

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

DENNÍ SNĚNÍ U JEDINCŮ SE SCHIZOFRENIÍ

DAYDREAMING IN INDIVIDUALS WITH
SCHIZOPHRENIA



Bakalářská diplomová práce

Autor: Mgr. Ondřej Váňa

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

Olomouc

2020

Rád bych poděkoval PhDr. Mgr. Romanovi Procházkovi, Ph.D. za odborné vedení mé práce, za vstřícnost a pohotovost s jakou reagoval na mé podněty, za užitečné připomínky a inspirativní rozhovor vedoucí k ustavení tématu. Dále děkuji vedoucí sociální rehabilitace Mgr. Ladislavě Cyroňové za pomoc při realizaci sběru dat. V neposlední řadě bych chtěl poděkovat mé manželce Ing. Tereze Váňové za pomoc a podporu nejen při tvorbě této práce, ale i v průběhu celého dosavadního studia.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Denní snění u jedinců se schizofrenií“ vypracoval samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedl jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 31. 3. 2020

Podpis

OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
OBSAH		3
ÚVOD		5
TEORETICKÁ ČÁST		6
1 Schizofrenie		7
1.1. Epidemiologie, etiopatogeneze		8
1.1.1 Epidemiologie		9
1.1.2 Etiopatogeneze		9
1.2. Patofyziologie a neurobiologické změny		14
1.3. Symptomatologie		17
1.4. Formy schizofrenie		20
1.5. Diagnostika		21
1.6. Terapie		24
1.7. Průběh a prognóza		28
2 Denní snění		31
2.1. Denní snění mezi obdobnými procesy		32
2.2. Charakteristiky denního snění		33
2.3. Inventáře imaginativních procesů		36
2.4. Pozitivní a negativní důsledky denního snění		36
2.5. Denní snění v psychoterapeutickém pojetí		39
2.5.1 Psychodynamická psychologie		40
2.5.2 Daseinanalýza a gestalt terapie		42
3 Denní snění u schizofrenie		44
VÝZKUMNÁ ČÁST		49
4 Výzkumný problém		50
4.1. Výzkumné cíle a otázky		51
5 Metodologický rámec a použité metody		52
5.1. Typ výzkumu		52
5.2. Metoda získávání dat		53
5.3. Metoda zpracování a analýzy dat		55
5.4. Etické hledisko a ochrana soukromí		57
5.5. Výzkumný soubor		58
6 Výsledky výzkumu		60
6.1. Perspektiva jednotlivých případů		60
6.2. Analýza a interpretace dat		76
6.2.1 Obsahy denních snů		77

6.2.2	Charakteristiky denního snění	83
6.2.3	Dopady denního snění	89
6.3.	Odpovědi na výzkumné otázky.....	92
7	Diskuze.....	96
8	Závěry	102
	Souhrn	104
	Seznam použité literatury	109
	Seznam tabulek	
	Seznam obrázků	
	Seznam příloh	

ÚVOD

Hned v úvodu si dovolím malé přiznání. Rozhodnutí o tématu závěrečné práce se netvořilo snadno, protože psychologie je obor schopný vynořovat se odkudkoliv a stejně dobře na něj sedí to, že nemá hranic. Jak by také mohlo mít hranice něco, co se pokouší vysvětlit člověka? To ovšem znamená i nevyčerpatelné množství cest, kterými se v rámci závěrečné práce může každý z nás vydat, tak jak tomu bývá často i v životě. Tím spíše mě potěšil rozhovor s doktorem Procházkou, který mě inspiroval a pomohl nalézt směr šetření.

