno. Pro mě je stres bydlet aji doma, protože mám problémy se sousedama...Anebo když na mě někdo tlačí. Nebo sem se měl stěhovat a teďka haluze.“

Ke zlepšení psychického stavu respondentům nejvíce pomáhají vřelé mezilidské vztahy. Všichni dotazovaní zmiňují, že potřebují rodinnou pohodu a kontakt s přáteli pro to, aby se cítili dobře. Pomáhá jim také pravidelná návštěva psychosociálního centra, věnování se sportovním aktivitám a jiným zájmům, jako je četba, kreslení, skládání básní apod.

### **FARMAKOTERAPIE**

V této části textu se budu zabývat postoji nemocných k léčbě pomocí farmakoterapie.

Na základě výpovědí respondentů mohu říci, že většina z nich je přesvědčena o nezbytnosti užívání léků. I přes nežádoucí účinky, kterých není málo, jsou si respondenti vědomi, že léky budou muset užívat dlouhodobě, aby zabránili návratu příznaků a mohli tak lépe

zvládat každodenní život. Vnímají tedy, že jim **léky pomáhají**. Na druhou stranu se však shodují, že jejich užívání je spojeno s řadou nepříjemných a **nežádoucích účinků**.

Většina dotazovaných považuje za velmi nepříjemný doprovod farmakoterapie následný **útlum** a **únavu** a také pocit, že jsou „**mimo realitu**“. Tyto účinky totiž velmi ovlivňují jejich schopnosti a snižují také jejich výkonnost, ať už při studiu, při práci, ale také při plnění každodenních povinností. Dalším zmiňovaným a respondenty nevídaným vedlejším účinkem léků je **navýšení tělesné hmotnosti**, mnohdy o desítky kilogramů, kterých se dotazovaní velmi těžce zbavují. Dva z respondentů (R2 a R4) také hovořili o **problémech s močením** a o přítomnosti **třesu v rukou**.

Alespoň tři z dotazovaných měli zkušenost s **přerušením léčby**. Rozhodli se dál léky neužívat, protože si mysleli, že je již nepotřebují, že jsou zdraví anebo tak učinili právě kvůli přítomnosti nežádoucích účinků. Ve všech případech však došlo ke zhoršení nemoci, které vyžadovalo hospitalizaci.

#### **Vybrané výpovědi respondentů:**

**R1:** „...Jsem ale hodně utlumená, častěji se mi chce spát. Dá se to zvládnout. Poprvé, když jsem onemocněla, jsem dostávala injekce a přibrala jsem asi 20 kilo a pak už to šlo pěkně nahoru. Hodně bojuju s váhou...Jsem pomalejší. Třeba se ocením za to, když umyju nádobí.“

**R2:** „Prožívala jsem den ze dne jakoby ve snách. Nebyla jsem v realitě. Cítila jsem se ospalá, utlumená, jak kdyby vše šlo mimo mne.“

**R5:** „Na jednu stranu pomáhají, ale na druhou stranu jsem po nich ospalý, takže čím dřív si je vezmu, tím dřív usnu. Takže když si je vezmu večer, tak do jedné hodiny se mi chce spát, takže usínám brzo večer. Vadí mi ta ospalost a to je asi všechno.“

**R7:** „No hodně oblbujou a zničí ti život. Někteří chrápou a tloustnou. Mají milion vedlejších účinků... seš jak pod poklopem. Takovým skleněným. Víš jako, takovým, že seš tady, nejseš tady, je to falešná realita s těma práškama, jako že seš oblblá. Jako za sklem... Když to přestanu brát, tak skončím jako nějaký bezdák na ulici, kterej si nezaplatí nájem. Musím si to vyrovnat. Stejně jako ten kdo má inzulín, diabetik, tak si ho píchá. Takže co naděláš.“

## **DEPRESE A SEBEVRAŽEDNÉ TENDENCE**

Z analýzy výpovědí výzkumného souboru vyplývá, že se u pěti ze sedmi dotazovaných vyskytovaly deprese. U tří ze sedmi respondentů se během nemoci vyskytly také suicidální myšlenky nebo suicidální jednání, což byl další z důvodů k jejich hospitalizaci a k léčbě.

U dvou respondentek (R1 a R2) se objevily deprese společně se sebevražednými tendencemi. Obě si chtěly vzít život. Jedna z nich (R1) se dvakrát o sebevraždu pokusila pádem z výšky. Naštěstí oba pokusy přežila, ale z následků zranění se léčila delší dobu. U dalšího respondenta (R7) se objevily suicidální myšlenky vyvolané pocitem beznaděje a bezradností z onemocnění.

### **Výpověď respondenta:**

**R7:** „*Určitou dobu životní jsem přemýšlel, že skočím pod vlak, že sežeru prášky, se oběsím a tak.*“

U jiného dotazovaného (R6) byl úmysl zabít se podporován také příslušnými halucinacemi.

### **Výpověď respondenta:**

**R6:** „*Jsem byl hospitalizovanéj hned. Protože jsem se chtěl zabít...Hlasy mi říkají, ať si ublížím, ať to udělám, že stejně nestojím za nic.*“

## **10.4 VLIV SCHIZOFRENIE NA SOCIÁLNÍ OBLASTI ŽIVOTA**

V rámci této výzkumné otázky jsem se zabývala změnami, které onemocnění vyvolalo v sociální oblasti života respondentů. Jedná se o oblast společenských předsudků, o oblast rodinných vztahů, oblast přátelství a partnerství a také o oblast studia a zaměstnání.

### **SPOLEČENSKÉ PŘEDSUDKY**

Respondenti vnímají negativní postoje lidí ohledně svého onemocnění a pocítují dopad předsudků i na své osobě. Někteří vychází z vlastních zkušeností, jiní upozorňují, že svou roli v tomto případě hrají také média. Jeden z respondentů (R7) zažívá nepříjemnou situaci přímo v místě bydliště, kdy si o něm sousedi myslí, že je nebezpečný a také líný, když

nepracuje a dávají mu to svým chováním najevo. Další respondentka (R2) přiznává, že je pro ni snazší přihlásit se k tělesnému onemocnění než k duševnímu, ale reakcí ostatních lidí si nevšímá.

### **Vybrané výpovědi respondentů:**

**R2:** „Máme toho plný zprávy, že ten schizofrenik zavraždil toho nebo onoho. Plné noviny a zprávy. V dnešní době se to přetřásá. Ten, kdo je schizofrenik, musí být podle nich úplný maniak. Lidí by měli mít více pochopení a uvědomit si, že to nejsou žádní maniaci a že mají nárok na svůj život a tak. Myslím, že se na ně dívají spíše negativně. Já jsem se vůči sobě neselektovala s negativní reakcí.“

**R6:** „Dívají se na nás jako na nějaký paka. Že to není možné, aby byli takhle nemocní lidé. Se smějou, nadávají. Pro každého je to prostě člověk, co má papíry na hlavu. A hodně lidí je nesvéprávných k právním úkonům, tak to jim ještě přidává do karet. Pro ně jsme mentálně zaostali.“

**R7:** „Spíš to řeší sousedi, že závidí, že máš důchod, že nechodíš do práce, makat a takový krávoviný. Lidí jsou svině. Závidí všechno. Říkají si „má nohy má ruce, proč nechodí makat jak my“. Lidí jsou potvory. Na druhou stranu tě pomluví, že seš pošuk a na druhou stranu ti tohle závidí.“

