

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Katedra psychologie

**Individuální zvládací strategie a zotavení v prostředí  
komunitních služeb**

**Individual Coping Strategies and Recovery within  
Community Care Services**



**Bakalářská diplomová práce**

Autor: Mgr. Lucie Vojtková  
Vedoucí práce: prof. PhDr. Panajotis Cakirpaloglu, DrSc.

Olomouc  
**2018**

## **Prohlášení**

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou prací na téma: Individuální zvládací strategie a zotavení v prostředí komunitních služeb vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Praze dne .....

Podpis .....

### **Poděkování**

Ráda bych poděkovala panu prof. PhDr. Panajotis Cakirpaloglu, DrSc. za vedení, podnětné připomínky a ochotnou podporu v průběhu psaní mé bakalářské práce.

Mé poděkování patří také všem respondentům a respondentkám, kteří se zúčastnili mého výzkumu.

## Obsah

ÚVOD.....	6
1 Teoretická část .....	7
1.1 Reforma? Stále na cestě... ..	7
1.1.1 Jak situace vypadá dnes? .....	8
1.2 Zotavení – příležitost k převyprávění životního příběhu .....	9
1.3 Jak se měří zotavení? .....	12
1.3.1 Stages of Recovery Instrument (STORI-50) .....	14
1.3.2 Recovery Assessment Scale (RAS-41, RAS-22).....	16
1.3.3 Mental Health Recovery Measure (MHRM-10, krátká verze) .....	17
1.3.4 Process of Recovery Questionnaire (QPR-22, QPR-15) .....	17
1.4 Diagnostické přístupy v psychiatrii.....	18
1.5 Schizofrenní jednání jako nemoc .....	20
1.6 Schizofrenní jednání jako obecná lidská možnost .....	22
1.7 Zotavení a schizofrenie .....	23
1.8 Komunitní přístup v léčbě schizofrenie .....	25
1.8.1 Asertivní komunitní léčba.....	25
1.8.2 Pracovní rehabilitace.....	26
1.8.3 Rehabilitace v oblasti bydlení.....	27
1.8.4 Rehabilitace v oblasti vztahů a volného času .....	27
1.8.5 Psychoedukace a podpora rodiny .....	28
1.8.6 Integrovaná léčba pacientů s duální diagnózou .....	28
2 Praktická část .....	29
2.1 Definování cíle výzkumu a výzkumné otázky .....	29
2.2 Design výzkumu a použité metody .....	30
2.2.1 Rozhovor a možnosti analýzy.....	30
2.2.2 Recovery Assesment scale (RAS-22).....	31
2.3 Výzkumný soubor .....	33
2.4 Příprava a realizace výzkumu .....	34
2.5 Zajištění anonymity a informovaný souhlas .....	34
2.6 Interpretace dat a diskuze.....	35

2.6.1	Jaké jsou individuální strategie zvládnání schizofrenie? .....	35
2.6.2	Jak o Zotavení uvažuje osoba s diagnózou schizofrenie?.....	38
2.6.3	Jsou komunitní služby zdrojem informací o zotavení? .....	40
2.6.4	Co všechno může podporovat proces zotavení se ze schizofrenie?.....	41
2.6.5	Jak důležité jsou komunitní služby v životě osob, kterým byla diagnostikována schizofrenie?.....	45
2.7	Závěr .....	46
2.8	Souhrn .....	47
	Seznam použitých zdrojů a literatury: .....	49

### **Přílohy bakalářské diplomové práce:**

**Příloha č. 1:** Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce

## ÚVOD

Tato práce vznikla na základě dlouhodobého zájmu autorky o problematiku péče o duševní zdraví, zejména v kontextu aktuálně probíhající reformy psychiatrické péče. Autorka vychází z vlastní zkušenosti pracovníka multidisciplinárního komunitního týmu, kdy byla denně v kontaktu s lidmi se zkušeností se závažným duševním onemocněním v přirozeném prostředí, mimo zdi psychiatrických nemocnic. Komunitní služby, které o reformu léta usilují, mají v České republice dlouholetou tradici. Postupně se začínají více propojovat se zdravotnickými službami, s cílem vytvořit pestrou nabídku individualizovaných služeb, více orientovaných na osoby, kterým jsou určeny. S tímto úsilím je pevně spojen myšlenkový koncept Recovery/ Zotavení, jehož hlavní principy jsou považovány za základní stavební kameny poskytování kvalitní psychiatrické zdravotně-sociální péče.

Autorka dává výše uvedená témata do souvislosti s poruchami schizofrenního spektra, které jsou většinou vnímány laickou i odbornou veřejností jako nejzávažnější, nevléčitelné, mající masivní negativní vliv na kvalitu života ve všech oblastech. Koncept zotavení a respektování jeho základních principů (na jejichž základě stojí již léta systémy psychiatrické péče v mnoha zemích), zprostředkovávají mimo jiné i vyprávění a sdílení inspirativních individuálních příběhů, jež přinášejí pozitivní náhled a naději, které podporují potřebné změny uspořádání psychiatrické péče.

Úkolem odborníků a zainteresovaných osob je zvyšování povědomí o problematice zotavení (Bellack, 2006). Demonstrace příběhů a jejich prezentace, které tento proces dokumentují, ovlivňují povědomí a přístup té části odborné a laické veřejnosti, ve které zotavení stále ještě není převažující perspektivou.

Teoretická část práce poskytuje shrnutí aktuálních informací o průběhu reformy psychiatrické péče. Ukazuje rozmanitost perspektiv, kterými je možné uvidět proces zotavení se ze závažného duševního onemocnění, jakým je schizofrenie. V neposlední řadě stručně seznamuje se službami, které proces zotavení se ze závažného duševního onemocnění podporují. Praktická část pak nabízí analýzu vyprávění příběhů zotavení, se zaměřením na identifikaci konkrétních strategií zvládnutí. V analytické části jsou využívány také prvky narativní analýzy pro zachycení identitní práce jednotlivých osob.

# 1 Teoretická část

## 1.1 Reforma? Stále na cestě...

*„Červená se line záře, instituce mizí v páře“ (Pfeiffer, 2010, 12).*

Přestože je téma nutnosti reformy psychiatrické péče odbornou veřejností považováno za zásadní a již dlouhá léta má své neoblomné zastánce, v podstatě až do roku 2013 neexistovala oficiální jednotná strategická koncepce, která by se komplexně věnovala oblasti zvyšování kvality péče v oblasti duševního zdraví. Velmi zajímavé ohlédnutí do nedaleké minulosti poskytl veřejnosti před osmi lety Jan Pfeiffer (2010), jeden z prvních představitelů reformačních snah v ČR, první ředitel nestátní neziskové organizace Fokus a zakladatel Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví Praha. Ve své poutavé reflexi popisuje, jak v atmosféře let devadesátých a zprvu s velikou finanční podporou státu, ve spolupráci s různými institucemi a zdravotnickými zařízeními, vznikaly první nestátní neziskové organizace, které postupně zaváděly do svých služeb prvky komunitní psychiatrie a péče. Už v roce 1990 se poprvé uskutečnila akce Den duševního zdraví, v rámci které, Psychiatrická nemocnice v Bohnicích (tehdy léčebna) otevřela své brány veřejnosti. O dva roky později se na půdě bohnické léčebny uskutečnila první konference s odbornou zahraniční účastí, na které byla poprvé veřejně vyslovena potřeba zkvalitnění péče o duševně nemocné v České republice a představena například idea mobilních multidisciplinárních týmů. Na dalších profesních setkáních v průběhu devadesátých let se pak odborná veřejnost v oblasti péče o duševní zdraví postupně seznamovala s principy komunitní péče, psychiatrické rehabilitace a komunitní psychiatrie, se kterými měli v té době zahraniční odborníci už třicetiletou zkušenost. Situace se dle Pfeiffera (2010) začala komplikovat ve chvíli, kdy se vlivným hráčem na poli psychiatrické péče staly farmaceutické firmy, které napomáhaly udržovat spíše biomedicínský status quo. Nadále však přicházela podpora ze zahraničí (zejména z Holandska) v souvislosti s činností nestátní neziskové organizace Fokus a nově vzniklého Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví, a tak mnoho rozvojových projektů podpořilo vznik dalších komunitních služeb, které fungují do dnešních dnů.

Fakt, že nestátní neziskový sektor hrál významnou roli ve zviditelňování potřeby měnit systém poskytování psychiatrické péče, potvrzují i další autoři (Pěč, Probstová,

2009). Tehdejší kritika se zaměřovala na dlouhodobou roztržitost systému péče. Sociální služby poskytující například psychiatrickou rehabilitaci byly vnímány spíše jako alternativa k tradičním psychiatrickým službám. Pfeiffer (2010) závěrem své osm let staré reflexe vyslovuje domněnku, že je pro uskutečnění reformy psychiatrické péče nezbytné, aby se stala skutečným politickým tématem a dostala tak prioritu nejen na úrovni rozvoje sociálních služeb, ale i v oblasti zdravotnictví. Pfeiffer (2010) vyslovuje naději, že se v následujících 20 letech s novou nastupující generací profesionálů, bude systém péče nadále vyvíjet a další ohlédnutí v čase bude moci být mnohem optimističtější. Článek vznikl v roce 2010, což znamená, že jsme téměř v polovině času, který byl dle Pfeiffera k realizaci reformy potřeba.

### **1.1.1 Jak situace vypadá dnes?**

Realizace reformy je v současné době v kompetenci ministerstva zdravotnictví. Nejdůležitější informace a průběh reformy je možné sledovat prostřednictvím specializovaného portálu, stručný přehled je pak možné získat ze zpravodajů reformy péče o duševní zdraví, které jsou vydávány Českou psychiatrickou společností od roku 2016. Hlavní cíle reformy zůstávají nezměněné. Jde především o to, dostat potřebnou a kvalitní péči k lidem, kteří ji potřebují tak, aby mohli zároveň žít plnohodnotný život ve svém přirozeném životním prostoru a byli svým okolím také přijímáni a podporováni. Klíčovými tématy reformy tak jsou: deinstitucionalizace, destigmatizace, multidisciplinární spolupráce, podpora nových služeb, vznik center duševního zdraví (dále jen CDZ), vznik specializovaných datových a analytických registrů. V jednotlivých regionech byli jmenováni regionální koordinátoři reformy, jejichž práci zajišťuje odborná rada a výkonný výbor pro řízení implementace strategie reformy psychiatrické péče. Jedním z dílčích cílů je, vytvořit v regionech propojenou síť na sebe navazujících služeb a podpořit multidisciplinární spolupráci (Protopopová, 2018). Prvních pět CDZ oficiálně zahájilo svou činnost v červenci 2018 (Praha, Brno, Přerov, Havlíčkův Brod). V následujících letech by měla vzniknout metodika multidisciplinárního přístupu v péči o duševně nemocné, která bude postupně zaváděna do každodenní praxe jako základní standardizovaná metoda pro péči o duševně nemocné. Do roku 2021 by mělo po celé České republice postupně vzniknout dalších třicet CDZ. Tato centra jsou výjimečná



především tím, že by měla polovinu pracovního času svých pracovníků přenést do terénu, tedy přímo k lidem, kteří trpí vážným duševním onemocněním. CDZ budou také spolupracovat s dalšími sociálně-zdravotními službami, které poskytují podporu v celé řadě životních oblastí. Tyto aktivity by měly vést k zásadní proměně dosavadní psychiatrické péče. Plánované změny se týkají také stávajících zdravotnických zařízení, ve kterých by mělo postupně docházet ke snižování kapacit následné lůžkové péče ve prospěch navýšení péče akutní. Další změny by měli nastat na úrovni veřejného zdravotního pojištění, nastavením nových úhradových vyhlášek pro financování jednotlivých zdravotně – sociálních úkonů. Protopopová (2018) v aktuálním článku současný stav reformy shrnuje a vyslovuje názor, že konečně došlo k nastartování procesu změn, který bude trvat dalších 15 až 20 let.

V roce 2017 byly publikovány výsledky výzkumu hodnocení současného stavu poskytování rehabilitační péče v psychiatrických nemocnicích, do kterého se zapojila celá 14 oddělení následné péče psychiatrických nemocnic. Závěry potvrzují kritické hlasy odborníků, které hovoří o nedostatečně rozvinutém systému komplexní rehabilitační péče u nás. Nemocní jsou stále většinou staveni do pozice pasivních příjemců, oblast péče o duševně nemocné je institucionalizovaná, silně podfinancovaná a nedostatečně personálně zajištěna (Páv, Kališová, Hollý, 2017). Zajímavý pohled na téma uspořádání psychiatrické péče přináší Paleček (2010), který zkoumá tuto problematiku z perspektivy pacienta. Zesiluje tak význam subjektivního vnímání a prožívání nemoci a překládání tohoto významu v rámci systému péče a služeb. Ve svém článku na několika konkrétních příkladech dokládá, jak může být tento pohled proměnlivý, nicméně zastává názor: „*že nemoc a její hranice se mění s tím, jak se mění uspořádání péče*“ (Paleček, 2010, 45).

## **1.2 Zotavení – příležitost k převyprávění životního příběhu**

Termín „Zotavení“ se v českém prostředí ujal jako ekvivalent pojmu „Recovery“, za kterým se skrývá myšlenkové hnutí, jehož principy jsou odbornou veřejností v mnoha zemích dlouhodobě propagovány a postupně implementovány do „kultury“ poskytování péče duševně nemocným. Jde v podstatě o souhrn zvládacích strategií, které umožňují dosažení uspokojivého života i přes existenci závažného duševního onemocnění. Hnutí

Recovery se opírá o rehabilitační model chápání nemoci. Ten se nevychází pouze z biomedicínské definice jednotlivých symptomů, ale zahrnuje také celkový dopad ve všech oblastech každodenního života nemocného. Anthony (1993) uvádí, že v případě fyzického zdraví, bylo zotavení se z nemoci (například v případě tělesného postižení) vždy běžně vnímáno jako ideální výsledek léčebného procesu, kterého se dosahovalo mimo jiné dlouhodobou rehabilitací. Anthony (1993) upozorňuje na skutečnost, že k psychiatrickým potížím takto komplexně přistupováno nebývá.