Schizofrenie ve spojení s denním sněním je oblast málo probádaná jak u nás, tak v zahraničí. V rámci tuzemska je vlastně téměř nedotčená, avšak s určitým potenciálem, který stojí za explorační. Duševní choroby ve mně vzbuzují nespočet otázek. Fascinuje mě biologický aspekt fatálně chybujiícího organismu i jeho nevyhnutelný přesah do běžného života a samozřejmě zase naopak, od běžného života až k samotnému základu onemocnění, protože tam někde to možná všechno vězí. Anebo je to úplně jinak? Člověk si u schizofrenie nemůže být jistý vůbec ničím. Na některé otázky hledáme odpovědi těžce, k zodpovězení řady dalších se ani nepřibližujeme. Schizofrenie je možná jedním z nejtemnějších míst, které se mohou v lidském mozku objevit. Samozřejmě, že nikoliv jediným, ale v rámci své stále nedostatečné probádanosti a dopadu na člověka nepřiměřeně velkým. Stále toho nevíme dost, abychom mohli lidem, kteří tímto duševním onemocněním trpí, pomáhat ještě účinněji.

Propuknutí schizofrenie je spjato s jistou zranitelností vůči vnějším vlivům, jako jsou mimo jiné obtížné životní situace, na stejném podkladu pak dochází k relapsu onemocnění. Denní snění může být zdrojem energie, pomáhat při snižování tenze a tedy nástrojem, který by mohl pomoci při zvládnání náročných životních situací a běžných denních stresorů. Může být ovšem také zdrojem strachů, výčitek, a dokonce může stát v pozadí geneze bludů. Existuje mezi schizofrenií a denním sněním nějaký vztah? Jaký tento vztah je? Jak vypadá denní snění u lidí s onemocněním schizofrenie? Cílem této práce je nalézt odpovědi na tyto otázky a popsat denní snění u lidí se schizofrenií. Následná zjištění mohou ukázat další cestu budoucího bádání.

TEORETICKÁ ČÁST

1 SCHIZOFRENIE

Schizofrenie je závažné psychotické onemocnění, které zásadním způsobem ovlivňuje život nemocného člověka. Podobné popisy schizofrenie můžeme nalézt snad v každém odborném textu, který se schizofrenií zabývá a prakticky ani není možné tuto nemoc uvést textem výstižnějším. Psychotická onemocnění jsou typická bludy, halucinacemi a obecně poruchami vnímání reality (Hosák, Hrdlička, & Libiger, 2015). Podle Kučerové (2013) je porušena také integrita osobnosti – jednotlivé složky osobnosti nepracují tak, jak by měly, což vede k chaosu a ztrátě logiky. Pro nemocného jeho konání a myšlení určitý smysl má, pro jeho okolí je však nesrozumitelné a nepochopitelné. Schizofrenie je rozměrnou výsečí na ploše psychických poruch¹, které se mohou prezentovat psychotickými stavy (Kučerová, 2013). Podle Pavlovského (2013) není v současnosti psychotický stav tak striktně oddělen od jiných psychických poruch, i přesto je stále běžně užíván a chápán jako přílehlavý pro stavy s expozicí halucinací, bludů a poruch chování.

Většina autorů se shoduje v tom, že se jedná o onemocnění vůbec nejobtížnější. „Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, které významně narušuje schopnost nemocného vnímat správně podněty z okolí, myslet, jednat a chovat se přiměřeně v běžném životě“ (Raboch & Pavlovský, 2012, 244). Orel (2016) o schizofrenii mluví jako o mnohotvárném duševním onemocnění, které má vliv na prožívání, vnímání a zpracování skutečnosti. O mnohotvárnosti mluví také Kučerová (2013), která ji spojuje s jedinečností osobnosti nemocného a téměř nekonečnou variabilitou kombinací symptomů.

Podle Sadocka, Sadocka, & Ruize (2016) zahrnuje schizofrenie skupinu poruch s heterogenní etiologií. Klinické projevy, léčebná odpověď a průběh onemocnění se u nemocných liší. Symptomy jsou proměnlivé a zahrnují změny ve vnímání, emocích, kognici, myšlení a chování. Schizofrenie je duševní onemocnění spojené s poruchami téměř všech psychických funkcí, z nichž nejzásadnější jsou poruchy myšlení a vnímání, emoční oploštělost či neadekvátnost a narušené chování a jednání (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2015). Podle Vágnerové (2012) patří mezi hlavní rysy narušené myšlení a vnímání, poruchy emotivity a osobnostní integrity. Schizofrenie tak zásadním způsobem ovlivňuje emoční, osobnostní, intelektový i sociální život nemocného (Malá & Pavlovský, 2010).