**R7:** „Si myslí o tobě, že jsi nějaký vrah nebo něco takovýho. Takže jako dostaneš jako nálepkou (stigma) schizouš, vrah, úchylák, perverzák nebo něco. Ublíží našim dětem nebo někomu. Moc se s ním radši nebav. Radši se na něj usmívej, protože nevíš, co od něj můžeš čekat. U nás v paneláku mám nálepkou schizouš. Vidím, že se na mě dívají jak na debila. A blbě se mi jde domů, když potkáš na chodbě někoho, ho pozdravíš a on se na tebe dívá jak na debila. Je to hnusný. U nás je to udrbanej barák, tak je to nepříjemný.“

## **RODINA**

**Rodinní příslušníci**, ať už rodiče, prarodiče či sourozenci, jsou pro většinu respondentů hlavním **zdrojem podpory a pomoci**. Ať už dotazovaní žijí v primární rodině nebo ve vlastním bydlení, jsou si vědomi toho, že bez pomoci svých nejbližších by určitá období nemoci sami nezvládli. Uvědomují si také, že i jejich rodiče se museli potýkat a vyrovnat se s náročnými situacemi, že zažívali smutek, strach i nejistotu. Maminka jednoho

z dotazovaných (R7) má z onemocnění syna strach, obává se zhoršení stavu, proto s ním nechce trvale bydlet, ale když za ní na víkend přijede, vždy se o něj postará, vypere mu apod. Pro zmíněného respondenta je důležité, že se má na koho obrátit.

#### **Výpověď respondenta:**

**R7:** „Mamka mě chápe. Ví, že od jisté doby, když jsem byl poprvé v nemocnici, že jsem jinej, že teda něco mám. Ale až tak se o tom nebavíme. Ví, že chodím ta stacik. Když jsem u ní, tak mě podporuje, uvaří mi, vypere, já jí zas pomůžu s něčím jiným, takže si vzájemně pomáháme. Ví, že spolu bydlet nemůžeme, protože se bojí, že by byly nějaké výkyvy. Takhle mi může říct, jed' domů.“

Dva respondenti (R5 a R6) se setkali s **negativním postojem** rodičů vůči svému onemocnění. Lze říci, že jejich názory ovlivnily předsudky týkající se duševního onemocnění, protože v obou případech rodiče považují své syny za „nenormální“ a mají obavy z případné ostudy. Oba dotazované mrzí, že jim rodiče nejsou dostatečnou oporou a že pro ně nemají pochopení.

#### **Vybrané výpovědi respondentů:**

**R5:** „Máma z toho byla smutná a otec byl takový našťvaný. Nechtěl, abych k tomu lékaři původně chodil. Bral to jako ostudu. Podle něj, kdo chodí k psychiatrovi, není v pořádku a není normální. Mně se jeho názory nelíbí.“

**R6:** „Od té doby jsem blbeček s papírama na hlavu, jak říkají naši. Předtím to bylo v klidu. Ale jak jsem dostal diagnózu a léky a hospitalizace, tak už jsem pro ně magor s papírama na hlavu.“

Jedna respondentka (R2) vyjadřuje svoji nespokojenost s tím, že ji rodiče nezapojují do žádné důležitější činnosti. Cítí se méněcenná a neužitečná, i když si je vědoma toho, že příbuzní jednají v dobrém úmyslu.

#### **Výpověď respondentky:**

**R2:** „Předtím jsem hodně pomáhala doma, vařivala jsem skoro denně. Víc mi věřivala máma i táta, i brácha víc. Víc si mě i vážili. Ted' nemůžu skoro na nic doma sáhnout. Nechcou abych jim pomáhala. Přišla jsem o důvěru. Určitě proto, že jsem nemocná, abych

*něco nezapackala. Cítím takové omezení. Mrzí mě to. Říkala jsem jim to, že by mě mohli nechat něco udělat, ale mají o mě strach.“*

## **PŘÁTELSTVÍ**

Pokud se respondenti svěřili se svým onemocněním přátelům, jednalo se nejčastěji o ty nejbližší. Přátelé jim poskytli podporu a pomoc, i přesto, že třeba nevěděli, co onemocnění přesně obnáší. Snažili se nemocné kamarády tolerovat a pochopit. Respondenti se svými přáteli nadále tráví volný čas, zajdou spolu na kávu nebo do kina, někteří se společně věnují svým zájmům. Nová přátelství navázala většina respondentů v okruhu lidí s podobným onemocněním, často v psychosociálním centru. Jsou to lidé, se kterými o své nemoci mohou hovořit bez větších zábrán a bez strachu z nepochopení.

Jeden z respondentů (R7) se setkal s odmítnutím ze strany přátel, když se jim svěřil se svou nemocí. Další z respondentů (R2) se s přáteli stýká stále, ale o nemoci s nimi raději moc nemluvil.

### **Výpověď respondenta:**

**R7:** *„Když člověk onemocněl, tak skončili přátele, aktivity a úplně úplně všechno. Všechno bylo na hovno. Kamarádi tě opustili. Na diskotéky už jsi nechodil. Takový jako mělš hromadu času.“*

## **PARTNERSKÉ VZTAHY**

Oblast partnerství je pro dotazované velmi citlivá. Všichni respondenti jsou v současné době **bez partnera**, ale zároveň vyjadřují svou potřebu někoho blízkého mít a sdílet s ním svůj život. Vztah pro ně znamená zdroj opory, harmonie, úcty, lásky, tolerance, ale také mít pro koho žít a vědět, že pro druhého něco znamenají a v neposlední řadě také uspokojení sexuálních potřeb. V minulosti měla většina dotazovaných několik vztahů, které však vždy skončily rozchodem. Nikdo z nich doposud nežil v manželství. Shodují se, že onemocnění navazování vztahů komplikuje a najít partnera pro ně není snadné. **Obávají se proto samoty** a často neví, jakým způsobem se seznámit. Při prvním kontaktu se cítí nejistí.



### **Vybrané výpovědi respondentů:**

**R2:** „Je hodně těžký najít přítele. Když udám, že jsem nemocná, mám paranoidní schizofrenii, tak se většinou vyděsí. Setkala jsem se s tím hodněkrát. Napsal, že takovou holku nechce, že chce zdravou.“

**R3:** „Pro mě je to hodně důležitý najít si nějakou takovou hodnou holku. Vydržet s ňou. Není to tak jednoduchý no. Jsem dost osamělý, nechcu být sám. Mám takový myšlenky, že až budu starej, tak zůstanu sám jak kůl v plotě... Já moc po diskotékách nechodím, nebo takhle. Už mě to nebaví. Je to blbý. Kde někoho sehnat. Na internetu, to je jako blbý no, nic moc.“

**R5:** „Cítím se dost osamělej. Chci se pokusit navázat vztah s nějakou kamarádkou nebo partnerkou, ale mám obavu, jak na to jít. Jestli přes nějakou internetovou seznamku, ale abych se zas nespálil.“

Respondenti také zvažují, kdy a zda vůbec říci o svém onemocnění novému partnerovi. Pro mnohé není jednoduché přiznat, že jsou duševně nemocní, stydí se a obávají se reakce protějšku. Na začátku vztahu by své **onemocnění** někteří respondenti vůbec **nepřiznali**.