V okamžiku stanovení diagnózy duševního onemocnění, v okamžiku přijetí člověka do psychiatrické péče, se dotyčný stává nemocným, v mnoha případech chronicky nemocným, často nevléčitelně nemocným. Člověk se v jednom okamžiku stává pacientem a zároveň v mnoha případech dostává diagnostickou nálepkou spolu se zprávou, že trvale vážně nemocen. Tehdy startuje proces přijetí této skutečnosti a začíná cesta individuální integrace s ní souvisejících událostí do každodenního života. Paleček (2010) a další odborníci, zabývající se tím, jak je utvářena každodenní realita v prostředí psychiatrické péče, poukazují na to, že hranice stanovení nemoci je v mnoha ohledech pohyblivá. Proměňuje se právě v závislosti na prostředí, uspořádání péče, intervencích a interpretaci zainteresovaných osob. Tato konstruktivistická perspektiva utváření každodenní reality ne/normality je velmi zajímavá: *„Působení péče vždy obnáší manipulaci s tím, co to je nemoc, jaké má hranice a jak se vztahuje k normalitě. Rozdíly jsou v tom, jak to která péče dělá a jak to prakticky reflektuje. Některé způsoby dělání nemoci vedou totiž k „objektivně existujícímu“ výsledku, k nemoci „tak, jak je“. Tak, jak je o sobě, na první pohled. Bez působení péče. A jiné způsoby péče oproti tomu dělají nemoc tak, že svými intervencemi cíleně nemoc propojují s normalitou. Nesnaží se nemoc pouze ovlivnit (třeba snížit symptomy), snaží se ji v dané chvíli aktivně dělat. Zacházejí s ní jako s nehotovým jsoucnem. Jako se jsoucnem, které je otevřené, je ve vztazích. Snaží se jí dát smysl. Snaží se ji propojit s jinou situací, kdy nemoc zrovna vypadala jinak, nebo se situací, kde se s faktem nemoci vůbec nehraje.“* (Paleček, 2010, 47).

Zotavení můžeme zjednodušeně v tomto kontextu chápat jako postupné navracení se od identity pacienta zpět k identitě občana (Pěč, Probstová, 2009, 20). Z pohledu odborné veřejnosti, klinické zotavení (recovery from) úzce souvisí

s metodami psychosociální rehabilitace. Psychosociální rehabilitace je souhrn aktivit, které mají za cíl podpořit nemocné uspokojivě fungovat v sociálních rolích a v základních oblastech lidského života. (Hollander, Wilken, 2016). Zotavení je ale zároveň z pohledu uživatelů péče definováno jako hluboce individuální, subjektivně prožívaný a jedinečný proces, při kterém dochází ke změně postojů, hodnot, pocitů, cílů, a dovedností (being recovery in) (Anthony, 1993; Deegan, 1996).

O tom, co zotavení je a jak se projevuje, se vášnivě diskutuje. Přehled autorů, kteří se pokoušejí o definici zotavení uvádí např. Law (2014). Samotný myšlenkový konstrukt, na kterém je tento pojem vystavěn, je podrobován neustálému zkoumání i kritice (Davidson, Tondora, Ridgway, 2010; Coffey, 2010). Na jedné straně stojí klinicky přesně definovaná kritéria konečného stavu zotavení (vymizení symptomů nemoci, snížení počtu hospitalizací a doby strávené v nemocnici apod.). Ačkoli v takovém případě není dosaženo údravy ve smyslu vyléčení se z nemoci, přesto člověk nalezne způsoby a strategie, které mu umožňují žít plnohodnotný život. Takové vymezení (recovery of) je však podle názoru některých odborníků problematické, protože takového definitivního klinického výsledku se dosahuje velmi obtížně (Davidson et al., 2010). Druhý pohled (being recovery in) představuje zotavení jako samotný proces zotavování, bez nároku na žádoucí výsledek. Tato perspektiva akceptuje proměnlivost, jako přirozenou součást lidského života a podtrhuje skutečnost, že se někdy dočasně hůře adaptujeme, a to i na pozitivní události v našem životě. Davidson et al. (2010) doporučují rozumět zotavení, jako určité míře, s jakou je člověk schopen efektivně se vyrovnávat se závažným duševním onemocněním. Tito autoři tak vrací kompetenci rozhodnout o tom, co je a co není zotavující a kdy, zpět do rukou nemocného. „*To, že slyší hlasy a má vidiny, totiž neznamená vždycky totéž. Ne vždycky jsou obludami všichni, přestože občas obludy vidí. Někdy proto může i s halucinacemi vést docela normální život. Vyřizovat si potřebné záležitosti ohledně bytu. Pracovat v dílně. I když ho halucinace obtěžují a má potíže s tím, jak je odlišit od reality*“ (Paleček, 2010, 50). Zotavování probíhá na osobní, klinické a sociální rovině kdy se člověk učí zacházet s vlastní zranitelností a objevuje vnitřní i vnější podpůrné zdroje se znovu zapojit do sociálního života. Jde tedy, spíše než o konečný výsledek, o jedinečný aktivní vnitřní proces vývoje a růstu, učení a zrání, který je sám o sobě zároveň značně náročný, protože

jej přirozeně provází vzestupy a pády. Bez otevřené podpory okolí, blízkých a pomáhajících pracovníků a institucí se realizuje jen těžko. Pomáhající se však v tomto procesu musí dobrovolně vzdát své expertní role a věnovat dostatečnou pozornost individuálnímu příběhu konkrétního člověka. Jednotný návod na zotavení krok za krokem tedy neexistuje (Slade, 2010), jsou-li však respektovány principy konceptu, známky zotavení je možné pozorovat u 46 až 68% jedinců (Hollander, Wilken, 2016).

### **1.3 Jak se měří zotavení?**

Jak už bylo řečeno, každé zotavení je jiné, a tak i ke zkoumání tohoto fenoménu vede mnoho cest (Wilken, 2007; Law, 2014). Některé z nich představí následující podkapitola. Výzkumných studií na toto téma je celá řada. Odborníci sledují problematiku z mnoha různých úhlů. Realizují se analýzy osobních profilů zotavujících se osob, kvalitativní a kvantitativní studie, průřezové i longitudinální výzkumy. Mnoho výzkumníků přináší individuální příběhy osobního zotavení, jiní se zajímají o pohled zainteresovaných profesionálů a poskytovatelů péče. Zajímavé jsou také výzkumy, které se zabývají problematikou zotavení z pohledu blízkých a rodin zotavujících se osob (Law, 2014). Výzkumníci se zaměřují na různé diagnostické kategorie (deprese, bipolární porucha, schizofrenie, schizoafektivní porucha), snaží se o identifikaci faktorů, které jsou v tomto procesu důležité a fází, ve kterých probíhá. Následující text věnuje pozornost některým z nich:

Wilken (2007) na základě metaanalýzy 13 kvalitativních studií identifikoval pět skupin faktorů, které bezprostředně souvisejí se zotavením:

- Zotavení jako vývojový proces. (Zotavení probíhá ve fázích a dochází při něm k nalezení nové identity prostřednictvím vytvoření vlastního životního příběhu).
- Motivace (vnitřní i externí, souvisí s užitím zvládací strategie).
- Znalosti a dovednosti (sociální dovednosti, sebedopora, zvládací strategie, rozvíjení nezávislosti).
- Zapojení v komunitě (do smysluplných rolí a aktivit).
- Enviromentální zdroje podpory (materiální podpora a sociální síť, podpora služeb psychiatrické péče)

Ragins (2002) o faktorech zotavení uvažuje jako o etapách, které zároveň považuje za hlavní dimenze. Definuje je takto:

- Naděje (konkrétní představa optimálního stavu a víra v jeho dosažení).
- Zplnomocnění (identifikace vlastních schopností a důvěra v ně).
- Odpovědnost za sebe sama (ochota riskovat, zakoušet nové a přijmout nezdary)
- Smysluplná životní role (uplatnění zkušeností z předchozích etap v nových životních rolích)

Deegan (1988) jako uživatelka i poskytovatelka péče, chápe zotavení jako způsob žití, v němž jsou důležité především: naděje, ochota, zodpovědnost za svoje činy.

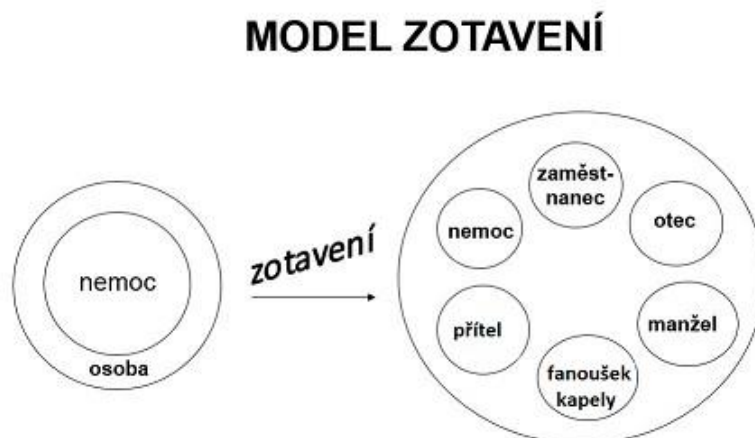
Rozsáhlou metaanalýzu 97 kvalitativních studií publikovali Leamy, Boutillier, Williams a Slade (2011), ve které bylo identifikováno 13 definic procesu zotavení a 5 dimenzí: Propojenost/podpora; Naděje/Optimismus; Obnovení identity; Smysl v životě; Zplnomocnění. Obdobně Adresen, Oades a Caputi (2003) popisují zotavení jako pětifázový psychologický proces, při kterém dochází ke znovunalezení naděje, identity, smyslu života a k převzetí zodpovědnosti za zotavení. Dle zmíněných autorů jde o pětistupňový proces, který probíhá ve fázích: moratorium - uvědomění - příprava - obnova - růst.

Na základě shrnutí nejrůznějších studií popsali Wilken a Hollander (2016) zotavení jako proces klientova osobního rozvoje, pro který jsou zásadní následující aspekty:

- (re)konstrukce životního příběhu klienta a jeho vlastní identity
- Akceptování nemoci a postižení, učení se jak je zvládnout
- Zvládání prožitku ztráty, nacházení smyslu
- Práce na příznivých vyhlídkách do budoucna

Pěč a Probstová (2009) přejímají 4 fázový model, ve kterém je zotavení dosaženo v procesu boje s nemocí přes prvotní „přemožení nemocí“ až k životu, kdy se nemoc dostává do pozadí a člověk je znovu schopen plnit požadované role.

Obr.č.1.: Model zotavení



V zahraničí se současně vyvíjejí různé kvantitativní nástroje v podobě dotazníků a inventářů, kterými je zotavení sledováno a vyhodnocováno (Law, 2014; Jerell, Cousins, Roberts, 2006). V České republice se této problematice intenzivně věnuje tým odborníků v Národním ústavu pro duševní zdraví (dále jen NUDZ) v rámci projektu MERRPS (Metodika pro Evidenci Respektující Rozvoj Psychiatrických Služeb, 12.09.2018). Jedním z cílů projektu je revize a vylepšení databáze nástrojů měřících efektivitu péče o lidi s duševním onemocněním. Aktuálně probíhají překlady a standardizace dotazníků, které proces zotavení zachycují. Některým z nich bude v následujícím textu věnována pozornost. České verze všech uvedených nástrojů jsou dostupné v databázi NUDZ. Konkrétně budou uvedeny 4 škály, které byly odborníky vybrány z původních 37 škál na základě přesně stanovených kritérií. Škály zachycují osobní zotavení, vyplňují je uživatelé, v původních verzích byly použity v recenzovaných časopisech a vykazují dobré psychometrické vlastnosti (Chrtková, 2017).

### 1.3.1 Stages of Recovery Instrument (STORI-50)

Inventář STORI vznikl v Austrálii a vychází z pojetí zotavení jako osobního psychologického procesu, tak jak jej definovali např. Andersen, Caputi a Oades (2006). Prvotního výzkumu se zúčastnilo 94 respondentů s diagnózou schizofrenie, u kterých byly souběžně sledovány oblasti, které jsou zároveň předpokladem (faktorem) zotavení.

Inventář obsahuje 10 skupin tvrzení, které mapují postoje respondenta ke skutečnosti, že je duševně nemocný. Každá skupina je sestavena z 5 položek, které jsou seřazeny podle intenzity tvrzení, přičemž síla tvrzení diferencuje stupeň (fázi) zotavení. Stupně (fáze) zotavení tvoří jednotlivé subškály a jsou definovány takto: moratorium (fáze I.), uvědomění (fáze II.), příprava (fáze III.), obnova (fáze IV.), růst (fáze V.).

Jednotlivé položky zároveň reprezentují vždy jednu ze 4 dimenzí zotavení (naděje, identita, smysl, odpovědnost). Příklad znění položek je uveden v tabulce č. 1. Respondent dostane instrukci, aby si každou skupinu nejprve přečetl a následně odpověděl na Likertově škále od 0 do 5, jak moc je každé tvrzení pravdivé. Respondent je v instrukci požádán, aby vybral svoji odpověď podle toho, jak se aktuálně cítí. Jednotlivé subškály se skórují zvlášť, každá 1. položka ze skupiny odpovídá fázi I., 2. položka odpovídá fázi II. atd. Součet všech prvních, druhých, třetích, čtvrtých a pátých položek je výsledný hrubý skór jednotlivých subškál. Nejvyšší naměřený hrubý skór odpovídá fázi zotavení, ve které se konkrétní respondent aktuálně nachází. Instrument byl validizován například v Anglii (Weeks, Slade, Hayward, 2011), kde byl vyhodnocen jako vhodný nástroj k měření fenoménu zotavení. Nicméně na základě psychometrických dat, bylo doporučeno definovat pouze tři fáze procesu na místo původních pěti. Nástroj je v několika jazykových mutacích volně dostupný na internetu.

Tab. č.1: Ukázka položek inventáře STORI

STORI		Úplná nepravda					Úplná pravda
		0	1	2	3	4	5
1.	Nevěřím, že lidé s duševním onemocněním se mohou vyléčit	0	1	2	3	4	5
2.	Teprve nedávno jsem zjistil(a), že se lidé s duševním onemocněním mohou vyléčit	0	1	2	3	4	5
3.	Začínám se učit o tom, jak si mám pomoci, abych se cítil(a) lépe	0	1	2	3	4	5

### 1.3.2 Recovery Assessment Scale (RAS-41, RAS-22)

Tato škála, která byla během pilotní studie odbornou veřejností i uživateli služeb hodnocena jako nejlepší (Chrtková, 2017). V angličtině je k dispozici ještě další varianta RAS-DS (Recovery Assessment scale - Domains and Stages), která má 38 položek rozdělených do pěti nesterjné rozsáhlých subškál. V českém jazyce existuje RAS ve dvou variantách RAS-41 a RAS-22. V obou případech jde o sérii výroků, se kterými má respondent na pětistupňové Likertově škále vyjádřit míru souhlasu, ve vztahu k vlastní aktuální situaci (Tab. č.2). Zkrácená verze RAS-22 byla v pilotní studii ohodnocena respondenty jako nejsrozumitelnější ze všech testovaných škál. Škála pokrývá 5 dimenzí zotavení: Sebedůvěra a naděje (7 položek), Ochota říci si o pomoc (3 položky), Orientace na cíl a úspěch (5 položek), Spoléhání se na druhé (4 položky) a Nedominance symptomů (3 položky). Počítán je celkový skór (110) a skór dle jednotlivých domén. Čím vyšší skór, tím vyšší míra zotavení. Psychometrické vlastnosti škály prezentovali např. Salzer, Brusilovskiy (2014).