¹ Prevalence psychózy dosahuje hodnoty 3 % (Perälä et al., 2007).

Vliv na celkovou kvalitu života s dopadem na sociální okolí nemocného, jako je rodina, ale i společnost popisuje např. také Barlow, Mueser, & Marcello Duva (2014).

Samotný termín schizofrenie nachází svůj původ v řečtině a vznikl spojením slov „schizo“, tedy štěpit a „phren“, které znamená mysl a rozum (Raboch & Pavlovský, 2012). Vágnerová (2014) upozorňuje, že toto duševní onemocnění existuje odedávna, protože zmínky o příznacích, které by schizofrenii naznačovaly, lze najít ve 3400 let starém textu Ajurvedy. Není to zmínka ojedinělá, např. raní řeční lékaři popisovali klamné představy o vznešenosti, paranoi a zhoršení kognitivních funkcí a osobnosti (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2016).

Současná klasifikace vychází z práce psychiatrů Emila Kraepelina, Eugena Bleulera a Kurta Schneidera (Motlová & Koukolík, 2004). Emile Kraepelin označil v roce 1896 soubor symptomů jako „dementia praecox“, tedy předčasná demence. Eugene Bleuler v roce 1911 uvažuje o štěpení různých psychických funkcí, jako o nejvýznamnějším průvodním znaku a přejmenovává skupinu onemocnění na „schizofrenii“. Bleuler (1911 in Moskowitz & Heim, 2011) k tomu sám uvedl: „*Nazývám dementia praecox 'schizofrenie', protože štěpení různých psychických funkcí je jednou z nejdůležitějších charakteristik*“. Podle Motlové a Koukolíka (2004) se Bleuler domníval, že pozorované příznaky odpovídají více různým poruchám patřícím do jedné větší skupiny onemocnění. Příznaky rozdělil a seřadil podle důležitosti pro stanovení diagnózy na základní a vedlejší (Green & Harvey, 2014). Nordgaard, Arnfred, & Handest (2008) přisuzují další posun k jednoznačnějšímu definování schizofrenie Kurtu Schneiderovi. Ten rozdělil konkrétní příznaky do dvou kategorií s diagnostickým těžištěm u „příznaků prvního řádu“. V současnosti se pro potřeby mezinárodní komunikace a klinické praxe používají systémy klasifikací MKN-10 (anglicky ICD-10) a DSM-IV, které popisují jednotlivé příznaky, včetně jejich intenzity a trvání (Motlová & Koukolík, 2004).

1.1. Epidemiologie, etiopatogeneze

Epidemiologie schizofrenie naráží na úskalí identifikace onemocnění. Nesoulad metodologie studií samozřejmě přináší různé výsledky a můžeme se tak setkat s celou řadou šetření uvádějících různé hodnoty prevalence a dalších epidemiologických ukazatelů. Etiologie a patogeneze je značně různorodá a podle Barlowa, Muesera, & Marcello Duva (2014) zůstává do značné míry neznámá. „*V současné době je jasné, že schizofrenie není jediné onemocnění, ale že se pod tímto pojmem skrývá skupina onemocnění s podobným, ale při bližším pohledu přece jen odlišným klinickým průběhem, různými genetickými*

charakteristikami, odlišnými nálezy strukturálních změn v CNS, odlišnou reaktivitou na léčbu a různou prognózou průběhu onemocnění.“ (Raboch & Pavlovský, 2012, 245)