### **Vybrané výpovědi respondentů:**

**R1:** „Je to asi půl roku co jsem potkala kluka, seznámila jsem se shodou okolností na ulici. Oslovil mě a pozval na kávu, ale nepřiznala jsem mu, že jsem v invalidním důchodu, že jsem nemocná.“

**R2:** „Tak vždycky jsem dávala najevo, že jsem nemocná. Když ale nevěděli co přesně se mnou je, tak mě brali více mezi sebe a rovnocenně. Když se ale dozvěděli, že můžu mít i bludy a halucinace, to jsem měla s posledním partnerem, tak to mi zavolal sanitku a skončilo to.“

**R4:** „Není to moc veselý. Není to jednoduchý říkat to přítelkyni, že mám něco, že mám papíry na hlavu.“

**R7:** „Každému bych na první schůzce neříkal, že mám schízu. Když se mě někdo ptá, tak řeknu, že pracuju v psychosociálním centru, že jsem sociální pracovník. Oni mi to žerou... Když seš nemocná, zrovna v tý akutní fázi, tak to hodně lidí neskousne a zkrátka se s tebou rozejde.“

Překážkou v navazování vztahů je také **finanční situace** respondentů a někdy i **společenské postavení**. Jeden z respondentů (R7) uvádí, že kvůli onemocnění nevlastní řidičský průkaz a nemá dostatečné vzdělání, což mu nikdy neumožní vyrovnat se potenciální partnerce.

#### **Vybrané výpovědi respondentů:**

**R1:** „*On byl problém, že já jsem měla důchod a oni mi ho pak vzali, neměla jsem nic, takže jsem nechtěla s nikým někam chodit. Přišlo mi to blbý, že jsem neměla peníze na zaplacení.*“

**R7:** „*Já nevydělávám, nemám tolik co protějšek, nemám ty školy, nemám řidičák, to může být jedno, jako že se nevyrovnám protějšku a za druhé jako schíza. Když máš schízu, tak už seš jiná než předtím.*“

Důvodem, proč se jeden z respondentů (R6) obává navazování vztahů a další zatím nevyhledává, je strach ze selhání v sexuální oblasti, což je podpořeno jeho minulou zkušeností.

#### **Výpověď respondenta:**

**R6:** „*Člověk je hodně utlumenej. Jsem žil s partnerkou a byl jsem utlumenej, že k ničemu nedošlo. Obávám se selhání jako chlap. Protože ty prášky utlumujou všechno.*“

## **ZAMĚSTNÁNÍ A STUDIUM**

Všichni z dotazovaných mají **částečný** nebo **plný invalidní důchod**. V důsledku svého onemocnění totiž nejsou schopni vyhovět požadavkům, které jsou na ně v zaměstnání kladeny. Nemohou udržet pozornost a soustředit se. Únava, útlum a jistá neohrabanost jim brání, aby mohli práci vykonávat. Necítí se na to, aby zvládli osmihodinovou pracovní dobu. Mají nízké sebevědomí a také strach z případného stresu a z ostatních lidí.

Dva z respondentů (R6 a R4) však i přesto dochází několikrát týdně do práce, která je vedena pro osoby zdravotně postižené. Dotazovaný uvádí, že je to pro něj sice také stres, ale je to způsob, jak se cítit lépe.

### **Výpověď respondentů:**

**R6:** „*Ted'ka pracuju v ... to mi nabídla jedna paní, jestli bych to nechtěl zkusit. Zavedla mě do baru. No a tam jsem se už učil a šlo to rychle, že jsem byl za chvíli ve třetí fázi. První fáze je za 5kč na hodinu, druhá za 10 a třetí za dvacet na hodinu... Ty dvě hodiny směny. Tam si připadám takovej důležitěj, platnej pro společnost, to mě baví.*“

S předsudky se však respondenti setkávají také v oblasti zaměstnání. Potvrzuje to následující **výpověď respondentů:**

**R7:** „*Tady zaměstnají spíš vozičkáře než schizofrenika. Když zjistěj, že seš schízák, tak oni fakt vidí tu kudlu a radši vezmou vozičkáře, u kterého ví, že se mu ta hlava neporouchá.*“

U respondentů, kteří onemocněli během studia, měla nemoc vliv také na jejich studijní plány. Zmíněná únava, útlum a neschopnost zvládat zátěžové situace jim v dokončení vyššího vzdělání brání.

### **Vybrané výpovědi respondentů:**

**R1:** „*Mrzí mě, že nemůžu studovat vysokou školu, bavilo by mě to. Ještě když jsem byla nemocná, tak jsem dělala přijímací zkoušku, ale neudělala jsem ji. Ted' už o tom neuvažuju, byl by to pro mě stres, zátěž.*“

**R2:** „*Nedokázala jsem si představit, jak to bude dál. Chtěla jsem po škole na učitelku. Nedokázala jsem si připustit, že jsem nějak limitovaná. Chtěla jsem jít na střední a na vysokou. To byl můj sen a moje plány. A jak jsme se měli v osmé třídě rozhodovat, kam půjdeme po škole, tak mi doktorka řekla, že si mám vybrat učební obor a že nemám vůbec uvažovat o střední škole. Že mám šetřit hlavu a že nemám myslet na nějakou maturitu. Takže mi rodiče vybrali učňák. Pro mě to bylo nepřijatelné. Pořád jsem opakovala rodičům, že chci něco víc, že mám na víc.*“

## **VOLNÝ ČAS**

Někteří respondenti by rádi pracovali, ale necítí se na to dostatečně silní a odolní. Vzniká jim tak spousta volného času a někdy si stěžují, že je jejich život příliš nudný a nezáživný.

Svůj denní program popisují jako stereotypní, většinou se v jejich denním režimu opakují aktivity, jako je spánek, odpočinek, procházka venku, vaření, návštěva psychosociálního centra. Někteří se snaží občas vyhledávat také kulturní akce nebo se věnovat sportovním aktivitám. Snaží se také pomáhat svým nejbližším. Jedna z respondentek (R1) věnuje část svého volného času kurzu vaření pro klienty charity, což ji alespoň trochu naplňuje.

## 11 DISKUSE

Na následujících stranách se v rámci širšího kontextu zabývám výsledky výzkumu a zmiňuji také jeho možné limity a nedostatky.

Některá subjektivní zhodnocení nemoci korespondují s informacemi, které jsou uváděny v odborné literatuře. Jiné poznatky jsou však natolik subjektivní, že je většinou v odborných publikacích nenalezneme a také proto vidím smysl ve věnování se této oblasti. Účastník studie, která se zabývala subjektivním prožíváním schizofrenie (Flanagan et al., 2012) uvádí, že dokud schizofrenii neprožijeme na vlastní kůži, můžeme o ní vědět vše, ale nikdy si nedokážeme představit, jak se nemocný cítí a čím vším prochází. Samozřejmě, že si nemůžeme onemocnění „na sobě vyzkoušet“, ale své porozumění můžeme prohloubit právě trpělivým nasloucháním prožitkům a potřebám těchto nemocných.

Zaměření se na individuální prožívání má své opodstatnění. Je třeba z něj vycházet také při stanovování léčebných postupů. Proto jsem se na individuální prožitky nemocných zaměřila také ve své práci.

Dříve než jsem se začala zabývat tím, jak respondenti své onemocnění prožívají, zeptala jsem se jich, jak vnímají svůj život před onemocněním. Mimo jiné jsme se také dostali k tématům šikany a problémových vztahům v rodině. Domnívám se, že tyto negativní prožitky se mohly alespoň z části podílet na propuknutí schizofrenie u těchto jedinců. Toto pojetí by odpovídalo jedné z teorií vzniku schizofrenie, a to konceptu vulnerability, který předpokládá zvýšenou citlivost jedince zvláště k podnětům sociální povahy (Praško et al., 2007).