Tab. č. 2: Ukázka položek RAS-41

RAS-41		Rozhodně nesouhlasím	Nesouhlasím	Nejsem si jistá/ý	Souhlasím	Rozhodně souhlasím
1.	Toužím uspět	1	2	3	4	5
2.	Mám vlastní plán jak být a zůstat v pohodě	1	2	3	4	5
3.	Mám životní cíle, kterých chci dosáhnout	1	2	3	4	5
4.	Kdyby mě lidé skutečně znali, měli by mě rádi	1	2	3	4	5
5.	Vím, kdy si říct o pomoc	1	2	3	4	5



### 1.3.3 Mental Health Recovery Measure (MHRM-10, krátká verze)

Tato krátká jednodimezionální sebesposuzovací škála získala v české pilotní studii nejvyšší ohodnocení od uživatelů služeb (Chrtková, 2017). S deseti položkami je také z uvedených nástrojů nejkratší, její vyplnění zabere méně než 5 minut. Původní MHRM verze obsahuje 30 položek (Tab. č.3) a byla vyvinuta výzkumníky ve snaze lépe porozumět procesu zotavení z perspektivy zotavující se osoby. Respondent je vyzván, aby na pětibodové Likertově škále vyjádřil míru souhlasu s tvrzeními s ohledem na jeho současný stav. MHRM-10 vznikla výběrem položek s nejvyššími hodnotami faktorových nábojů (Armstrong, Cohen, Helleman, Young, 2014).

Tab. č. 3: Ukázka položek MHRM-30

MHRM-30		Rozhodně nesouhlasím	Nesouhlasím	Nejsem si jistá/ý	Souhlasím	Rozhodně souhlasím
1.	Na svém uzdravení velmi těžce pracuji	0	1	2	3	4
2.	I když zažívám i těžší dny, stále se zlepšuji	0	1	2	3	4
3.	Pokud mi není dobře, řeknu si o pomoc	0	1	2	3	4
4.	Můj život mi připadá normální	0	1	2	3	4
5.	Jsem v souladu sám (sama) se sebou	0	1	2	3	4

### 1.3.4 Process of Recovery Questionnaire (QPR-22, QPR-15)

Dotazník vznikl faktorovou analýzou dat získaných ze 126 hloubkových rozhovorů s osobami s diagnózou schizofrenie (Neil et al, 2009), existuje ve dvou verzích o 22 a 15 položkách (Tab.č.4). Je užitečným nástrojem pro identifikaci individuálních cílů v procesu zotavování a ke sledování jejich naplňování. Vhodný je k otevření dialogu, pro nastavení adekvátní podpory při spolupráci klienta a pracovníka

ve službách, podporujících zotavení. Dotazník by neměl být administrován osobám, kteří jsou aktuálně ve stresu, či procházejí krizí. Respondent vyjadřuje na Likertově škále v dotazníku míru svého souhlasu s podobnými tvrzeními, jako u předchozích nástrojů:

Tab. č. 4: Ukázka položek QPR-15

QPR-15		Rozhodně nesouhlasím	Nesouhlasím	Nejsem si jistá/ý	Souhlasím	Rozhodně souhlasím
1.	Mám ze sebe lepší pocit	0	1	2	3	4
2.	Mám pocit, že dokážu využívat životních příležitostí	0	1	2	3	4
3.	Dokážu vytvářet pozitivní vztahy s ostatními lidmi	0	1	2	3	4
4.	Spíše než izolovaný, se cítím být součástí společnosti	0	1	2	3	4
5.	Dokážu se prosadit	0	1	2	3	4
6.	Cítím, že můj život má smysl	0	1	2	3	4

## 1.4 Diagnostické přístupy v psychiatrii

Tato kapitola si klade za cíl nahlédnout problematiku diagnostických systémů z perspektivy konceptu zotavení. Diagnostických klasifikačních systémů je v celosvětové psychiatrické praxi používáno více (Diagnostický Statistický Manuál DSM-V, či starší verze mezinárodní klasifikace nemocí MKN-9). Přehled různých modelů klasifikací a diagnostických systémů, které se v průběhu 19. a 20. století vyvinuly, představují v souhrnné publikaci Dušek a Večeřová-Procházková (2015).

V České republice je od roku 1992 oficiálně používána mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN-10), která je inspirována americkým klasifikačním systémem DSM-IV) a čeká na svojí poslední aktualizaci (MKN-11), která by měla přijít příští rok. Přestože se v průběhu času všechny diagnostické systémy vyvíjejí, vždy představují

(navzdory své nesporné užitečnosti) určité zjednodušení reality. V praxi by nikdy neměli nahrazovat individuální přístup k nemocnému (Orel, 2016). Někteří současní autoři aktuální systém klasifikace duševních poruch kritizují (Dörner, Plög, 1999; McWilliams, 2015; Mentzos, 2012). Vytýkají mu zejména redukcionismus, normativnost a nedostatečnost, která je způsobena zaměřením na symptom. Díky těmto kritickým hlasům, které přicházejí zejména z psychoterapeutické praxe, dochází paralelně k revizím a obohacování současných systémů o další dimenze, kterými je možné na psychické potíže nahlížet. Ty pak napomáhají odhalovat individuální aspekty nemoci, čímž umožňují lépe získat komplexnější vhled do potíží nemocného. Dle Mohra (2017) MKN-10 zásadní změny ve skupině psychotických poruch nepřinese. V případě diagnózy schizofrenie, schizoafektivní poruchy a u akutní a přechodné psychotické poruchy dojde k opuštění dělení na jednotlivé subtypy. Pozornost bude při diagnostice věnována podobě a četnosti ataky a převažujícím příznakům (pozitivní, negativní, depresivní, manické, psychomotorické, kognitivní).

V současné době je například v České republice kromě MKN-10 odborníkům k dispozici víceosý diagnostický systém OPD-2, vycházející z psychodynamických principů. Porovnání zmíněných klasifikačních systémů se věnuje například Peřich (2016). Psychodynamický diagnostický systém považuje v procesu diagnostiky za důležité (kromě identifikace symptomů) také:

- subjektivní prožívání onemocnění a předpoklady pro psychoterapeutickou léčbu,
- vztahy (interpersonální vztahy a opakující se dysfunkční vztahové vzorce),
- konflikty (intrapsychické nevědomé konflikty),
- osobnostní strukturu a omezení jejího fungování,

Psychodynamická diagnostická perspektiva je dle názoru autorky této práce více v souladu s principy konceptu zotavení, jelikož respektuje rozmanitost projevů různých potíží, popisuje dynamiku a funkci onemocnění, zvažuje situační kontext, individuální charakteristiky, subjektivní pohled i vliv prostředí, ve kterém se nemoc manifestuje. Následující text se dotýká problematiky diagnózy schizofrenie v kontextu obou přístupů.

## 1.5 Schizofrenní jednání jako nemoc

Schizofrenie je považována za nejvýznamnější z poruch, ze skupiny psychotických onemocnění, výrazně narušujících kontakt s realitou. Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN-10) má pro poruchy schizofrenního spektra vyhrazen celý oddíl nosologických jednotek F20-F29. Jednotlivé kategorie obsahují výčet typických příznaků, kterými se konkrétní psychotická porucha nejčastěji projevuje. Některé příznaky jsou všem onemocněním ve skupině společné, zatímco v některých projevech se jednotlivá psychotická onemocnění liší. Tato kapitola se v souladu s tématem práce, podrobněji věnuje pouze kategorii F20.

Z hlediska symptomatologie můžeme o schizofrenii uvažovat jako o multisystémovém poškození mozku, o kterém nalézáme historicky první zmínky už v tisíce let starých ajurvédských textech. Na konci 19. století jí značnou pozornost věnovali významní psychiatři Krapelin a Bleuler, kteří jí dali jméno (Vágnerová, 2004).

Dnešní podoba a symptomy schizofrenních poruch jsou obecně charakterizovány poruchami především v oblastech myšlení a vnímání (bludy a halucinace). Poruchy, nebo změny je možné pozorovat také na úrovni emocí a chování (oploštělost, nepřiměřenost, ambivalence, ambivalence). Pozornost odborníků i okolí nemocného je vztažena k rozmanitým projevům závažné psychopatologie (slyšení hlasů, které komentují nebo diskutují o osobě, nebo o chování osoby, která je slyší, vkládání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek, bludné vnímání reality, zrakové a jiné halucinace, deprese apod.). Poruchy se obvykle neobjevují na úrovni vědomí a intelektu. Nicméně v případě kognitivních funkcí, které souvisí s úrovní fungování v běžném životě, dochází v průběhu nemoci k zasažení především: rychlosti zpracování informací, exekutivních funkcí, verbální a epizodické paměti (Bezdiček, Nikolai, Michalec, Harsa, Klaišová, 2015). Symptomy nemoci se dle charakteru dělí na pozitivní (ty, které proti normě přebývají) a negativní (o které je proti normě psychika ochuzena), mohou být trvalého charakteru, nebo se objevují epizodicky. Další, odlišné rozdělení příznaků uvádí (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015).

Onemocnění z okruhu schizofrenie se manifestuje většinou v mladém věku (mezi 15-35 lety) v podobě ataky, při které jsou symptomy nejvýraznější. Ataky se buď vracejí, nebo úplně vymizí. O příčinách se uvažuje multifaktoriálně. K jejímu vzniku přispívají

dědičné faktory, které způsobují odchylky v důležitých mozkových strukturách, biochemických reakcích i funkcích. Riziko vzniku schizofrenie mohou ovlivnit také vnější vlivy zejména psychosociálního charakteru (Vágnerová, 2004). Konkrétní neurobiologické a psychodynamické poznatky a jejich souvislosti u schizofrenie uvádí Mentzos (2012). Schizofrenie je diagnostikována u jednoho procenta populace, přičemž se vyskytuje rovnoměrně nezávisle na pohlaví. Diferenciálně diagnostické úvahy by měly vyloučit zejména jiné organické onemocnění či poškození mozku, intoxikaci psychoaktivními látkami, epileptický mráкотný stav, poruchy nálady, akutní a přechodné psychotické poruchy apod. Diagnostická rozvaha je komplexní proces, který vychází z různých metod a na kterém se podílí více odborníků. Závěrem je vyslovena předběžná diagnóza, která je následně upravována s ohledem na další průběh. Aby mohla být stanovena diagnóza schizofrenie, musí být příznaky jasně patrné po dobu nejméně jednoho měsíce (Orel, 2016). MKN-10 rozlišuje následující varianty onemocnění (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015):

- F20.0 - Paranooidní schizofrenie (nejčastější forma schizofrenie, dominantním příznakem je paranooidní a paranooidně-halucinatorní syndrom)
- F20.1 - Hebefrenní schizofrenie (dominantním příznakem je zvýrazněné pubertální chování)
- F20.2 - Katatonní schizofrenie (dominují poruchy psychomotoriky)
- F20.3 - Nediferencovaná schizofrenie (neodpovídá kritériím pro jiné formy skupiny F20)
- F20.4 - Postschizofrenní deprese (v současnosti častější výskyt, přetrvávající depresivní nálada po odeznění typických schizofrenních projevů)
- F20.5 - Reziduální schizofrenie (dlouhodobé trvání negativní symptomatiky)
- F20.6 - Simplexní schizofrenie (v popředí negativní příznaky, podobnost s poruchou osobnosti)
- F20.7 - Jiná schizofrenie
- F20.8 - Nespecifikovaná schizofrenie

## 1.6 Schizofrenní jednání jako obecná lidská možnost

Dörner a Plog (1999) vidí schizofrenii jako „*extrémní snahu udržet se pohromadě a snahu zachránit identitu ohroženou zhroucením*“ (Dörner, Plog, 1999, 90). Při popisu symptomů nemoci uvažují zároveň o jejich funkci a o základním psychodynamickém konfliktu, který podle nich přispívá k jejich vzniku. Dozvídáme se více o tom, jak se nemocný cítí a co může prožívat, i o tom, co může prožívat jeho okolí v kontaktu s ním. „*Důležité je nepřehlédnout a nezapomenout, že každý nemocný má svou vlastní schizofrenii*“ (Dörner, Plog, 1999, 91). Uvedení autoři biomedicínský přístup, který nezohledňuje subjektivní perspektivu, kritizují a potvrzují zde již diskutovaný problém, že uspořádání psychiatrické péče dává do značné míry nemoci svou podobu:

*Další vývoj člověka, který prodělal jednu ataku, musíme vidět jako otevřený životní příběh. Je stále pochybnější hovořit o chronické schizofrenii. Ovšem je pravděpodobné, že lidé, kteří akutně onemocní, se snadno ocitnou v bludném kruhu, ve kterém jim nezbyvá nic jiného, než se chronicky odvrátit od druhých, odvrátit druhé od sebe, nebo se nechat odvrátit. Psychiatrické instituce tomuto procesu často napomáhají, nebo jej podporují... (90).*

Autoři se přesto k popisu schizofrenních poruch dle MKN-10 vyjadřují shovívavě, potvrzují její užitečnost. K jednotlivým kategoriím uvádějí příklady možného nepochopení mezi pacientem a odborníkem, jež může být zásadní pro úspěšnou spolupráci. Při popisu průběhu onemocnění nevynechávají skutečnost, že většina nemocných může žít mimo ústavní zařízení.

Mentzos (2012) upozorňuje na tendenci odborníků přisuzovat zásadní význam pouze pozitivním příznakům (bludy, halucinace). Vyslovuje názor, že se nemocní mnohem častěji potýkají s negativními symptomy, které se vyznačují problematickým prožíváním: nedostatkem motivace, pocity prázdnoty, narušeným sebeprožíváním a podobně. V těchto obdobích mohou mít nemocní tendenci dělat přesný opak toho, co je od nich očekáváno, což může komplikovat spolupráci v mnoha životních oblastech. K diagnostice psychotických fenoménů doporučuje dvojdimenzionální psychodynamickou klasifikaci. Ta si v první dimenzi všímá toho, jaké obranné mechanismy jsou aktuálně aktivní a druhá sleduje typ dilematu (identita versus vazba). Jeho následné shrnutí variant schizofrenního modu nabízí hlubší porozumění dynamice

nemoci, která se manifestuje v podobě konkrétních příznaků. Také McWilliamsová (2015) se při psychoanalytické diagnostice psychotických poruch primárně zaměřuje na identifikaci používaných obranných mechanismů, vnitřních konfliktů a emocí, které nemocní během psychotického onemocnění prožívají a používají: *“Pro terapeutu je velmi důležité, aby si byli vědomi skutečnosti, že u lidí se způsobem myšlení na psychotické úrovni nacházíme blízko povrchu smrtelný strach a zoufalý zmatek”* (McWilliams, 2015, 75). Zásadní pro funkční podporu nemocným je (krom farmakologické léčby) dle McWilliamsové (2015) porozumění jedinečné lidské bytosti, aktivní podpora pacientovy důstojnosti, sebeúcty, síly jeho já a dostatek informací a vedení. Zajímavé existenciální a hlubinné porozumění schizofrennímu myšlení, jednání a prožívání zajímavě přináší Laing (2000). Na několika konkrétních případech ilustruje proces rozdělení self, které jde ruku v ruce s postupnou depersonalizací až k psychóze. V terapeutickém vztahu je možné psychotickým projevům a jejich funkci plně porozumět, zpětně je rekonstruovat a podporovat obnovu integrity self. Bludy a halucinace mají dle Lainga svou existenciální pravdivost a schizofrenii je možné chápe jako *„...možný výsledek více než obvyklých obtíží, které se člověku staví do cesty k tomu, aby mohl být úplnou osobou s druhými, a nemožnosti používat zdravého rozumu při zakoušení sebe ve světě“* (Laing, 2000, 196).