U nemocných jsem se setkala s takovými projevy onemocnění, jaké jsou popisovány v odborné literatuře. Schizofrenie se u respondentů nejčastěji projevila bludy a halucinacemi, což jsou také hlavní pozitivní příznaky schizofrenie, které se objevují při psychotické epizodě (Höschl et al., 2002). Jejich podoba však byla rozmanitá. Vágnerová (2008) uvádí, že v rámci chorobného procesu se jako obsah bludů a halucinací mohou objevit minulé traumata či negativní zážitky jedince. To může vysvětlovat podobu halucinací respondentky (R2), která byla ve škole spíše odstrkovaná a šikanovaná

spolužáky. Při propuknutí onemocnění začala vidět anděly, kteří ji, podle jejích slov, před těmito spolužáky chránili. Další respondent (R6) má velmi nízké sebevědomí, což je způsobeno zejména hrubými nadávkami rodičů na jeho adresu. Jeho halucinace ho zase naopak nabádají, aby si ublížil a utvrzují ho v tom, co mu říkají rodiče, a sice že nestojí za nic. Abychom porozuměli jednotlivým projevům nemoci, měli bychom se na ně dívat v kontextu životního příběhu jedince. Jedině tak nám dají smysl.

Problematikou, o které se z odborných publikací mnoho nedozvíme, jsou zážitky pacientů z hospitalizace. Respondenti mají pobyt v léčebně spojený spíše s negativními emocemi jako je strach, obavy apod. Napadá mě otázka, zda jsou tyto prožitky zapříčiněny kvalitou poskytované péče nebo spíše samotným onemocněním? Zvláště v případě paranoidní schizofrenie může být strach z ostatních pacientů samotným příznakem onemocnění, ale může být také oprávněnou obavou, založenou na zcela reálném podkladě. Není tedy na místě případné stížnosti pacientů zlehčovat a přecházet.

Jedinci, kteří se účastnili tohoto výzkumu, jsou lidé, kteří i přes všechny změny, které jim onemocnění do života přináší, nejvíce ze všeho touží po lidském kontaktu. Každý z nás chce mít po svém boku člověka a přátele, se kterými bude sdílet vzájemnou radost i trápení. Stejně jako ve výzkumu Flanagan et al. (2010), tak i ve výpovědích mého výzkumného souboru se objevovala témata jako je strach ze samoty a touha po lásce. Bankovská – Motlová a Španiel (2011) naopak uvádí, že lidé se schizofrenií nejsou mnohdy schopni, zejména v pozdější fázi onemocnění, prožívat emoce. U dvou respondentů (R3 a R5) byla emoční reaktivita opravdu snižená, ale domnívám se, že alespoň v určité míře emoce prožívat dokázali. Obtížně se jim však pro tyto prožitky hledala slova.

Pět ze sedmi respondentů se během onemocnění léčilo také s depresí a u tří ze sedmi respondentů se objevily suicidální myšlenky a sebevražedné pokusy. Suicidální myšlenky byly u jednoho respondenta (R7) vyvolány pocitem beznaděje a ztrátou perspektivy. Podle Praška et al. (2005) jsou tyto poruchy nálady a úzkosti reakcí na uvědomění si reality probíhajícího duševního onemocnění. Obavy z budoucnosti pak mohou vyústit v sebevražedné myšlenky. Výsledky studií potvrzují, že se o sebevraždu pokusí 25 – 50% jedinců se schizofrenií (Motlová, & Koukolík, 2004). Jedná se o tak vysoká čísla, že se projevila i na tak malém výzkumném vzorku, jako je tento. Domnívám se, že vysoký

výskyt sebevražedných tendencí, může souviset také se subjektivně vnímanou sníženou kvalitou života nemocných.

Sami respondenti popisují svůj život před onemocněním jako více aktivní, zábavný a hlavně naplněný. O životě současném se vyjadřují tak, jako by vše, co bylo v minulosti dobré, s nemocí skončilo. Respondenti vnímají velký dopad onemocnění hlavně na oblast sociální. Prožití psychotické ataky, většinou opakované, a nežádoucí účinky léků brání nemocným v běžném fungování. To se odráží v pracovní neschopnosti. Podle mého názoru vede absence pracovního zařazení k větší sociální izolaci a tím pádem má takový jedinec méně příležitostí k navázání přátelských a partnerských vztahů. To se pak může odrazit na nízkém sebehodnocení jedince. Tyto poznatky jsou v souladu s tím, co uvádí Raboch, Zvolský et al. (2001). Schizofrenie podle těchto autorů významně narušuje schopnost nalézat uplatnění v životě a postihuje také pracovní schopnost člověka. Není tedy divu, že ve snaze zbavit se obtěžujících nežádoucích příznaků, přeruší nemocní farmakoterapii. Setkala jsem se s tímto u tří respondentů, jejich stav se však zhoršil natolik, že museli být hospitalizováni. Češková (2005) uvádí, že nejčastějším důvodem nonkompliance pacienta jsou právě neléčené vedlejší účinky léků, jako je nárůst tělesné hmotnosti, sexuální dysfunkce aj.

Se společenskými předsudky se většina respondentů ve svém životě již setkala. Jestliže se tyto negativní postoje nemocných osobně dotýkají, není divu, že do společnosti neznámých lidí budou vycházet stále méně často. Kde jinde však mají hledat partnera? Možnosti se pak velmi zužují. Jejich zdravotní stav, respektive následky onemocnění, jim proces hledání partnera znesnadňují. Přitom však právě láskou naplněný vztah je to, po čem nemocní touží a co by velmi pozitivně ovlivnilo průběh nemoci a její prognózu. V tomto případě se pak pohybujeme v začarovaném kruhu.

O tom, že stigmatizace duševně nemocných je problémem závažným a déletrvajícím, nesvědčí jen výpovědi účastníků tohoto výzkumu, ale potvrzuje to i existence programu proti diskriminaci a stigmatizaci, který iniciovala Světová zdravotnická asociace v roce 1996 (Sato, 2006).

Jsem si vědoma, že tento výzkum má své **limity** a **nedostatky**. Jedním z limitů je malá velikost výzkumného souboru. Sedm lidí je velmi málo na to, aby výsledky výzkumu mohly být reprezentativní. Nicméně výzkumným cílem nebylo podat objektivní závěry, ale poskytnout subjektivní zhodnocení nemoci. Jedním z důvodů menšího počtu respondentů

je jejich ne/ochota zapojit se do výzkumu, což může souviset s citlivou povahou požadovaných informací. Přesvědčila jsem se, že se v tomto případě vyplatí navázat s potenciálními účastníky výzkumu osobní kontakt, vysvětlit a nastínit, čeho se výzkum týká, nabídnout jim možnost zúčastnit se a nechat jim průvodní dopis, ve které jsou všechny informace shrnuté. Jedním z důvodů, proč ani jeden z pacientů nereagoval na průvodní dopis zanechaný v psychiatrické ambulanci, mohla být právě absence osobního kontaktu s výzkumníkem, tedy se mnou. V psychosociálním centru jsem měla možnost s duševně nemocnými navázat bližší kontakt, což vedlo k nalezení vzájemné důvěry. Postupem času se tak klienti sami začali o účast ve výzkumu zajímat. Dalším nedostatkem výzkumného vzorku je nepoměr mezi počtem mužů a žen. V období realizace výzkumu navštěvovalo psychosociální centrum více mužů, což přirozeně ovlivnilo složení výzkumného souboru.