## 1.7 Zotavení a schizofrenie

*Důležité je, že se lidé snaží najít vlastní cestu a že k tomu existuje otevřenost“* (Dörner, Plog, 1999, 94)

Mezi lety 1980 a 1990 došlo díky rozvoji neurověd k posunu paradigmatu v psychiatrii od psychologického modelu chápání duševní nemoci k modelu neurobiologickému. Neurobiologická perspektiva byla nadhodnocována a přeceňována (Mentzos, 2012). Duševní nemoc byla vnímána především jako onemocnění mozku, které je ovlivnitelné hlavně medikamenty. Schizofrenie je v neurobiologické perspektivě chápána jako chronické, zhoršující se závažné onemocnění, které člověka postupně vylučuje z plnohodnotného života a vede k předčasnému úmrtí. Tomuto nasvědčovaly také kvantitativní data, která byla získávána hlavně ve zdravotnických zařízeních. Nicméně období po deinstitutionalizaci zároveň poskytlo možnost, dlouhodobě sledovat

obraz schizofrenie mimo zdravotnická zařízení a zde sehrála významnou roli kvalitativní perspektiva. Kvalitativní výzkumy přinesli optimističtější informace o tom, že i s takto závažným duševním onemocněním je možné vést kvalitní život a poukázaly na rozmanitost strategií, které k tomu nemocní využívají (Davidson, 2003; Wilken 2007). Jak již bylo v textu této práce naznačeno, každé zotavení vypadá jinak, probíhá nelineárně ve fázích a trvá různě dlouhou dobu. Ve stručnosti lze zrekapitulovat dva hlavní názorové proudy, které tuto problematiku konceptualizují. Odborníci uvažují o zotavení jako o stavu, který se vyznačuje především eliminací, nebo redukcí příznaků schizofrenie. Zotavení tedy představuje návrat na premorbidní úroveň fungování. Subjektivní (osobní) zotavení hovoří spíše o individuálním konstruktivním procesu proměny identity schizofrenika v člověka, který ačkoli trpí závažnou duševní nemocí, integroval tento fakt jako skutečnost, se kterou ví, jak zacházet a žít. Tyto dva názorové proudy je nutné chápat jako komplementární (Bellack, 2006).

Raguram (1993) ve své analýze zvládacích strategií 30 pacientů s diagnózou schizofrenie popsal 251 různých způsobů zvládnání typických příznaků onemocnění, které rozdělil do šesti kategorií. Nerozsáhlejší kategorii označil jako behaviorální strategie a zařadil do ní 4 podskupiny aktivit (rozptýlení, fyzická aktivita, koníčky, výkonové úkoly). Druhou nejpočetnější skupinou byly strategie související se zvýšením nebo snížením sociálních interakcí. Strategie vycházející z kontaktu nemocného se službami psychiatrické péče, představovaly zhruba 40 % z celkového počtu užívaných strategií. Další zajímavé závěry přinesla velká Delphi studie, která byla realizována ve Velké Británii (Law, Morrison, 2014). V této studii bylo mimo jiné identifikováno několik desítek faktorů, které zotavení napomáhají i brzdí. 90 % a více z celkového počtu respondentů se shodovalo na tom, že procesu zotavení nejvíce napomáhá: mít bezpečné místo k žití; podpora okolí; dobré porozumění onemocnění; žití v přívětivém prostředí; znalost strategií, které zlepšují aktuálně zhoršený stav; sebezpečí; schopnost vidět, co se povedlo; vědět o možnosti využít služby péče o duševní zdraví, které mohou pomoci.

Onemocnění schizofrenie znamená v první řadě dočasnou a někdy opakovanou ztrátu kontroly, kontaktu se sebou, s okolím, s reálným světem. Jde o stigmatizující zkušenost, která zásadním způsobem ovlivňuje identitu člověka a kvalitu jeho života (Wilken, 2007; Pěč, Probstová, 2009), představuje biografickou trhlinu v životním



příběhu (Bury, 1992). Přijetí této skutečnosti, svolení k léčbě, užívání medikace, přehodnocení možností, hodnot a cílů a znovunalezení naděje, motivace a smyslu, to vše jsou jednotlivé kapitoly příběhu, který se začíná psát od chvíle vyslovení diagnózy. Zotavení se ze schizofrenie je jednoznačně spojeno s opětovnou integrací, rozvojem zvládacích strategií a s hledáním, nabízením a využíváním různých zdrojů podpory, ať už jde o podporu sociálních, zdravotních služeb, přátel nebo z vlastní tvůrčí činnosti (Onken, Craig, Ridgway, Cook, 2007).

## **1.8 Komunitní přístup v léčbě schizofrenie**

Pro komunitní přístup v psychiatrii, je stěžejním tématem: individualizovaná, na klienta zaměřená podpora a hledání a budování podpůrných zdrojů. Respektuje individuální životní cestu člověka se závažným duševním onemocněním jako i vývojové fáze, ve kterých se na této cestě nachází – je tedy systematicky orientován na podporu zotavení. Vzhledem k omezením, které schizofrenie do života přináší, se část lidí neobejde při naplňování svých potřeb bez dočasné či trvalé přímé podpory okolí a profesionálů. Komunitní přístup je reprezentován širokou nabídkou spolupracujících podpůrných služeb a aktivním zapojením klientů, včetně účasti peer pracovníků. Konkrétně se v tomto přístupu všichni zainteresovaní soustředí na identifikaci potřeb, vytvoření spojení a bezpečné atmosféry, ve které může probíhat psychiatrická rehabilitace zaměřená na konkrétní životní oblasti (bydlení, práce, vzdělávání, sociální kontakty). Psychiatrická rehabilitace je souhrn aktivit dobré praxe, které podporují funkční zotavování a emancipaci osob s psychickými omezeními (Pěč, Probstová, 2009). Následující text stručně popisuje základní intervence, které jsou v komunitní psychiatrické péči využívány. V České republice jsou všechny níže uvedené typy podpory stále dostupnější:

### **1.8.1 Asertivní komunitní léčba**

Jde o specializovanou formu pomoci, která je v případě onemocnění z okruhu schizofrenních poruch poskytována především klientům s výrazným psychickým omezením. Je poskytována nestabilně fungujícím klientům s nižší schopností compliance ve formě intenzivního případového vedení a poskytováním domácí

psychiatrické péče. Intervence jsou poskytovány multidisciplinárním týmem, který zároveň funguje jako stěžejní kontaktní a komunikační prvek v rámci všech zainteresovaných osob i subjektů v lokalitě, ve které konkrétní osoba žije.

### 1.8.2 Pracovní rehabilitace

V ideálním případě má pracovní rehabilitace dvě roviny prospěšnosti: připravuje a podporuje osobu se závažným psychiatrickým omezením k pracovní činnosti a podílí se na vyhledávání, vzniku a udržení přiměřených pracovních příležitostí. Před deseti lety bylo pracovní začlenění nehospitalizovaných, dlouhodobě psychiatricky nemocných pacientů zaměstnáno méně než osob s tělesným hendikepem (Pěč, Probstová, 2009). Překážek, které musejí duševně nemocní lidé se zájmem pracovat překonávat je celá řada. Podporu v této oblasti získávají prostřednictvím těchto rehabilitačních metod:

- **Dobrovolná práce:** klient si vybírá typ činnosti i množství odpracovaných hodin. Tento typ podpory je možné využít také k postupné adaptaci na začátku procesu plánovaného podporovaného zaměstnání. Práce bývá částečně finančně ohodnocena, ale není vázána klasickou pracovní smlouvou.
- **Chráněné pracovní dílny:** v nich klient znovu nabýt jistoty a motivace k pracovní činnosti. Pracovní aktivity probíhají v chráněném prostředí a slouží k obnovení nebo rozvoji pracovních dovedností. Tato forma podpory většinou nevede k přímému uplatnění na pracovním trhu, nicméně pro některé klienty je důležitá.
- **Přechodné zaměstnávání:** Klienti si mohou na zkrácený úvazek po předem stanovenou dobu osvojit konkrétní pracovní dovednosti za částečné podpory asistenta. Pracují například ve zdravotnickém zařízení jako administrativní posila, nebo provádějí úklidové služby a za svou práci získávají finanční ohodnocení. Tyto pozice slouží především k posílení sebedůvěry a zodpovědnosti. V případě výpadku klienta (například kvůli aktuálnímu zhoršení stavu), může být zastoupen jiným klientem, nebo asistentem.
- **Podporované zaměstnávání:** Nejvyšší zatížení před přímým vstupem na běžný trh práce si může klient vyzkoušet v tomto typu podpory. Probíhá jako placená

práce v běžných pracovních podmínkách za podpory pracovního terapeuta a dopomoci v případě potřeby.

### 1.8.3 Rehabilitace v oblasti bydlení

Téma bydlení je pro osoby s psychickými omezeními naprosto zásadní (Law, Morrison, 2014). To, v jakých podmínkách a v jakém prostředí člověk s duševním onemocněním žije, výrazně přispívá, nebo naopak brání plnění potřeb a životních rolí. Někteří klienti zdravotně - sociálních služeb potřebují v této oblasti dočasnou, nebo i trvalou podporu a rehabilitaci. Nalézají ji v těchto typech rehabilitačních služeb:

- **Podporované bydlení:** Podpůrné intervence, šité na míru, probíhají v bytě klienta. Cílem je, posilování a rozvoj dovedností, zlepšování sociálního fungování klienta a prevence nežádoucích jevů.
- **Chráněné bydlení:** Jde o bydlení v přirozeném prostředí (například v bytech v běžné zástavbě), které patří konkrétní zdravotně-sociální službě. Klienti platí většinou snížené nájemné a mohou využívat různě intenzivní formu podpory v podobě tréninku dovedností spojených s bydlením.
- **Domy na půl cesty:** Skupinová forma bydlení, kterou využívá více klientů současně. Tato forma podpory je někdy nezbytná u lidí s méně rozvinutými sociálními dovednostmi, kteří se vracejí z dlouhodobé hospitalizace do přirozeného prostředí.

### 1.8.4 Rehabilitace v oblasti vztahů a volného času

Cílem je podpora a posilování přirozených sociálních rolí (rodinná, rodičovská, partnerská apod.) a zeslabování významu role pacienta. Psychodynamický přístup zdůrazňuje problematickou oblast navazování vztahů u psychotických poruch. V rámci psychiatrické rehabilitace jsou realizované programy, které napomáhají obnovení sociálních kompetencí, jež mohli být v důsledku již premorbidních osobnostních charakteristik, nebo závažné duševní nemoci výrazně oslabeny. V této oblasti (ostatně jako ve všech dalších) je důležitá podpora sebeúcty, nezávislosti, obnova komunikace s vnějším světem a vytváření a udržování vztahů. Komunitní přístup rovněž v souvislosti s psychiatrickou rehabilitací akcentuje tuto problematiku a nabízí celou řadu doporučení

pro úspěšné navázání pracovního spojení (Pěč, Probstová, 2009). Probstová (2009) zároveň věnuje pozornost možným úskalím. Rehabilitace by měla pomoci klientům vybudovat cestu k prožívání radosti a zábavy.

### **1.8.5 Psychoedukace a podpora rodiny**

Mezi principy komunitní psychiatrie patří komplexnost, podpora soběstačnosti a zotavení. Tyto principy není možné uplatňovat bez systematické a dlouhodobé podpory a spolupráce s rodinou. Závažné psychiatrické onemocnění představuje výraznou zátěž pro celý rodinný systém a napětí v rodině, konflikty, nedostatek empatie jsou faktory ohrožující jeho fungování. Intervence by tedy měly být zaměřeny také na zlepšování fungování všech členů rodiny.

### **1.8.6 Integrovaná léčba pacientů s duální diagnózou**

Komorbidita psychických poruch je závažným tématem, které už několik let řeší služby zabývající se podporou osob s psychiatrickou diagnózou. V některých službách již existují multidisciplinární týmy, které se specializují na klienty s duální diagnózou, v psychiatrických nemocnicích postupně vznikají specializovaná oddělení a programy. Častým typem komorbidity je onemocnění schizofrenního okruhu, případně porucha osobnosti společně s chronickým užíváním alkoholu a drog. Integrovaná léčba má své zásady a odlišnosti, které by měli být součástí metodik a poskytování dobré praxe ve všech sociálně-zdravotních službách (Fox, 2011).

## 2 Praktická část

### 2.1 Definování cíle výzkumu a výzkumné otázky

V současné době byla v našem systému psychiatrické péče zahájena velice potřebná kaskáda zásadních změn, které by měly péči více přizpůsobit potřebám osob, kterých se bezprostředně týká. Mezi důležité strategie patří nastavení sítě kvalitních regionálních podpůrných multidisciplinárních služeb, které napomáhají zotavení a jsou takzvaně „sítě uživatelům na míru“. Individuální přístup a snaha o porozumění subjektivnímu náhledu na náročnou životní situaci jsou v tomto ohledu nezbytné. V dlouhodobé perspektivě veškeré tyto aktivity směřují k větší otevřenosti, deinstitucionalizaci, destigmatizaci a zvýšení kvality života lidí s duševním onemocněním. V teoretické části práce byla nastíněna problematika zotavení se ze závažného duševního onemocnění, konkrétně ze schizofrenie.

Zotavení bývá definováno jinak z perspektivy zotavující se osoby a jinak z pohledu odborníků. Shoda však panuje na tom, že jej nelze dosáhnout bez porozumění každodenní žité individuální zkušenosti a její reinterpetaci. Předpokladem tohoto porozumění je tedy schopnost vyprávět smysluplný životní příběh. Narativ ve výzkumném kontextu můžeme chápat jako „*dílčí příběh jednou z mnoha instancí či polyfonních verzí možné konstrukce nebo prezentace jedincova já či identity a jeho života*“ (Čermák, 2006, 4).

Cílem výzkumné části práce je se o takové hlubší porozumění pokusit a na konkrétních příkladech osob, které mají osobní zkušenost s duševním onemocněním ukázat, jak o své nemoci a o případném zotavení uvažují. V souladu s tímto záměrem si pokládám následující výzkumné otázky:

- *Jaké jsou individuální strategie zvládnání schizofrenie?*
- *Jak o Zotavení uvažuje osoba s diagnózou schizofrenie?*
- *Co všechno může podporovat proces Zotavení se ze schizofrenie?*
- *Jsou komunitní služby zdrojem informací o Zotavení?*
- *Jak důležité jsou komunitní služby v životě osob, kterým byla diagnostikována schizofrenie?*

## 2.2 Design výzkumu a použité metody

Vzhledem k induktivní povaze výzkumného problému a stanoveným výzkumným otázkám, je využito kvalitativní výzkumné strategie a metody (Švaříček, Šed'ová, 2007). Hlavní výzkumnou metodou je polostrukturované interview, s předem připravenými otázkami. Každý respondent je zároveň požádán o vyplnění dotazníku RAS-22.

### 2.2.1 Rozhovor a možnosti analýzy

Základní výzkumnou metodou pro účely této práce je rozhovor, přesněji polostrukturované interview na téma vyrovnávání se s nemocí a zotavení.

Kombinací přímých, otevřených, naváděcích a projektivních otázek, bylo sledováno několik témat, které souvisejí s cílem identifikovat individuální zvládací strategie respondentů. Většina otázek byla formulována tak, aby poskytovala prostor pro případné vyprávění vlastních zkušeností a rozvíjení tématu:

- Kdybyste měl/a poradit někomu, kdo onemocněl stejnou nemocí, jakou trpíte vy, co byste mu poradil/a?
- Co byste tak řekli, že ho asi čeká?
- Co Vám pomáhá vše zvládnout?
- Co si myslíte, dá se z takové nemoci vyléčit?
- Už jste slyšel/a o tom, že se dá ze schizofrenie zotavit?
- V jaké souvislosti?
- Jak by podle vás mohlo Zotavení vypadat?
- Co si o Zotavení myslíte vy?
- Je něco, co Vám v životě chybí a po čem toužíte?
- Přináší nemoc něco dobrého/ pozitivního?
- Kdybyste se přes noc stal zázrak, vy jste se uzdravil/a, a nevěděl/a o tom, co by byla první věc, podle které byste to poznal/a?

Jak už bylo řečeno, zotavování se ze závažné duševní nemoci je hluboce individuální proces přeměny identity, který se projevuje mimo jiné ve vyprávění, nalezením

smysluplného příběhu vlastního života. Obsah ale i forma takového vyprávění, je-li podrobena analýze, dává dohromady zajímavý obraz žité skutečnosti. Z hlediska analýzy obsahu budou data okódována s cílem identifikovat různé strategie zvládnání nemoci. Pozornost bude věnována tématům, které respondenti dávají do souvislosti s překonáváním nemoci. Z hlediska analýzy formy bude věnována pozornost způsobu prezentování vlastní zkušenosti a sebe prezentace, mikro příběhům, které budou případně rozvíjeny. Za tímto účelem je možné sledovat například klíčové události, body obratu, zásadní zkušenosti, vzpomínky, osobní přesvědčení (Čermák, 2006). Vzniklé kategorie a struktury budou prezentovány jednak souhrnně v podobě společných faktorů a prvků, jednak individuálně v kontextu jednotlivých vyprávění. V neposlední řadě je možné data velmi opatrně zasadit do kontextu probíhajících změn v uspořádání psychiatrické péče a zviditelnit problematiku potřeby zvyšování povědomí a informovanosti o těchto změnách u uživatelů péče.

### **2.2.2 Recovery Assesment scale (RAS-22)**

V teoretické části práce byla věnována pozornost kvantitativním způsobům zjišťování míry zotavení a představeno několik vhodných nástrojů. Každý z respondentů byl před realizací rozhovoru vyzván k vyplnění sebeposuzujícího dotazníku RAS-22, který měří subjektivní míru zotavení v pěti dimenzích. O možnostech kombinace kvalitativních a kvantitativních metod pojednává například Miovský (2006). Výsledný hrubý skór, vzhledem k nízkému počtu respondentů, není možné kvantitativně interpretovat, bude použit pouze orientačně k seřazení dat při analýze podle počtu dosažených bodů. Nejvyšší hodnota celkového skóru je 110 bodů. Celkové počty dosažených bodů jednotlivých respondentů jsou prezentovány v tabulce č. 5.

- **Osobní sebedůvěra a naděje (7 položek)**

Mám představu o tom, kým se chci stát
Strach mě neodradí od toho žít tak, jak chci
Umím se vyrovnat s tím, co se děje v mém životě
Mám se rád/a
Nakonec se něco dobrého stane
Do budoucnosti se dívám s nadějí
Umím zvládat stres

- **Ochota požádat o pomoc (3 položky)**

Jsem ochotný požádat o pomoc
Vím, kdy si říct o pomoc
Když to potřebuji, požádám o pomoc

- **Orientace na osobní cíle a úspěch (5 položek)**

Toužím uspět
Mám vlastní plán jak být a zůstat v pohodě
Mám životní cíle, kterých chci dosáhnout
Věřím, že svých současných osobních cílů mohu dosáhnout
Můj život má smysl

- **Spoléhání se na druhé (4 položky)**

Mám kolem sebe lidi, se kterými mohu počítat
I když já sám v sebe nevěřím, druzí ve mně věří
Je důležité mít vícero přátel
I když se sám o sebe nezajímám, druzí lidé ve mně věří.

- **Symptomy nade mnou nedominují (3 položky)**

Vyrovnání se s mým duševním onemocněním již není hlavním bodem mého života
Příznaky nemoci stále méně a méně zasahují do mého života
Zdá se, že když se příznaky objeví, je to stále na kratší a kratší dobu



## 2.3 Výzkumný soubor

Pro účely tohoto výzkumu byla předem stanovena následující kritéria:

- Diagnóza schizofrenie
- Zkušenost s komunitními službami deklarujícími pro-recovery přístup
- Doba od poslední hospitalizace delší než 2 roky

Schizofrenie je onemocnění, které může výrazným způsobem ovlivňovat ochotu a vůli svěřovat osobní zkušenosti a názory druhým osobám, proto bylo při výběru výzkumného souboru užito nepravděpodobnostních metod, konkrétně samovýběru a metody sněhové koule (Miovský, 2006). K oslovení respondentů jsem využila své předchozí pracovní zkušenosti v nestátní neziskové organizaci poskytující služby osobám se zkušeností s duševním onemocněním a také svých dřívějších kontaktů z dobrovolnických aktivit. Ve spolupráci s nestátní neziskovou organizací, která provozuje různé služby komunitní péče, došlo k představení projektu mé bakalářské práce vedoucím pracovníkům jednotlivých služeb a některým klientům. Vzhledem k cílové skupině projevilo ochotu hovořit o svých zkušenostech celkem 9 osob (4 ženy, 5 mužů). 6 respondentů mě osobně znalo z mého dřívějšího působení (se dvěma z nich jsem intenzivně spolupracovala, naposledy před 2 lety). 3 respondenti byli dále získáni metodou sněhové koule a to ve chvíli, kdy první respondentka v pořadí uvedla skutečnost, že zná pojem Zotavení a že se pohybuje v okruhu osob, které se o tuto problematiku zajímají. Následně došlo prostřednictvím této respondentky k oslovení dalších osob. Dvě osoby byly z výzkumu vyloučeny, z důvodu nesplnění kritéria diagnózy schizofrenie. Celkově bylo realizováno 7 rozhovorů (3 ženy, 4 muži). Průměrný věk respondentů je 49 let (min – max.: 30–74 let). 5 respondentů bydlí samostatně v městských bytech, 1 respondent je uživatelem služby chráněného bydlení a 1 respondentka bydlí v sociálním bytě se svým partnerem. 5 respondentů je svobodných, 1 vdova a 1 respondent je rozvedený. 6 respondentů pobírá invalidní důchod, 1 je starobní důchodce. 2 respondentky pracují na částečný úvazek, 1 respondentka aktuálně využívá služeb podporovaného zaměstnávání.

Tab. č.5: Základní informace o respondentech

Jméno	Věk	Dgn.	Délka nemoci	Posl. hosp.	22 RAS-
Anna	42	F20.0	15 let	2011	71
Bořivoj	74	F20.0	40 let	2010	84
Ctirad	51	F20.0	12 let	2015	84
Dorota	40	F20.6	9 let	2009	89
Eva	64	F20.0	48 let	2015	91
Filip	43	F20.0	9 let	2013	93
Gabriel	30	F20.0	8 let	2016	93

## 2.4 Příprava a realizace výzkumu

Během výzkumu bylo realizováno 7 polostrukturovaných interview o průměrné délce 30 minut. Termín a čas rozhovorů jsem maximálně přizpůsobila přáním respondentů. Před samotným uskutečněním rozhovoru jsem kontaktovala každého respondenta a ověřila si, zda rozhovor může proběhnout dle domluvy. Ke každému rozhovoru jsem si předem připravila seznam otázek, jejichž pořadí jsem v průběhu rozhovoru přizpůsobovala situaci. Případné rozvíjení témat souvisejících s výzkumným problémem bylo ponecháno na respondentech, řešeno pokládáním doplňujících otázek a zahrnuto do analýzy. Ze všech rozhovorů byl pořízen zvukový záznam a všechny byly podrobně přepsány. 2 rozhovory proběhly v konzultační místnosti komunitní služby mimo běžný program; 3 rozhovory se uskutečnili na vlastní žádost v domácnostech respondentů a 2 rozhovory proběhly u kávy na místě, které jsem navrhla já, na kterém jsme nebyli ničím a nikým rušeni. S respondenty, které jsem viděla poprvé, jsem před zahájením rozhovoru kromě projektu bakalářské práce, krátce představila sama sebe a po skončení rozhovoru jsme naše setkání společně reflektovali.

## 2.5 Zajištění anonymity a informovaný souhlas

V této práci jsou pozměněna všechna jména respondentů, ale i jména osob, organizací a zdravotnických zařízení, které v rozhovorech respondenti uvádějí tak, aby

nemohlo dojít k odhalení jejich totožnosti. Respondentům byl podrobně vysvětlen účel i cíl této práce a práce jim byla nabídnuta k přečtení. Všechny rozhovory byly nahrány na nahrávací zařízení s vědomým a s výslovným souhlasem s pořízením tohoto záznamu (Švaříček, Šed'ová, 2007). Respondenti byli ujištěni o tom, že při přepisování záznamů bude s nahrávkou zacházeno tak, aby ji nemohl slyšet někdo jiný. Zároveň byli všichni respondenti opakovaně ujištěni o tom, že pokud by jim, kterákoli z otázek byla nepříjemná, nemusí na ni odpovídat. Jeden respondent si vyžádal nahrávku svého rozhovoru, ta mu byla osobně předána.

## **2.6 Interpretace dat a diskuze**

### **2.6.1 Jaké jsou individuální strategie zvládání schizofrenie?**

Celkově se dá konstatovat, že respondenti používají širokou paletu strategií, které jim pomáhají v každodenním životě. Celkem bylo identifikováno 40 různých strategií, které jsem pro větší přehlednost rozdělila na aktivní (33) a pasivní (7) formu. Častěji využívají aktivních forem

Přepisy všech rozhovorů jsem po fázi otevřeného kódování seřadila podle celkového počtu získaných bodů v dotazníku RAS-22 od nejnižšího po nejvyšší skóre. Ke každému rozhovoru jsem si vytvořila základní přehled kódů a z nich sestavila schéma, dle oblastí, ke kterým se jednotlivé kódy vztahovaly. Následně jsem sestavila seznam všech kódů ze všech rozhovorů, vztahujících se ke strategiím zvládání a k tématu zotavení, ke kterým jsem přiřazovala jednotlivé evidence z každého rozhovoru zvlášť.

Dá se říci, že vzniklý seznam kódů, kterými byly označeny jednotlivé strategie, do jisté míry korespondoval s počtem dosažených bodů RAS-22. Respondenti, kteří získali nižší počet bodů, měli k dispozici spíše méně aktivní strategie zvládání, na otázky odpovídali spíše stručněji, nabízená témata rozvíjeli málo, nebo vůbec. Rozdíly v odpovědích, v dosaženém počtu bodů a ve volbě strategií mohou souviset s mírou, do jaké respondentům nemoc zasahuje do života v podobě přetrvávajících pozitivních symptomů. Anna a Ctirad se v každodenním životě potýkají s hlasy, Bořivoj má přetrvávající bludné obavy. Tito tři respondenti měli v dotazníku RAS nižší celkový skóre (71, 84, 84 bodů). Jejich onemocnění je však kompenzované a dlouhodobě jim umožňuje žít samostatným životem s částečnou podporou komunitní služby, jíž aktivně

využívají. Přesto jsou symptomy natolik výrazné, že volba aktivní strategie spíše směřuje **primárně k potlačení jejich vlivu** např.: compliance, management hlasů: (pravidelné užívání léků, rozptýlení pozornosti, poslech hudby, poslech zpívání ptáků apod.) a **k udržení denního režimu** (návštěva komunitní služby, procházka, sebekázeň). Mezi pasivní strategie řadím např.: spánek, odpočinek, odkládání aktivit (Tab. č.6).

Tab. č.6: Zvládací strategie I

<b>RAS-22 HS: 71–84</b>	
Aktivní strategie	Pasivní strategie
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Užívání léků/compliance</li> <li>• Vztahy (konzumace)</li> <li>• Využívání podpory komunitních služeb</li> <li>• Management hlasů/ Rozptýlení se</li> <li>• Koničky (Rádio, četba, třídění papírů, hudba, koncerty, zahrádka, zvíře)</li> <li>• Sebekázeň</li> <li>• Denní režim</li> <li>• Procházky</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spánek/odpočinek</li> <li>• Zvyknout si</li> <li>• Odkládání aktivit (až bude líp)</li> <li>• Rezignace</li> <li>• Smíření – přijetí nemoci</li> </ul>

Dorota, Eva, Filip a Gabriel (89, 91, 93, 93), se ve svých odpovědích věnovali více problematice **zvládnání případných akutních stavů** (atak), které považují za dočasné, používali spíše aktivní strategie zvládnání (práce, plánování aktivit, vyhledávání vztahů, psychoterapie, převzetí zodpovědnosti). V rozhovorech věnovali více prostoru rozvíjení příběhů, které souviseli **se zdravím, možnostmi změny** a prezentovali svoji schopnost učit se ze zkušenosti, důvěru ve vlastní schopnosti a ochotu své zkušenosti sdílet. Dorota a Gabriel prošli v minulosti výcvikem peer pracovníků a oba během rozhovoru vyjádřili svoji ochotu **být sami oporou** pro člověka, který právě onemocněl. Celkově je jejich rejstřík zvládacích strategií podstatně bohatší (Tab.č.7.).