Výsledky výzkumu mohly být také ovlivněny a zkresleny mými malými zkušenostmi s kvalitativním výzkumem. Během prvních rozhovorů jsem se cítila nejistá a málo jsem se na informace, které mi respondenti sdělili, doptávala. Zdá se, že moje komunikativní dovednosti a schopnost reakce na sdělení respondentů se s narůstajícím počtem rozhovorů mírně zlepšovaly. Uvědomuji si, že jsem se zaměřila na mnoho témat, což mi bránilo zaměřit se na některá z nich více do hloubky. Domnívám se, že míra sdílení a hloubka informací mohla být ovlivněna také povahou onemocnění respondentů. Pocity respondentů během rozhovoru mohl ovlivnit také diktafon, přestože s jeho použitím všichni souhlasili.

Kvalitu získaných informací mohla ovlivnit také skutečnost, že jsem vlivem okolností musela ve stejném dni uskutečnit dva po sobě následující rozhovory. Zvláště poznatky získané ve druhém rozhovoru v pořadí pak mohly být ovlivněny mou únavou a kolísáním pozornosti.

Ne vždy byly během rozhovoru zajištěny optimální podmínky. Zvláště pokud jsem s respondenty musela uskutečnit rozhovor ve společenské místnosti, mohlo na jedince působit rušivě dění ve vedlejší místnosti, kde se scházeli ostatní návštěvníci psychosociálního centra. Někdy se také stalo, že místností potřeboval někdo projít. Stále si však myslím, že i takto jsem pro rozhovor vybrala nejlepší prostředí, protože se zde účastníci cítili bezpečně a bylo jim důvěrně známé.

Mezi klady tohoto výzkumu řadím cenné zkušenosti, které jsem jeho realizací získala. Jednalo se o můj vůbec první bližší kontakt s člověkem, který trpí duševní nemocí.



Pozitivně hodnotím také možnost seznámit se s činností psychosociálního centra. Cení si rovněž příležitosti trávení času s klienty psychosociálního centra a možnosti zapojit se s nimi do hovoru. Všichni byli ke mně velmi přátelští. Ve vzájemné konverzaci se potvrdilo mé přesvědčení, že kromě přítomné duševní nemoci, jsou to lidé stejní jako já. Mají podobné zájmy, touhy a potřeby.

Tento výzkum nezachází příliš hluboko do dané problematiky, jelikož je věnován prožívání psychické nemoci jako celku. Dále je tedy možné věnovat se dílčím aspektům prožívání duševní nemoci. Mezi oblasti, které by mohly být v budoucnu zkoumány samostatně a podrobněji, by mohlo patřit prožívání hospitalizace nemocnými či výskyt suicidálních myšlenek u schizofrenie. Podobně by se dal blíže zkoumat vliv schizofrenie na hledání životního partnera. Na základě stále převládajícího pocitu stigmatizace u nemocných by také bylo dobré zjistit, jaké postoje veřejnost aktuálně vůči nemocným doopravdy zaujímá a zda je třeba zabývat se více osvětou v rámci problematiky duševních onemocnění. Lepší informovanost veřejnosti je pak jedním z kroků k tomu, aby se nemocní mohli snadněji navracet zpět do běžného života a netrpěli tolik sociální izolací.

## 12 ZÁVĚRY

Kvalitativního výzkumu této bakalářské práce se zúčastnilo celkem sedm respondentů, z toho pět mužů a dvě ženy, všichni s diagnózou schizofrenie.

Výzkumným cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jak lidé s diagnózou schizofrenie prožívají toto onemocnění. Předmětem analýzy byly individuální výpovědi obsahující subjektivní prožitky konkrétních jedinců. Cílem výzkumu tedy nebylo nalézt objektivní a všeobecně platné závěry, ale naopak vnímat schizofrenii očima konkrétních jedinců, což je úplný opak objektivity.

I přesto, že výzkumný soubor byl velmi malý, našla jsem ve výpovědích respondentů některá opakující se témata a zde nyní přináším výsledky. Z jednotlivých výpovědí však nelze utvářet obecné závěry.

V minulosti každého z respondentů se vždy objevilo něco, co bylo spojeno s nějakou negativní zkušeností, jako byla šikana, narušené rodinné vztahy a užití návykových látek. Halucinace a bludy nabývaly u jednotlivých respondentů rozmanitých podob. S hospitalizací mají dotazovaní spojené spíše negativní prožitky. Jako spouštěče relapsu identifikovali účastníci výzkumu stresové situace. Působícím stresorem jsou zejména konfliktní situace v rodině, starosti ohledně finančního zabezpečení, zaměstnání a prakticky všechny situace, které daný jedinec subjektivně posuzuje jako náročné. Malá odolnost vůči stresu je také jeden z důvodů, proč jedinci nemohou pracovat na plný úvazek v zaměstnání nebo dokončit vyšší vzdělání.

Co se týče farmakoterapie, respondenti vnímají, že je nezbytná. Avšak negativní příznaky, jako je zejména útlum a únava, jsou vnímány jako hlavní překážka, která brání podání žádoucího pracovního výkonu a také plnění každodenních povinností. Velmi negativně je vnímán také nárůst tělesné hmotnosti v souvislosti s užíváním farmak. Snaha o zbavení se těchto negativních příznaků pak u některých jedinců vede k vysazení léčby, což je často doprovázeno relapsem.

Účastníci tohoto výzkumného souboru mají větší sklon k depresím a k sebevražednému jednání.

Respondenti jsou přesvědčeni o tom, že na schizofrenii je ve společnosti pohlíženo negativně a některých z nich se stigmatizace přímo dotýká. S předsudky se setkali v partnerském vztahu, na veřejnosti, ale i v zaměstnání. Nejčastěji jako hlavní zdroj podpory v onemocnění uvádí rodinu, zdůrazňují ale také potřebu udržování kontaktu s přáteli.

Další velkou a prozatím neuspokojenou potřebou dotazovaných, je potřeba partnerského vztahu. Tato oblast je pro respondenty velmi citlivá a plná nejistot. Většina respondentů se v této oblasti podceňuje.

Závěrem mohu říci, že schizofrenie život respondentů změnila, a to v několika jeho oblastech. Pohlížíme – li na jedince v kontextu bio – psycho – sociálně – spirituálního modelu, vidíme, že schizofrenie zasahuje a působí změny v každé této oblasti lidského bytí.

Život respondentů je tedy jiný, než před onemocněním. Před onemocněním nedělalo respondentům potíže navázat partnerský vztah, seznámit se s novými lidmi, studovat a pracovat v zaměstnání. Nyní mají potíže seznámit se s novými lidmi, někteří už nechodí tolik do společnosti, mají nižší sebedůvěru. Setkávají se s nepochopením u druhých lidí. U některých respondentů došlo ke zhoršení jejich vztahu s rodiči. V důsledku nemoci a léčby nejsou většinou schopni dokončit studium či pokračovat v práci na plný úvazek tak, jako tomu bylo před onemocněním. Výsledkem je pak mnoho volného času, s jehož využitím si mnohdy neví rady. Respondenti vnímají svůj nynější život, ve srovnání s životem bez onemocnění, jako více pasivní.