Tab. č.7. Zvládací strategie II

<b>RAS-22 HS: 85–93</b>	
Aktivní strategie	Pasivní strategie
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Užívání léků/kompliance</li> <li>• Vztahy (aktivní vyhledávání)</li> <li>• Využívání podpory komunitní služby</li> <li>• Koníčky (hra na hudební nástroj, zahrádka)</li> <li>• Pochyby o diagnóze</li> <li>• Nevzdat se</li> <li>• Sebediagnostika</li> <li>• Konkrétní, přiměřené cíle</li> <li>• Zveřejnění vlastního příběhu</li> <li>• Zvyšování nároků na sebe</li> <li>• Ochota vzdát se nemoci</li> <li>• Práce</li> <li>• Hledání smyslu</li> <li>• Psychoterapie</li> <li>• Převzetí odpovědnosti</li> <li>• Smíření – boj s nemocí</li> <li>• Ochota vidět pozitiva v nemoci</li> <li>• Srovnávání se zdravými lidmi</li> <li>• Zdraví jako téma</li> <li>• Být tam kde je člověk rád</li> <li>• Plánování</li> <li>• Překonávání se/ strachu/ úzkosti</li> <li>• Seberozvoj</li> <li>• Nejsm jenom blázen</li> <li>• Poznání nemoci/ spouštěče</li> <li>• Poučení se ze zkušenosti</li> <li>• Peerství</li> <li>• Víra</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spánek/odpočinek</li> <li>• Zvyknout si</li> <li>• Mít „správnou diagnózu“</li> <li>• Trpělivost</li> </ul>

## 2.6.2 Jak o Zotavení uvažuje osoba s diagnózou schizofrenie?

Jak bylo uvedeno, o problematice zotavení v době rozhovoru většina respondentů (kromě dvou) neměla žádné informace. Respondentům, kteří o zotavení neslyšeli, jsem se pokusila srozumitelně přiblížit základní myšlenku (naučit se nemoc zvládat tak, aby co nejméně zasahovala do života) a pokládala jsem další doplňující otázky, které k tématu zotavení směřovali. Anna, Bořivoj a Ctírad byli ve svých popisech stručnější, méně hovořili o plánech do budoucna. Anna věří svému hlasu, který je na ni hodný a vypráví jí o druhém světě, na který se těší (přijde, až zemře přirozenou cestou). Bořivoj i Ctírad deklarovali, že jsou se svým životem spokojeni. V souvislosti s tímto tématem se objevovala **potřeba respondentů rozlišovat nemoc od zdraví**, což ne všichni dokázali:

*Tazatel: co myslíte, jak by to zotavení vypadalo?*

*Anna: no, byl by na tom líp jako no*

*Anna: no, před tím, když sem byla zdravá, to jsem na takový věci nemyslela žejo, dcera byla malá no a, no nevím no, nedívám se ten svět jako normální člověk, zdravěj člověk. Jakož dívám se na něho trošku jinak jo. No pro mě to není tady tak důležitý...*

*Tazatel: a už jsi někdy vo tom slyšel, že se dá ze schizofrenie zotavit?*

*Bořivoj: no to sem neslyšel, já teda se snažim prostě něco dělat no.*

*Bořivoj: já totiž nevím, co to je jo, pořádně, ta schizofrenie*

*Tazatel: (překvapeně) nevíš pořádně ani co to je?*

*Bořivoj: no*

*Tazatel: aha, a tak a myslíš si vo tom něco?*

*Bořivoj: myslim si, že je to, třeba když si člověk povídá pro sebe, nebo tak, místo, aby jen přemýšlel a tak no. Jinak nevím no*

*Bořivoj: no já tomu teda, když se podívám nazpátek teda jo, tak, když jsem vo samotě, tak ji (schizofrenii) asi mám ale když jsem mezi lidma tak ne.*

*Tazatel: ..že vlastně se počítá s tím, že se ta nemoc jako úplně nevyčítí, ale nemá tak velkej význam v životě člověka, že v podstatě může žít úplně plnohodnotnej život, tak to si myslíte, že je možný?*

*Ctírad: hm, asi jo*

*Tazatel: a vy to tak máte?*

*Ctírad: myslim, že jo*

Oproti tomu Dorota s pojmem zotavení spojuje svůj proaktivní přístup ke zvládnání nemoci již v době jejího propuknutí. Ohlédnutím do minulosti až k úplnému počátku onemocnění představuje s nadhledem své tehdejší uvažování, kdy se rozhodla „**nezůstat nemocná**“ a s nemocí bojovat:

**Dorota:** *nó, (smích), no jako takhle, já jsem tomu jako třeba neřikala zotavení, to je jako výraz, kterej jsem jako slyšela až pozdějc, no ale (nádech) já nevím no, tak prostě mně přišlo už v tý chvíli, kdy sem onemocněla, že prostě takhle nechci zůstat.*

Zároveň ale klade důraz na fakt, že jde o **složitý proces spojený s hledáním**, v průběhu kterého člověk postupně přichází na to, **jak nemoc „funguje“**. Je však také konfrontován s vlastním selháváním:

**Dorota:** *ale tak jako nedařilo se mi to, nebylo to vůbec jednoduchý a jako nějaký prostě vodhodlní tam určitě bylo to řešit a prostě nějak sem to teda jako hledala a ted' sem měla pocit, že se mi to spíš nedaří, takže sem potom nakonec jako byla bez peněz a musela sem si říct vo ten důchod a nechat se hospitalizovat.*

**Dorota:** *ale určitě se dá jakoby zjistit jak ta nemoc funguje natolik, aby prostě člověku neotravovala život*

Eva o zotavení nikdy neslyšela, zotavení **spojuje s vymizením hlasů**, čehož se dle jejího názoru dá dosáhnout pouze za pomoci lékaře, hovoří spíše o uzdravení. I částečné zbavení se hlasů, dle jejího názoru, umožňuje člověku žít plnohodnotný život bez omezení. Sama aktuálně hlasy nemá:

**Tazatel:** *no a už jste, slyšela ste někdy vo tom, že se dá ze schizofrenie zotavit? Slyšela jste někdy vo zotavení?*

**Eva:** *ne,ne, nikdy ne*

**Tazatel:** *napadá Vás,co by to tak mohlo bejt?*

**Eva:** *hm, že se aspoň nějak, aspoň částečně dostame člověk z těch hlasů*

**Tazatel:** *že se dostane z hlasů jo?*

**Eva:** *hm, částečně jo*

**Tazatel:** *a jak by se to dalo udělat?*

**Eva:** *hm, musí s pomocí pana doktora*

**Tazatel:** *no a pak?*

**Eva:** *hm, pak by se moh jako klidně se věnovat všemu, čemu by chtěl*

Filip o sobě uvažuje jako o zdravém člověku, kterého nemoc převážně nezatěžuje. Zpětně ukazuje, že se naučil rozpoznávat, kdy se jeho stav zhoršuje a kdy je nutné požádat o pomoc (také zjistil, „**jak nemoc funguje**“). Během rozhovoru dokládá na spoustě příkladů, jak se postupně naučil své akutní stavy (ataky) poznat, jaké komplikace při překonávání musel absolvovat a jak je důležité mít mezi blízkými někoho, kdo ho v případě nutnosti podpoří v rozhodnutí vyhledat pomoc:

*Filip: já si třeba připadám, někdy no, úplně zdravěj*

*Filip: důležitý je, musí mít nějakýho člověka, kterej, kterýmu důvěřuje a kterej by ho prostě k tý pomoci doved, jako to znamená, že by ho doprovodil. To se mi stalo, v prvním případě to dopadlo hodně špatně, v druhym a ve třetím případě mi pomohlo okolí, v druhym to byla máma a ve třetím to byl kamarád z tý nemocnice, von mě tam doved a já jsem ho furt podezříval, že mě vede do spalovny...*

*Tazatel: tyjo, a jak ste to zvlád s nim teda dojít až na konec?*

*Filip: já už jsem měl zkušenost, tak jsem si dával takovou šanci, že to dopadne dobře.*

*Filip: mě se to stalo ještě po čtvrtý, ale to sem to vybral sám, protože já jsem šel k doktorce pro léky, вона ta doktorka dala výpověď a já sem, voni mi řekli, ať si najdu novýho lékaře, no a jak sem si měl hledat novýho lékaře? Jednou sem to někde zkusil, tam mi řekli, že maj obsazeno, takže sem zase začal bloudit ulicema a nemoh se vrátit domů, takže sem pak došel na tu polikliniku tady a to sem, z posledních sil jako... no, prostě sem se snažil s tou paní nějak promluvit, вона mně dala ty léky...*

### 2.6.3 Jsou komunitní služby zdrojem informací o zotavení?

Během rozhovorů pouze 2 lidé uvedli skutečnost, že pojem zotavení znají. Pouze Gabriel popsal, že byl s konceptem zotavení seznámen na přednášce, kterou pořádala služba komunitní péče. V nedávné době absolvoval kurz pro peer pracovníky, tuto skutečnost reflektuje s nadhledem:

*Tazatel: takže vy víte, co je zotavení?*

*Gabriel: (smích) no tak do nás to tloukli ve ... (název neziskové organizace)....*

Jednu z prvních a důležitých zkušeností s možností změny však popisuje takto:

*Gabriel: no já kdybych začal vo tom zotavení, tak vlastně v (název společnosti, která je postavena na pyramidovém systému) jsem se dozvěděl, že můžu změnit svůj život, takže důležitý je, že změna je možná, že můžu změnit svůj život no, že můžu někam směřovat, s nějakym konkrétním cílem.*

*Tazatel: no a kde ste o tom slyšel poprvé, jako přímo vo zotavení?*



*Gabriel: asi v (NGO), fakt nikde jinde ne, když sem byl poprvé ve (NGO), někdy v roce 2016, možná na nějaký jako přednášce nebo tak, nebo na nějakým semináři sem vo tom slyšel.*

Všem respondentům byla také kladena otázka, zda je možné se ze schizofrenie vyléčit. Na tuto otázku většina respondentů odpovídala s pochybami. Zajímavé je, že respondenti často shodně tuto otázku vztahovali nejdříve k sobě **a následně opírali svůj názor o zkušenost druhých, byť i z doslechu.** Zde se nabízí uvažovat o tom, do jaké míry jsou zdravotně-sociální služby místem, kde dochází k prezentaci příběhů dobré praxe a k předávání informací o možnostech zvládnání nemoci a zotavení:

*Anna: (dlouhá pauza), já nevím, to každé člověk je jinej no. Každé to má, někdo to má horší, někdo slabší, ale, mně teda ty hlasy nezmizly a už mi asi asi ani nezmizej protože to. Ale znala jsem paní, která měla taky schizofrenii, byla mladá a ona měla dítě a byla tady v (město) a nutilo ji to skočit z mostu, tak ji dali do (psychiatrická nemocnice) a vona pak říkala, že měla hlasy, ale že jí pak odešly ve čtyřiceti, no že ji vodešly ty hlasy, tak já nevím. Voni můžou vodejít ty hlasy jako po čase, když se ten člověk léčí...*

*Čtírad: nevím, já vystřídal různý prášky, ale nezabíraj, tak se mi zdá, že je to neléčitelný...*

*Dorota: no to jako, já nevím no, já sem si tudletu otázku nedávno kladla jako taky, jestli se z ní dá vyléčit a jako mám pocit, takhle: dá se z ní asi žít, ale asi úplně zbavit se jí jakoby nedá.*

*Gabriel: teoreticky jsou případy, kdy člověk má úplnou remisi, ale já to rozhodně nemám jo, takže neznám osobně nikoho, kdo by se z toho vyléčil úplně.*

*Eva: já, ne, to fakt nevím (pochybovačně). Já myslím, že ne, že je to pořád v člověku, nevím, že by se někdo vyléčil ze schizofrenie.*

#### **2.6.4 Co všechno může podporovat proces zotavení se ze schizofrenie?**

Během analýzy dat jsem si všimla také faktorů, které by mohly proces zotavení podporovat. Respondenti opakovaně rozvíjeli téma **kvality psychiatrické péče.** V tomto ohledu mají všichni bohaté zkušenosti (negativní i pozitivní), ze kterých vyplývá, že vztah **lékař/pacient** je důležitým faktorem, který ovlivňuje nejen ochotu spolupracovat a užívat léky, ale významnou roli hraje také v procesu zotavování. Pro pacienty se schizofrenií je především důležité **rozvíjení důvěry,** které bezpochyby souvisí s ochotou sdílet s lékařem individuální zkušenosti s nemocí. Zde sehrávají

důležitou roli právě komunitní služby a jejich pracovníci, kteří jsou všemi respondenty hodnoceni pozitivně, jsou pro respondenty zdrojem podpory a pochopení. Dalšími častými tématy byly: problematika střídání léků a jejich vedlejších účinků a s tím související compliance.

*Anna: ale musí mít dobrýho doktora, aby mu ty léky napsal jak mu sedí. Protože já jsem deset let takhle, jako furt měnila léky a furt mi nic nepomáhalo.*

*Anna: a to, a vysazovala jsem je taky*

*Tazatel: jako protože ste je nechtěla brát jo?*

*Anna: no, protože mi nedělaly dobře, tloustla jsem, nemohla jsem pracovat, nevěřila jsem tomu...*

*Ctirad: vobčas mi je změni no, zkouší furt něco novýho*

*Ctirad: měl jsem problémy po klopazpinu, že sem začal tloustnout, přibral sem 12 kilo*

*Ctirad: já sem měl občas takový pocity zmatenosti, tak pak sem musel do nemocnice*

*Tazatel: hm a tam se děje co?*

*Ctirad: tam dostávají lidi velký dávky prášků a maj tam takovej pevnej režim zaedenej, chodí se tam na ty pracovní terapie, vždycky sem se tam srovnal trochu.*

*Dorota: a tam teda to bylo jako hodně blbý, tam to bylo takový jako hodně pasivní prostě a dělej co ti řeknem, a pak teda taky jako sem se vrátila domu a nemohla sem skoro nic no, ale docela bych jako řekla, že se mi ulevilo, že sem venku a že teda si můžu aspoň do nějaký míry dělat co chci, jo, to bylo hodně důležitý*

*Eva: mám taky výbornýho pana doktora a to.. hm, sestřička taky je tam výborná*

*Tazatel: A jak to myslíte, když říkáte, že je výborná, tak co?*

*Eva: no vyjde vstříc a poradí a tak, že má na mě čas, že to není hop šupšup a..honem pryč, žejo*

*Filip: a to neznamená, že to je záchrana, vůbec ne, tam taky pracujou lidi, který by to ani dělat neměli, v tý nemocnici, myslim ty třeba některý sestry třeba, jo, ty se tam, k tomu třeba vůbec nehoděj, nemaj vztah k těm lidem, ale s doktorama mám výborný zkušenosti, to většinou je v pohodě.*

*Gabriel: určitě je důležitěj vztah s tím psychiatrem, já myslim, že pomůže v určitých případech i ta psychoterapie. Aby se člověk dokázal zbavit těch myšlenek, který nejsou třeba pravdivý a dokázal tomu psychiatrovi, nemít z něj strach, najít si jako dobrýho psychiatra určitě.*

Téma stigmatizace se neobjevovalo příliš často. Převážná většina konfrontací se stigmatem, která se v rozvíjených příbězích objevovala, byla okamžitě respondenty zpracovávána **pomocí humoru a vyjádřením nadhledu**:

*Anna: já když jsem onemocněla, tak jsem se za to styděla a chodila jsem do práce a někdy jsem to nepoznala a nevěděla jsem, žejo a nechtěla jsem brát prášky, říkala jsem nee a too (smích)*

*Dorota: i když bych jako docela ráda někoho takovýho našla, protože si myslím že jako bejt jenom mezi lidma, který sou duševně nemocný a bavit se s nima jako vo tom, že byli v blázinci a co všechno berou tak jako v jednu chvíli je to sice jako hezký, ale prostě člověk si s tím nevystačí (smích).*

*Filip: takže, rozhodně vyhledat pomoc no ale, to je těžký jako, pro člověka, aby přišel a řek, že se zbláznil (smích)*

*Filip: nebo na vás mluvěj stromy jako (smích), takže to může bejt docela peklo, než dojdete do krámu a zpátky.*

*Filip: nevím, mně říkal, hm, když sem byl před tou komisí, tak že tohleto je jako nemoc, jako inteligentnějších lidí jako mi říkal (smích)*

*Tazatel: kdo vám to říkal. doktor?*

*Filip: (s nadhledem) to mi říkal ten posudkovej lékař, ale todleto rozhodně nikomu nelichotí, žejo. víte já se nějak nechci považovat za nějakýho (tiše) inteligentního, nějak vysoce inteligentního nebo něco takovýho, ale prostě vono, když máte, vono to je takový jako taková splašená fantazie (smích).*

Z hlediska podpůrných faktorů se v rozhovorech se u respondentů s vyšším skóre RAS-22 (>85), více objevovala témata spojená s **prožitky pocitů uznání, pochvaly, vyjádřením zájmu a obecně více pozitivních zkušeností v mezilidských vztazích**. Tyto zkušenosti dávali do souvislosti se **sebevědomím a sebedůvěrou**.