## SOUHRN

V této bakalářské diplomové práci se zabývám schizofrenií a subjektivním prožíváním tohoto onemocnění. Schizofrenie je název, který tuto chorobu doprovází již přes sto let. Navzdory moderním léčebným postupům je schizofrenie stále opředena mýty a předsudky, které mají svůj původ v minulosti. Patří tedy mezi onemocnění, která nemocného nějakým způsobem „nálepkují“ a tím ho, někdy více či méně, izolují od zbytku společnosti (Bankovská – Motlová, & Španiel, 2011). Tímto problémem se aktivně zabývá Světová psychiatrická organizace již od roku 1993. V Japonsku již provedli konkrétní opatření, a to v podobě změny názvu schizofrenie na jiný, méně stigmatizující (Sato, 2006). Výzkum Takahashi et al. (2009) úspěšnost a užitečnost této změny potvrzuje. V ČR se problematikou stigmatizace zabývají autoři Bankovská - Motlová a Španiel (2011), myšlenku změny názvu schizofrenie podporují. K potřebné aktualizaci informací o schizofrenii přispěje také pátá revize DSM (Tandon et al., 2013).

Klinickým projevům schizofrenie, jejímu průběhu, diagnostice a možnostem léčby je v každé publikaci, zabývající se psychiatrickými diagnózami, věnována pozornost. Dostupné jsou také publikace, které se věnují jen samotné schizofrenii (např. Motlová, & Koukolík, 2004; Bankovská – Motlová, & Španiel, 2011) nebo dílčím aspektům této nemoci (např. Češková, 2005; Maršálek, 2007). Také v této práci jsou kapitoly, ve kterých jsou uvedeny informace týkající se zmíněných oblastí.

V současnosti se začíná hovořit o potřebě zabývat se subjektivním prožíváním nemoci. Na tuto potřebu poukázala skupina odborníků (Flanagan et al., 2010) v souvislosti s přípravou DSM – V a MKN – 11. Upozorňují, že subjektivní data mohou být velmi cenná. Subjektivní prožitek duševní nemoci, tedy tak, jak ji pacient popisuje, se může odlišovat od toho, jak se charakteristiky poruchy jeví vnějším pozorovatelům. Informace získané od nemocných pak mohou pomoci zpřesnit diagnostické kategorie, ale také zlepšit schopnost empatického vcítění lékařů. V souvislosti s tímto se objevil nápad začlenit lidi, zotavené z duševní nemoci, jako spolupracovníky do výzkumu.

Výsledky výzkumu Flanagan et al. (2012) ukazují, že prožitky popisované účastníky studie se v některých oblastech shodovaly s tím, jak jsou vyobrazeny v DSM – IV, jiné však byly v protikladu s tím, co je v diagnostickém manuálu uváděno. Největší rozdíl byl pozorován

v oblasti emočního prožívání jedinců. Nemocní se nejevili jako lidé, kteří mají plochou afektivitu. Naopak se ukazuje, že i lidé se schizofrenií touží po lidském kontaktu, po lásce a velmi se obávají samoty.

Také L. A. Lurija (in Baštecká et al., 2003) přikládá důležitý význam pozorování toho, jak pacient nemoc prožívá, co si o ní myslí a jak se na základě toho chová. V současné době se rovněž kognitivně behaviorální terapie začíná orientovat v první řadě na to, jak jedinec prožívá a vnímá své onemocnění (Peč, & Probstová, 2009).

Dalším zajímavým zdrojem informací o prožívání schizofrenie, kromě odborných publikací a výzkumů, jsou autobiografické vzpomínky zpracované v knihách (Greenbergová, 1998; Saksová, 2007).

Ve výzkumu této bakalářské diplomové práce jsem zvolila, vzhledem k dané problematice, kvalitativní přístup. Výběr respondentů nebyl náhodný. Jako metoda výběru výzkumného souboru byla použita metoda záměrného výběru přes instituci v kombinaci s metodou sněhové koule. Institucí, se kterou byla navázána spolupráce, bylo nejmenované psychosociální centrum. Většina respondentů byla oslovena osobně výzkumníkem a zároveň také prostřednictvím průvodního dopisu.

Výzkumný soubor tvoří sedm respondentů s diagnózou schizofrenie, z toho pět mužů a dvě ženy ve věku od 27 do 37 let s průměrnou délkou onemocnění 11 let. Všichni z respondentů jsou svobodní a pobírají plný nebo částečný invalidní důchod.

Jako metoda získávání dat byl použit polostrukturovaný rozhovor, jehož jádro tvoří 14 otázek. Tyto otázky se týkají života respondenta před onemocněním, projevů nemoci, léčby a sociální oblasti života respondentů, kam jsou zařazeny mezilidské vztahy, zaměstnání, studium a trávení volného času. Rozhovor byl nahráván na diktafon, všichni respondenti s tím souhlasili.

Výzkum byl realizován v období od října 2013 do prosince 2013. Samotný sběr dat pak proběhl v době od 13. 11. 2013 do 2. 12. 2013. Všechny rozhovory se uskutečnily v prostorách psychosociálního centra. Každý z respondentů podepsal informovaný souhlas, kterým vyjádřil svůj souhlas s poskytnutím získaných dat pro účely této bakalářské práce. Anonymita respondentů byla zachována.

Výzkumným cílem této bakalářské práce bylo přinést individuální výpovědi respondentů týkající se subjektivního prožívání schizofrenie. Základem je tedy výzkumná otázka, která zní: Jak jedinci se schizofrenií prožívají své onemocnění? Na základě třídění, klasifikace a deskripce jednotlivých výpovědí byla data interpretována. Výsledná zjištění jsou doplněna doslovnými citacemi účastníků výzkumu. Právě tyto uvedené výroky umožňují ještě větší vcítění se do respondentových pocitů a vyjadřují onu subjektivitu prožívání.

Výsledky se nedají zobecnit na celou populaci jedinců nemocných schizofrenií z důvodu malého počtu respondentů. Nedá se tedy konstatovat, že další nemocní mají stejné prožitky či zkušenosti jako jedinci, kteří jsou součástí výzkumného vzorku.

Ukázalo se, že se v minulosti jedinců tohoto výzkumného vzorku objevila šikana a konfliktní mezilidské vztahy. S hospitalizací mají respondenti spojené negativní pocity. Všichni respondenti byli hospitalizováni opakovaně. Nejčastější příčinou relapsu je u dotazovaných působení stresového podnětu. Nejčastěji zmiňovaným stresem byly konflikty s rodinnými příslušníky. Záporně hodnotí respondenti negativní účinky farmakoterapie. Všichni respondenti se cítí utlumení a unavení, což nepříznivě zasahuje jejich každodenní fungování. Setkali se také s nárůstem tělesné hmotnosti. Tyto nežádoucí účinky farmak pak vedou ke snížení spolupráce pacientů při léčbě. U respondentů byl zaznamenán také vysoký výskyt deprese a sebevražedných myšlenek nebo pokusů. Dotazovaní vyjadřují svou nespokojenost v oblasti partnerských vztahů, zaměstnání a volného času. Onemocnění tedy zasahuje všechny zmíněné oblasti života jedinců. Většiny respondentů se osobně dotýká stigmatizace duševního onemocnění v naší společnosti. Velmi důležité je pro respondenty žít ve fungujících a naplněných mezilidských vztazích.