*Tazatel: A co vám pomáhá, když vám není dobře?*

*Eva: No, podporujou mě ta švagrová s tím synovcem, zeptaj se co a jak a jak se mi daří.*

*Eva: jsem ráda, že tady zvládnou ten úklid*

*Dorota: no takže to bylo taky vlastně důležitý no, taková možná touha po naplnění a vlastně jako věřit sama sobě, nedělat všechno co mi kdo řekne jo a věřit tomu co si myslím nebo co cejtím já (.) no a pak to postupně už se nějak vyvíjelo*

*Dorota: no a pak teda sem se dostala do těch (současné zaměstnání), tak to byla ta myšlenka prostě tý firmy žejo, že hendikepovaný lidi můžou normálně pracovat a to bylo jako takový docela povzbudivý*

*Dorota: třeba pro mě bylo totle strašně důležitý, protože já sem nikdy do tady týhle chvíle takovoudle roli neměla, já sem vždycky v každý skupině byla úplně postradatelná*

*Filip: mně hrozně pomohlo právě to piáno třeba, že sem hrál a že sem si říkal, když už teda třeba mám nepřátele nebo takhle, takže aspoň vo mně lidi mluvěj, že aspoň něco umim*

*Filip: to mi v tomhleto pomohlo, no takže, je to pro toho každýho člověka potřebuje, aby si sám sebe jako trošku vážil, nebo každěj má nějaký (.) vo něco se zajímá a tak mu to může pomoci v tomlectom to překonat, tak aby to rozvíjel třeba...*

Zajímavým způsobem byla respondenty zpracovávána otázka, zda jim nemoc přináší také něco pozitivního. **Ochota vidět pozitiva** nebyla u všech stejná, respondenti s vyšším skóre RAS ji projevovali výrazněji a nacházeli více příkladů:

*Dorota: no (.) jo tak hm (.) asi, to je taková otázka, kterou sem si hodně dávala jo, jestli to teda mně přináší něco dobrýho a toleto co sem zmínila, že teda člověka to nějak prostě v tomhleto srovná že si nepředstavuje jako že bude ředitelem zeměkoule tak to jako určitě mezi to patří*

*Dorota: no a myslim si že jako hodně získá zkušenosti, který by jako vůbec netušil, prostě neměl a pozná jako líp sám sebe s pozná jako asi i líp vztahy s druhějma lidma. Jeden člověk na tom peer kurzu řekl jednu takovou úžasnou věc to sem se jako hodně smála prostě: říkal no, tak když sem se vrátil z toho blázince tak sem jako už mně zůstali jenom jako ty dobrý lidi prostě jako von to ten blázinec tak jako dokonale vyčistil, prostě no tak že člověk jako pozná kdo to s ním myslí dobře a kdo jako se spíš na něho jenom přilepil no*

*Dorota: no a pak jako, pak díky tomu taky zjistí že vlastně jako je mnohem asi jako silnější než si myslel protože, nebo aspoň já teda sem to zjistila*

*Dorota: že už mě jako fakt prostě ty věci nerozhoděj a myslim si i jako že i to co třeba rodiče jakoby v některých chvílích rozhodí, tak že mě už nerozhodí*

*Eva: možná, že se člověk, jestli je to možný, já nevím, snaží bejt víc samostatnej*

*Gabriel: no tak rozhodně jsem mohl přehodnotit nějaký svý vlastní hodnoty, co je důležitý*

*Gabriel: no vlastně, třeba ta práce na sobě je důležitá*

*Gabriel: no vlastně, jakože mám hodně zkušeností, jakože zkušenosti jsou hodně cenný*

## 2.6.5 Jak důležité jsou komunitní služby v životě osob, kterým byla diagnostikována schizofrenie?

Všichni respondenti vnímají služby komunitní péče pozitivně a s jejich využíváním mají dobré zkušenosti. Respondenti, kteří nejsou seznámeni s problematikou zotavení, vnímají komunitní služby jako **zdroj podpory, pomoci, aktivit, vztahů, pochopení a přijetí**. Pro respondenty, kteří myšlenku zotavení znají, jsou komunitní služby **zároveň důležitým zdrojem informací** o potenciálních možnostech v životě. Během jednoho z rozhovorů jsme narazili také na problém dostupnosti komunitních služeb v rámci České republiky, která není všude samozřejmostí.

*Anna: jsou dobrý ty organizace, fakt, i když už bych ho nemusela mít toho sociálního pracovníka, ale mě to jako uklidňuje...: že mám na koho se obrátit a když potřebuju pomoc a tohle.*

*Bořivoj: no bez toho by to bylo špatný, protože to nevím, jestli bych si udržel tu kázeň, ten životní rytmus takovej*

*Ctírad: to jdeme na procházku jednou za 14 dní, povídáme si, co se událo, takový rozptýlení příjemný celkem*

*Eva: my budeme chodit teďka přes zimu na ty výlety jak se chodí, to já nemůžu protože to je v pátek a v pátek pracuju, ale to, ale budu chodit až přestanu pracovat, tak budu chodit s nima a to budou koncerty v těch kostelích, žejo a takovýdle věci no, výstavy, hm, na to se těším*

*Filip: takže, rozhodně musí, se musí dostat k těm lékům, potom potřebuje, aby měl kolem sebe nějaký lidi, s kterými, kterým může nějak věřit, nebo který prostě jsou schopný ho pochopit, třeba (NGO) v tomhlectom hraje docela jako velkou roli, by moh hrát,*

*Dorota: jo prostě člověk jako ví jako kde sou nějaký místa kam by mohl jít, koho se má jako na co zeptat a tohle postupně jako zjistí, a prostě nějak tydlety zkušenosti jako postupný no a pak je dobrý když teda jako narazí na nějaký lidi, prostě který třeba mají jako nějakou zkušenosti podobný se kterými se dá vo tom mluvit, s kterejma se jako dá i společně něco dělat a tak, který prostě v nějaký chvíli pomůžou*

*Gabriel: no, tak záleží odkud pochází, jako v Čechách není moc rozšířená ta komunitní péče a doporučil bych mu určitě nějaký centrum, třeba to centrum duševního zdraví, komunitní týmy a takhle jako napojit se na tydlety služby a v případě psychózy i třeba na centrum krizový intervence, bejt v kontaktu s těma profesionálama, s těma sociálníma pracovníkama.*

## 2.7 Závěr

Cílem této práce bylo prozkoumat spektrum zvládacích strategií, které respondenti považují za funkční v každodenním životě v boji se závažným duševním onemocněním, kterým je schizofrenie. Během obsahové a formální analýzy kvalitativních dat, bylo identifikováno celkem **40 různých strategií**, které jsou pro přehlednost rozděleny na aktivní a pasivní a prezentovány v tab. č.6 a č.7. Pasivní strategie (jako **spánek, odpočinek, rezignace, zvyknutí si**) více používají respondenti, u kterých navzdory léčbě a dobré spolupráci při užívání léků, přetrvává pozitivní symptomatika. Pro tyto respondenty se ukazuje jako funkční, přijmout fakt, že určité projevy nemoci přetrvávají a nejvíce používají strategií **rozptýlení pozornosti (management hlasů), udržení strukturovaného režimu dne**. Respondenti, jimž pozitivní příznaky zasahují do každodenního života méně (pouze v občasných atakách), nebo vůbec, mají paletu zvládacích strategií, které denně využívají širší, více spojenou s aktivním utvářením a **udržováním vztahů osobních i pracovních**. Podobné výsledky uvádí např. Raguram (1993). Všichni dotazovaní se pak jednohlasně shodují v tom, že nejdůležitější strategií je **spolupráce v léčbě a užívání medikace**. Všichni respondenti také spatřují velkou výhodu ve **využívání podpory nejrůznějších komunitních služeb**, které hodnotí výhradně pozitivně. V Raguramově studii (1993) nejsou strategie spojené s užíváním lékařské péče používány nejčastěji. Zvládací strategie jsou zkoumány také pomocí kvantitativních metod. Holubová et al. (2015) ve svém výzkumu prokázali efektivitu osvojování si tzv. pozitivních zvládacích strategií v souvislosti se zvyšováním kvality života.

Zajímavým zjištěním je, že navzdory aktivnímu využívání podpory komunitních služeb, které otevřeně deklarují pro-recovery orientaci, **pouze 2 respondenti uvedli, že jsou obeznámeni s problematikou zotavení**. Tento fakt je důležité zmínit zejména v souvislosti s tím, že většina respondentů měla tendenci případnou ne/léčitelnost schizofrenie posuzovat z hlediska toho, zda touto zkušeností disponuje někdo z jejich okolí. Pro respondenty, kteří se o zotavení aktivně zajímají, jsou **příběhy o možnosti změny rovněž** důležitým referenčním rámcem, kterému dávají ve svém vyprávění prostor.

Zotavení dávají respondenti do souvislosti s **vymizením nejrušivějších symptomů a s postupným získáváním zkušenosti s nemocí, pochopením toho „jak funguje“**, což jim následně umožňuje akceptovat a integrovat její projevy a nepřeceňovat jejich význam v každodenním životě.

Závěrem je tedy možné vyslovit předpoklad, že mezi uživateli komunitních služeb je stále množství osob, kteří na své onemocnění pohlížejí spíše z biomedicínské perspektivy. Zkoumání individuálních zvládacích strategií, které osoby se zkušeností se závažným duševním onemocněním používají v každodenním životě, by mohly být zajímavým indikátorem proměn, které souvisejí s proměnou (reformou) psychiatrické péče.

## 2.8 Souhrn

Bakalářská práce s názvem: *Individuální zvládací strategie a zotavení v prostředí komunitních služeb*, se věnuje problematice zvládání závažného duševního onemocnění (konkrétně schizofrenie) u uživatelů služeb psychiatrické péče. Práce reaguje na aktuální dění v oblasti psychiatrické péče, v situaci, kdy byla po mnoha letech příprav oficiálně zahájena její reforma.

Teoretická část práce se věnuje tématům reformy psychiatrické péče, konceptu zotavení a způsobům jeho měření, představuje také základní spektrum komunitních služeb, které jsou určeny pro osoby se zkušeností se závažným duševním onemocněním. Dále je v teoretické části práce věnován prostor diagnóze schizofrenie, která patří k nejzávažnějším duševním onemocněním a problematice zotavení ve vztahu k této konkrétní diagnóze.

Praktická část práce je věnována analýze 7 polostrukturovaných rozhovorů s osobami, kterým byla diagnostikována schizofrenie a kteří jsou v různé míře uživateli komunitních služeb. Respondenti byly rovněž požádáni o vyplnění sebesuzovacího dotazníku RAS-22, který je určen k posouzení míry individuálního zotavení. Rozhovory byly vedeny s cílem identifikovat individuální zvládací strategie, popsat individuální přístupy k problematice zotavení a zjistit roli komunitních služeb v případném procesu zotavení. Jde tedy o kvalitativní výzkumnou strategii, která je obohacena použitím sebesuzovacího dotazníku. Zjištěná míra zotavení (celkový dosažený počet bodů

v dotazníku RAS-22) je použita spíše jako dodatečná informace. Je dávana do souvislosti s výsledky v rámci obsahové a formální analýzy kvalitativních dat.

Výsledky naznačují, že respondenti o problematice zotavení nejsou příliš informováni. Ti z nich, kteří jsou s problematikou zotavení seznámeni, mají k dispozici širší paletu strategií zvládání a využívají zcela výhradně strategií aktivních. Volba strategie zvládání je také pravděpodobně ovlivněna povahou a množstvím přetrvávajících symptomů nemoci navzdory léčbě. Respondenti vnímají své onemocnění jako nevléčitelné a toto své přesvědčení často dokládají neznalostí příběhů, které by hovořili o úzdavě. Ti, kteří o možnostech zotavení informováni nejsou, své případné vlastní definice zotavení vztahují velmi často k eliminaci symptomů nemoci. Respondenti, kteří o zotavení vědí a usilují, jsou více zaměřeni na psychologické aspekty „fungování s nemocí“. Usilují zároveň o naplňování různých sociálních rolí navzdory onemocnění, o hlubší poznání nemoci a sebepoznání, které jsou pro ně zdrojem nových strategií zvládání.

Tato práce je aktuální v tom smyslu, že naznačuje určitou uzavřenost a rigiditu současného psychiatrického systému péče vůči možnostem, které přináší téma zotavení. Uživatelé komunitních služeb nemají stále ještě k dispozici dostatek „příběhů zotavení“, které by mohli integrovat do své zkušenosti s nemocí a tím z nich i čerpat. Nicméně je nutno podotknout, že kvalitativní perspektiva neumožňuje zobecnění těchto závěrů. Budeme-li na výsledky nahlížet optimisticky, je evidentní, že prostředí komunitních služeb a zahájená reforma psychiatrické péče jdou problematice zotavení naproti, což se určitě v následujících letech výrazněji projeví i v individuálních příbězích a re/konstrukcích vlastní každodenní zkušenosti.



## Seznam použitých zdrojů a literatury:

Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically-validated stage model. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 586–594. Získáno 23.8.2018 z <https://pdfs.semanticscholar.org/768c/3741860f247784a64087ebad0be525895a09.pdf>.

Andersen, R., Caputi, P., Oades, L. (2006). Stages of Recovery Instrument: Development of a Measure of Recovery from Serious Mental Illness. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(12). 972 - 980. doi/10.1080/j.1440-1614.2006.01921.x.

Anthony, W.,A. (1993). Recovery From Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16 (4). Získáno 5.8.2018 z [https://recoverydevon.co.uk/wp-content/uploads/2010/01/Recovery\\_from\\_Mental\\_Illness\\_Anthony\\_1993.pdf](https://recoverydevon.co.uk/wp-content/uploads/2010/01/Recovery_from_Mental_Illness_Anthony_1993.pdf).

Armstrong, N., P., Cohen A., N., Helleman, G., Reist, Ch., Young, A.,S. (2014). Validating a Brief Version of the Mental Health Recovery Measure for Individuals With Schizophrenia. *Psychiatric Services*. 65(9), 1154 - 1159. doi: 10.1176/appi.ps.201300215.

Bellack, A., S. (2006). Scientific and Consumer Models of Recovery in Schizophrenia: Concordance, Contrasts, and Implications. *Schizophrenia Bulletin*, 32 (3), 432–442. doi.org/10.1093/schbul/sbj044.

Bezdiček, O., Nikolai, T., Michalec, J., Harsa, P., Kališová, L. (2015). Komplexní posouzení kognitivních funkcí u nemocných schizofrenií – česká verze standardizovaného nástroje Matrics. *Česká a slovenská psychiatrie*, 111(2), 79-86. Získáno 10.08.2018 z <https://docplayer.cz/1530803-Komplexni-posouzeni-kognitivnich-funkci-u-nemocnych-schizofrenii-ceska-verze-standardizovaneho.html>.

Coffey, M. (2010). Personal Recovery and Mental Illness: A Guide for Mental Health Professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(8), 757-758. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2010.01567.

Corrigan, P., W., Salver, M., Ralph R., O., Songster, Y., Keck, L. (2004). Examining the Factor Structure of the Recovery Assessment Scale. *Schizophrenia Bulletin*, 30 (4), 1035-1041. Získáno 19.08.2018 z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15957202>.

Čermák, I. (2006). Narativně orientovaná analýza. In M. Blatný (ed.), *Metodologie psychologického výzkumu, Konsilience v rozmanitosti* (85-109). Praha: Academia.

Davidson, L. (2003). *Living outside mental illness. Qualitative studies of recovery in schizofrenia*. New York: New York University Press. Získáno 01.09.2018 z [https://books.google.cz/books?hl=cs&lr=&id=WucTCgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP7&dq=recovery+from+schizophrenia&ots=Apbqym10PN&sig=tZeubC\\_dhfrssN4jCYvOk5tUcvk&redir\\_esc=y#v=onepage&q=recovery%20from%20schizophrenia&f=false](https://books.google.cz/books?hl=cs&lr=&id=WucTCgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP7&dq=recovery+from+schizophrenia&ots=Apbqym10PN&sig=tZeubC_dhfrssN4jCYvOk5tUcvk&redir_esc=y#v=onepage&q=recovery%20from%20schizophrenia&f=false).

Davidson, L., Tondora, J., Ridgway, P. (2010). Life Is Not an “Outcome”: Reflections on Recovery as an Outcome and as a Process. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 13(1), 1-8. doi: 10.1080/15487760903489226.

Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19. doi.org/10.1037/h0099565.

Deegan, P. E. (1996). Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19(3), 91-97. doi: 10.1037/h0101301.

Dörner, K., Plog, U. (1999). *Bláznit je lidské. Učebnice psychiatrie a psychoterapie*. Praha: Grada Publishing.

Dušek, K., Večeřová-Procházková, A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada Publishing.

Fox, L. (2011). *Integrovaná léčba duálních poruch*. Praha: Centrum pro rozvoj duševního zdraví.

Hollander, D., Wilken, J., P. (2016). *Podpora zotavení a začlenění. Úvod do metodiky CARE*. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice.

Holubová, M., Praško, J., Hrubý, R., Kamarádová, D., Ocisková, M., Látalová, K., Grambal, A. (2015). Coping strategies and quality of life in schizophrenia: cross-sectional study. *Neuropsychiatric disease and Treatment*. 11, 3041-3048. doi: 10.2147/NDT.S96559.

Chrtková, D. (2017). *Škály na měření míry zotavení, výsledky pilotního testování*. [Power Point Prezentace]. Získáno z [http://merrps.cz/domains/merrps.cz/wp-content/uploads/2017/03/MERRPS\\_Škály-na-měření-míry-zotavení\\_DCH\\_10\\_17-1.pdf](http://merrps.cz/domains/merrps.cz/wp-content/uploads/2017/03/MERRPS_Škály-na-měření-míry-zotavení_DCH_10_17-1.pdf).

Jerell, J.M., Cousins, V.C., Roberts, K.M. (2006). Psychometric of the Recovery Process Inventory. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*. 33(4), 464-73. doi: 10.1007/s11414-006-9031-5.

Kartalova-O' Doherty, Y., Tedstone Doherty, D. (2010). Recovering from recurrent mental health problems: giving up and fighting to get better. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(1), 3-15. doi: 10.1111/j.1447-0349.2009.00636.x.

Laing, R., D. (2000). *Rozdělené self. Existenciální studie o duševním zdraví a nemoci*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.

Law, H. (2014). *Understanding recovery in psychosis* (disertační práce). Získáno 08.08.2018 z [https://www.research.manchester.ac.uk/portal/files/54552181/FULL\\_TEXT.PDF](https://www.research.manchester.ac.uk/portal/files/54552181/FULL_TEXT.PDF).

Law, H., Morisson, A.,P. (2014). Recovery in Psychosis: A Delphi Study with Exprtzd by Experience. *Schizophrenia Bulletin*, 40(6), 1347–1355. doi:10.1093/schbul/sbu047 Advance Access publication April 12, 2014.

Leamy, M., Bird, V., Boutillier, C., Williams J, Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199, 445–452. doi: 10.1192/bjp.bp.110.083733.

McWilliams, N. (2015). *Psychoanalytická diagnóza*. Praha: Portál.

Mentzos, S. (2012). *Přehled psychodynamiky. Funkce psychických poruch*. Praha: Portál.

Metodika pro Evidenci Respektující Rozvoj Psychiatrických Služeb. (12.09.2018). Získáno z <http://merrps.cz/domains/merrps.cz/materialy/>.

*Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize*. (2008). Praha: Bomton Agency.

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody psychologického výzkumu*. Praha: Grada Publishing.

Mohr, P. (2017). Co přinese nová klasifikace MKN-11? *Česká a slovenská psychiatrie*, 113(4), 147 -148. Získáno 08.09-2018 z <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1156>.

Neil, S.T., Kilbride, M., Pitt, L., Nothard, S., Welford, M., Sellwood, W., Morisson, P.,A. (2009). The questionnaire about the process of recovery (QPR): A measurement tool

developed in collaboration with service users. *Psychological, Social and Integrative Approaches*, 1(2), 145-155 doi:10.1080/17522430902913450.

Onken, S., Craig, C.,M., Ridgway, P., Cook, J.,A. (2007). An analysis of the definititons of recovery: A review on the literature. *Psychiatric Rehabilitation Jurnal*, 31 (1), 9-22. doi: 10.2975/31.1.2007.9.22.

Orel, M. a kol., (2016). *Psychopatologie. Nauka o nemocech duše*. Praha: Grada Publishing.

Paleček, Jan (2010): Opakujte po mně: duševní nemoc - říkáte to stejně?!?!? O překládání duševní nemoci. In: P. Hejzlar (ed.), *Na cestě ke komunitní psychiatrii...*(18-54), Pardubice: Theo.

Páv, M., Kališová, L., Hollý, M. (2017). Poskytování následné psychiatrické péče v lůžkových zařízeních v ČR a možnosti zlepšení realizovaní v rámci projektu SUPR. *Česká a slovenská psychiatrie*, 113(2), 51 -58. Získáno 08.09.2017 z <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=1144>.

Peřich, T. (2016). Psychiatrická a psychodynamická diagnostika. Psychoanalýza dnes. Získáno 2.9.2018 z <http://psychoanalyzadnes.cz/2016/05/30/psychiatricka-a-psychodynamicka-diagnostika/>.

Pfeiffer, J.(2010). Reflexe. In P. Hejzlar, *Na cestě ke komunitní psychiatrii...Sborník k 15 letům občanského sdružení Péče o duševní zdraví*, (7-15). Pardubice: Theo.

Pěč, O., Probstová, V. (2009). *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton.

Paulovičová, A. (2007). *Kvalitativna analýza životného príbehu a kvality súčasného života u ľudí s diagnózou schizofrénie* (diplomová práce). Získáno 15.07.2018 z <http://diplomovka.sme.sk/zdroj/3189.pdf>.

Protopopová, D. (2018). Aktuální stav reformy psychiatrické péče. ZN PLUS 9/ 2018  
Získáno 17.7.2018 z [http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2018/03/ZNPL\\_09\\_magazinA\\_N6.pdf](http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2018/03/ZNPL_09_magazinA_N6.pdf).

Ragins, M. (2002). Road to recovery. Získáno 14.09.2018  
z <https://cpr.bu.edu/app/uploads/2013/05/Road-to-Recovery.pdf>.

Raguram, R. (1993). An Exploratory Study of Coping Styles in Schizophrenic Patients. *Indian Journal of Psychiatry*, 35 (1), 22–26. Získáno 12.08.2018  
z [https://www.researchgate.net/publication/51508691\\_An\\_exploratory\\_study\\_of\\_coping\\_styles\\_in\\_schizophrenic\\_patients](https://www.researchgate.net/publication/51508691_An_exploratory_study_of_coping_styles_in_schizophrenic_patients).

Salzer, M.,S., Brusilovskiy, B.A. (2014). Advancing Recovery Science: Reliability and Validity Properties of the Recovery Assessment Scale. *Psychiatric Services*. 65(4), 442-453. doi: 10.1176/appi.ps.201300089.

Slade, M. (2010). Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Services Research*, 10(26). doi:10.1186/1472-6963-10-26.

Švaříček, R., K. Šed'ová. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál.

Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.

Weeks G, Slade M, Hayward M. (2011). A UK validation of the Stages of Recovery Instrument. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(5), 446–454. doi: 10.1177/0020764010365414.

Wilken, J., P. (2007). Understanding Recovery from Psychosis: A growing body of knowledge. *Journal of the Norwegian Psychological Association*, 4, 2-9. Získáno 08.08.2018 z [https://www.researchgate.net/profile/Jean\\_Wilken/publication/254831695\\_Understanding\\_Recovery\\_from\\_Psychosis\\_A\\_Growing\\_Body\\_of\\_Knowledge/links/54db3c380cf2ba88a68f7fa0.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Jean_Wilken/publication/254831695_Understanding_Recovery_from_Psychosis_A_Growing_Body_of_Knowledge/links/54db3c380cf2ba88a68f7fa0.pdf).

Williams, S.,J. (2000). Chronic illness as biographical disruption or bigrafical disruptin as chronic illness. Reflections on a core concept. *Sociology of health and Illness*, 20(1), 40- 67. Získáno 10.09.2018 z <https://pdfs.semanticscholar.org/b532/fdaf3ca0c6d662a895d2e5799a8fc089bcf6.pdf>.

## **Přílohy bakalářské diplomové práce**

Příloha č. 1: Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce

### **ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE**

**Název práce:** Individuální zvládací strategie a zotavení v prostředí komunitních služeb

**Autor práce:** Mgr. Lucie Vojtková

**Vedoucí práce:** prof. PhDr. Panajotis Cakirpaloglu, DrSc.

**Počet stran a znaků:** 55 stran, 86 308

**Počet příloh:** 1

**Počet titulů použité literatury:** 49

#### **Abstrakt:**

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku péče o duševní zdraví v kontextu psychiatrické reformy. Představuje koncept Zotavení, jehož principy jsou považovány za základ poskytování kvalitní péče. Teoretická část práce poskytuje informace o průběhu reformy a ukazuje rozmanitost pohledů na zotavení se ze závažného duševní onemocnění, konkrétně schizofrenie. Seznamuje se službami, které tento proces podporují. Praktická část pak nabízí analýzu 7 polostrukturovaných rozhovorů, které byly vedeny s cílem identifikovat individuální zvládací strategie schizofrenie, popsat individuální přístupy k zotavení a zjistit roli komunitních služeb v tomto procesu. Respondenti současně vyplnili dotazník Recovery Assessment Scale (RAS – 22), která míru zotavení měří. Jde tedy o kvalitativní výzkumnou strategii, která je obohacena použitím sebeposuzovacího dotazníku. Bylo identifikováno 40 různých strategií zvládání schizofrenie. Výsledky naznačují, že uživatelé komunitních služeb stále ještě nemají k dispozici dostatek „příběhů zotavení“, které by mohli integrovat do své zkušenosti a tím z nich čerpat. Přínosem této práce je zvyšování povědomí o problematice zotavení.

**Klíčová slova:** zvládací strategie, schizofrenie, zotavení, péče o duševní zdraví, komunitní péče, reforma psychiatrické péče.



# ABSTRACT OF THESIS

**Title:** Individual Coping Strategies and Recovery within Community Care Services

**Author:** Mgr. Lucie Vojtková

**Supervisor:** prof. PhDr. Panajotis Cakirpaloglu, DrSc.

**Number of pages and characters:** 55 stran, 86 308

**Number of appendices:** 1

**Number of references:** 49

## **Abstract:**

The bachelor thesis is focused on the mental health care system in the context of psychiatric reform. It represents the concept of Recovery, the principles of which are considered the basis of providing quality care. The theoretical part of the thesis provides information on the progress of the reform and shows the diversity of views on recovery from serious mental illness, specifically schizophrenia. It also describes community care services that support recovery. The practical part contains an analysis of 7 semi-structured interviews that were conducted to identify individual coping strategies of schizophrenia, to describe individual attitudes to recovery and to identify the role of community services in this process. Respondents simultaneously completed the Recovery Assessment Scale (RAS - 22), which measures recovery process. It is a qualitative approach which is enriched by the use of a self-assessment questionnaire. 40 different schizophrenia coping strategies have been identified. The results indicate that community care users still do not have enough "recovery stories" to integrate into their experience and draw on them. The benefit of this work is to raise awareness about recovery concept.

**Key words:** coping strategies, schizophrenia, recovery, mental health care, community care, reform of mental health care.