Některé poznatky získané v rámci této bakalářské práce korespondují s výsledky jiných výzkumů. Potvrzuje se např. vysoký výskyt deprese u schizofrenie (Maršálek, 2007) a také vysoký výskyt pokusů o sebevraždu u jedinců se schizofrenií (Motlová, & Koukolík, 2004). Stejně jako ve studii Flanagan et al. (2012), tak i u jedinců tohoto výzkumného souboru se objevila touha po lásce a potřeba sdílet s někým svůj život.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY

Bagarić, D., Brčić, P., Ostojić, D., Jukić, V., & Goleš, A. (2013). The relationship between depressive syndrome and suicidal risk in patients with acute schizophrenia. *Croatian Medical Journal*, 54, 436-443. doi: 10.3325/cmj.2013.54.436

Bankovská - Motlová, L., & Španiel, F. (2011). *Schizofrenie: jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. Praha: Mladá fronta.

Baštecká, B. a kol. (2003). *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál.

Beer, M.Dominic, Pereira, Stephen M., & Paton, C. (2005). *Intenzivní péče v psychiatrii*. Praha: Grada.

Bouček, J., & Pidrman, J. (2005). *Psychofarmaka v medicíně*. Praha: Grada.

Češková, E. (2005). *Schizofrenie a její léčba*. Praha: Maxdorf.

Doubek, P., Praško, J., & Herman, E. (2010). *Psychóza v životě – život v psychóze*. Praha: Maxdorf.

Dušek, K., & Večeřová - Procházková, A. (2010). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada.

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

Flanagan, E. H., Davidson, L., & Strauss, J. S. (2010). The need for patient - subjective data in the DSM and the ICD. *Psychiatry*, 73, 297 – 307.

Flanagan, E. H., Solomon, A. L., Johnson, A., Ridgway, P., Strauss, J. S., & Davidson, L. (2012). Considering DSM – 5: The personal experience of schizophrenia in relation to the DSM – IV – TR kriteria. *Psychiatry*, 75, 375 – 386.

Greenbergová, J. (1998). *Neslibovala jsem ti procházku růžovým sadem*. Praha: Triton.

Hartl, P., & Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.

Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.

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

- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.
- Kučerová, H. (2010). *Schizofrenie v kazuistikách*. Praha: Grada.
- Maršálek, M. (2007). *Deprese u schizofrenie*. Praha: Maxdorf.
- Mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize: Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. (2006). Praha: Psychiatrické centrum.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Motlová, L., & Koukolík, F. (2004). *Schizofrenie: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén.
- Ono, Y., Satsumi, Y., Kim, Y., Iwadate, T., Moriyama, K., Nakane, Y., ... Yoshimura, K. (1999). Schizophrenia: is it time to replace the term? *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 53, 335-41.
- Orel, M. a kol. (2012). *Psychopatologie*. Praha: Grada.
- Peč, O., & Probstová, V. (2009). *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton.
- Praško, J., & Látalová, K. (2013). *Psychiatrie v primární péči*. Praha: Mladá fronta.
- Praško, J., Možný P., Šlepecký, M. a kol. (2007). *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha/Kroměříž: Triton.
- Praško, J., Bareš, M., & Šípek, J. (2001). *Psychotická porucha a její léčba*. Praha: Maxdorf.
- Praško, J., Bareš, M., & Španiel, F. (2005). *Léčíme se s psychózou: co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách*. Praha: Medical Tribune.
- Preiss, M., Kučerová, H. a kol. (2006). *Neuropsychologie v psychiatrii*. Praha: Grada.
- Raboch, J., & Pavlovský, P. (2003). *Psychiatrie*. Praha: Triton.
- Raboch J., Zvolský, P. et al. (2001). *Psychiatrie*. Praha: Galén – Karolinum.
- Saksová, E. (2007). *Střed se hroutí zevnitř*. Praha: Triton.



Sato, M. (2006). Renaming schizophrenia: a Japanese perspective. *World Psychiatry*, 5, 53 – 55.

Silberman, E. K. (2010). Patients' subjective experience as a component of psychiatric assessment: Where does it fit? *Psychiatry*, 73, 315 – 317.

Smolík, P. (1996). *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf.

Styx, P. (2003). *O psychiatrii: jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. Brno: Computer Press.

Strauss, A., & Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky zakotvené teorie*. Brno: Albert.

Svoboda, M. (Ed.), Češková, E., & Kučerová, H. (2012). *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál.

Syříšřová, E. (1977). *Imaginární svět*. Praha: Mladá fronta.

Takahashi, H., Ideno, T., Okubo, S., Matsui, H., Takemura, K., Matsuura, M., ... Okubo, Y. (2009). Impact of changing the Japanese term for "schizophrenia" for reasons of stereotypical beliefs of schizophrenia in Japanese youth. *Schizophrenia Research*, 112, 149 – 152.

Tandon, R., Gaebel, W., Barch, D., Bustillo, J., Gur, R. E., Heckers, S. ... Carpenter, W. (2013). Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophrenia Research*, 150, 3 – 10.

Vacek, J. (1996). *O nemocech duše*. Praha: Mladá fronta.

Vágnerová, M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1: Charakteristika výzkumného souboru..... 44

Tabulka 2: Rozhovory s respondenty ..... 50

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1: Kopie zadání bakalářské práce.....	84
Příloha 2: Český a cizojazyčný abstrakt bakalářské práce .....	85
Příloha 3: Průvodní dopis .....	87
Příloha 4: Informovaný souhlas .....	88

# Příloha 1: Kopie zadání bakalářské práce

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Akademický rok: 2012/2013

Studijní program: Psychologie  
Forma: Prezenční  
Obor/komb.: Psychologie (PCH)

## Podklad pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
JUŘICOVÁ Karolína	Rezkova 1668, Hranice	F110038

### TÉMA ČESKY:

Subjektivní prožívání schizofrenie

### NÁZEV ANGLICKY:

The subjective experience of schizophrenia

### VEDOUcí PRÁCE:

MUDr. PhDr. Miroslav Orel - PCH

### ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

Cílem této práce je nahlédnout na schizofrenii z pohledu klienta, který tímto onemocněním trpí. Zjistit, jak klient prožíval období po stanovení diagnózy, následnou hospitalizaci, léčbu a další okolnosti s tímto spojené.

V teoretické části se budu zabývat vymezením pojmu schizofrenie, její klasifikací, diagnostikou a subjektivním prožíváním tohoto onemocnění. Dále se zmíním o sociálním významu schizofrenie a v neposlední řadě také o možnostech léčby této duševní choroby. Při zpracovávání teoretické části budu vycházet z níže uvedené literatury.

V rámci praktické části této práce oslovím lékaře psychiatrické ambulance, prostřednictvím kterého získám přístup ke klientům s diagnostikovanou schizofrenií, kteří se nacházejí ve stabilním stavu. S klientem provedu polostrukturovaný rozhovor, bude se tedy jednat o kvalitativní výzkum. Během výzkumu budu dbát na dodržení etických zásad. Od klienta si vyžádám podepsání informovaného souhlasu.

### SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- Bouček, J., Pidman, V. (2005). *Psychofarmaka v medicíně*. Praha: Grada  
Dušek, K., Večeřová - Procházková, A. (2010). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada  
Fišar, Z. a kol. (2009). *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. Praha: Grada  
Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J. (2002, 2004). *Psychiatrie*. Praha: Tigris  
Koukolík, K. (2000). *Lidský mozek*. Praha: Portál  
Praško, J. a kol. (2011). *Obecná psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci  
Preiss, M., Kučerová, H. a kol. (2006). *Neuropsychologie v psychiatrii*. Praha: Grada  
Raboch, J., Zvolský, P. a kol. (2001). *Psychiatrie*. Praha: Galén - Karolinum  
Raboch, J., Pavlovský, P. (2003). *Psychiatrie*. Praha: Triton  
Seifertová, D., Praško, J., Höschl, C. (2004). *Postupy v léčbě psychických poruch*. Praha: Academia Medica Pragnesis  
Smolík, E. (1996). *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf  
Svoboda, M. (ed.), Češková, E., Kučerová H. (2006). *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál  
Syřišťová, E. (1977). *Imaginární svět*. Praha: Mladá fronta  
Vacek, J. (1996). *O nemocech duše. Kapitoly z psychiatrie*. Praha: Mladá fronta  
Vágnerová, M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál

## **ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

**Název práce:** Subjektivní prožívání schizofrenie

**Autor práce:** Karolína Juřicová

**Vedoucí práce:** MUDr. PhDr. Miroslav Orel

**Počet stran a znaků:** 75, 123 364

**Počet příloh:** 4

**Počet titulů použité literatury:** 43

**Abstrakt:** Cílem této bakalářské práce je získat individuální výpovědi jedinců týkající se prožívání schizofrenie a zjistit, jaké zkušenosti s tímto onemocněním mají. V teoretické části je vymezen pojem schizofrenie, dále je popsán klinický obraz nemoci, průběh a prognóza schizofrenie, její diagnostika, možnosti léčby a část je věnována také prožívání duševní nemoci. Ve výzkumné části byl aplikován kvalitativní přístup. Výzkumný soubor tvoří 7 respondentů ve věku od 27 do 37 let. Výzkumné otázky se týkají podoby života před onemocněním, prožívání léčby a změn, které onemocnění přináší v sociální oblasti života. Metoda výběru respondentů je záměrný výběr přes instituci v kombinaci s metodou sněhové koule. Použit byl polostrukturovaný rozhovor. Schizofrenie život respondentů změnila. Negativně vnímají svou sníženou pracovní schopnost a nemožnost nalézt partnera. Pociťují vliv stigmatizace. Vyskytuje se deprese a sebevražedné myšlenky. Nespokojenost s nežádoucími účinky farmakoterapie. V minulosti respondentů se objevila šikana a konfliktní mezilidské vztahy. Stresové situace vedou k relapsu.

**Klíčová slova:** schizofrenie, subjektivní prožívání, duševní onemocnění

# ABSTRACT OF THESIS

**Title:** The subjective experience of schizophrenia

**Author:** Karolína Juřicová

**Supervisor:** MUDr. PhDr. Miroslav Orel

**Number of pages and characters:** 75, 123 364

**Number of appendices:** 4

**Number of references:** 43

**Abstract:** The target of this bachelor thesis is to get individual testimonies of people that have schizophrenia and to discover what they experience is with this disease. In the theoretical part is defined the term schizophrenia, furthermore is described the clinical description of the disease, the development and the prognosis of schizophrenia, its diagnostic, the treatment approaches and part of the work focuses on the actual experience of such mental illness. In the research part was applied qualitative approach. The research is based on 7 patients in the age between 27 and 37 years old. Research questions focus on the life quality before the illness, during the illness and changes that are caused by schizophrenia in patient's social live. The methodology used when choosing the patients is intentional choice in institutions in combination with the snow ball methodology. The interview was partially structured. Schizophrenia has changed the lives of the patients. As a negative aspect of the change they consider lower work ability and difficulty to find a partner. They feel stigmatized, depressed and they have suicidal thoughts. They are dissatisfied with the results of pharmacotherapy. In their past has occurred bullying and conflicts with other people. Stress situations result to relapse.

**Keywords:** schizophrenia, subjective experience, mental illness

### **Příloha 3: Průvodní dopis**

## **Průvodní dopis**

Vážená paní/vážený pane,

jmenuji se Karolína Juřicová a jsem studentkou psychologie na filozofické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Obracím se na Vás s žádostí o účast v menším výzkumu, který je součástí vypracování mé bakalářské práce.

Tématem mé bakalářské práce je „**Subjektivní prožívání schizofrenie**“. Zajímá mě tedy, jak konkrétně Vy, člověk s tímto onemocněním, schizofrenií prožíváte. Každý z nás je jedinečný, a tak mě zajímá, jak se lidé v prožívání stejného onemocnění liší anebo co mají naopak společné.

Ráda bych si s Vámi popovídala o tom, jaké to bylo před tím, než Vám diagnostikoval lékař schizofrenii, jaké jsou Vaše zkušenosti s užíváním léků a s další léčbou. Ráda bych si také poslechla Vaše vyprávění o tom, jak ovlivňuje schizofrenie Vaše vztahy s ostatními lidmi, jak ovlivňuje Vaši schopnost pracovat či studovat a o tom, jaké situace jsou pro Vás náročné a co Vám je pomáhá zvládat. Budu Vám tedy postupně klást otázky, na které budete odpovídat. Žádná Vaše odpověď není špatná.

Rozhovor bych ráda nahrávala na diktafon kvůli snadnějšímu zpracování dat. Po přepsání rozhovoru budou data z diktafonu vymazána. Diktafon použiji pouze v případě, že mi k tomu dáte svolení. Kdykoliv během rozhovoru máte právo si svoji účast rozmyslet a odstoupit od ní. V tomto případě budou všechna Vaše data vymazána.

Žádné Vaše osobní údaje nebudou zveřejněny. Data, která díky Vám získám, použiji pouze pro účely své bakalářské práce.

Schizofrenie je onemocnění, které je spojeno s mnoha mýty. Ráda bych proto společně s Vámi, prostřednictvím své bakalářské práce, přispěla k tomu, aby si druzí lidé dokázali lépe představit, co prožíváte a měli tak více pochopení pro člověka s duševním onemocněním.

Budu velmi ráda, pokud budete ochotna/ochoten se mého výzkumu zúčastnit. Na konkrétním datu a čase setkání se domluvíme tak, aby Vám to vyhovovalo. Veškeré další otázky, týkající se průběhu výzkumu Vám ráda zodpovím. Můžete mě kontaktovat na adrese: **JuricovaKaja@seznam.cz**.

Těším se na setkání s Vámi. S pozdravem, Karolína Juřicová.

#### **Příloha 4: Informovaný souhlas**

### **Informovaný souhlas**

Vážená paní/vážený pane,

jmenuji se Karolína Juřicová a jsem studentkou psychologie na filozofické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Obracím se na Vás s žádostí o účast v menším výzkumu, který je součástí vypracování mé bakalářské práce. Tématem mé bakalářské práce je „**Subjektivní prožívání schizofrenie**“.

Kontaktovat mě můžete na adrese: **JuricovaKaja@seznam.cz**

.....

Souhlasím s účastí na výzkumu, který je součástí bakalářské práce Karolíny Juřicové, která se zabývá subjektivním prožíváním schizofrenie.

Jsem seznámen/seznámena s cíly a metodami výzkumu.

Souhlasím s nahráváním rozhovoru.

Všechny získané údaje budou použity jen pro účely výzkumu. Nebudou zveřejněny žádné osobní údaje.

Byly mi zodpovězeny všechny mé dotazy.

Mám možnost kdykoliv od účasti na výzkumu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Svým podpisem vyjadřuji souhlas s účastí na tomto výzkumu.

Jméno a příjmení \_\_\_\_\_

V \_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_

Podpis \_\_\_\_\_