1.1.1 Epidemiologie

Schizofrenie se vyskytuje ve všech populacích na světě, a to bez ohledu na geografickou oblast (Motlová & Koukolík, 2004), rasovou příslušnost, pohlaví nebo sociokulturní prostředí (Raboch & Pavlovský, 2012). Uváděná celoživotní prevalence se pohybuje v rozmezí 0,7-1,4 % (Ambroz et al, 2017; Hosák, Hrdlička, & Libiger, 2015; Probstová & Pěč, 2014). Řada autorů však udává hodnotu 1 % (Laursen, Nordentoft, & Bo Mortensen, 2014; Svoboda, Češková, & Kučerová, 2015; Barlow, Mueser, & Marcello Duva, 2014). Neobvykle vysoká prevalence byla zjištěna například v některých oblastech Švédska, Finska či Chorvatska (Motlová & Koukolík, 2004), podobné případy však sledujeme globálně.

Obecně jsou tyto odchylky spojeny s vyšší mírou psychosociálního tlaku, zapříčiněnou obvykle stresem, migrací a městským prostředím (Hosák, Hrdlička, & Libiger, 2015). Odlišné prevalence v rámci různých výzkumů mohou být způsobeny i nevhodným nastavením diagnostických kritérií (Motlová & Koukolík, 2004). Obecně je prevalence schizofrenie považována za rovnoměrně rozloženou bez významnějších geografických abnormalit (Hosák, Hrdlička, & Libiger, 2015). Schizofrenie je diagnostikována zhruba ve 25 % psychiatrických hospitalizací, v rámci přijetí do psychiatrických nemocnic za rok tvoří schizofrenie celých 50 % případů (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2015).

Incidence je podle Svobody, Češkové, & Kučerové (2015) 2-4 případy na 10 000 osob ročně, což odpovídá údajům uváděným Motlovou & Koukolíkem (2004) 0,16-0,42 na 1 000 osob. Udávaná morbidita činí 7,2 na 1 000 osob ročně. Zvýšená mortalita osob se schizofrenií (asi 2,6 krát) oproti neklinické populaci je důsledkem vyšších počtů suicidálních případů a v pozdějším věku na základě sekundárních dysfunkcí kardiovaskulárního systému (Gejman, Sanders, & Kendler, 2011). Tyto zdravotní obtíže jsou u osob se schizofrenií běžné, ale jsou diagnostikovány pozdě a léčeny nedostatečně, dalším důvodem je celkově nezdravý životní styl nemocných spojený s nadužíváním návykových látek, nedostatkem pohybu a nevhodným stravováním (Laursen, Munk-Olsen, & Vestergaard, 2012).

1.1.2 Etiopatogeneze

Současný pohled na etiologii uvažuje o různém stupni exprese genů souvisejících se schizofrenií, které jsou modifikované faktory prostředí. Hosák, Hrdlička, & Libiger (2015)

hovoří o etiopatogenezi schizofrenie jako důsledku interakcí mezi chorobnou vlohou a vnějším stresem. Gejman, Sanders, & Kendler (2011) uvádí celou řadu patogenetických mechanismů a upozorňují na některé současné hypotézy, např. dopaminovou, genetickou, rodinnou, virovou, imunologickou, které jsou brány v úvahu. Četně přijímaná je hypotéza multifaktoriální etiologie (Ambroz et al., 2017). Tento názor zastávají také Raboch & Pavlovský (2012, 246) „*Vznik schizofrenie je v současné době popisován nejčastěji jako kombinace vzájemného působení biologických, psychologických a sociálních faktorů, které spoluvytvářejí dispozici k vlastnímu onemocnění*“.

Dispozice může být vrozená či získaná v časném vývojovém období jedince (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2015). Získaná může být jednak **dědičně** od svých biologických rodičů, ale také **funkční či morfologickou odchylkou získanou v prenatálním** (např. infekce matky) či **perinatálním období** (např. trauma CNS při komplikovaném porodu) (Raboch & Pavlovský, 2012). Další popisovanou možností vzniku dispozice je **funkční nebo morfologická odchylka získaná postnatálně a v navazujících vývojových stádiích**. Popsané varianty vzniku biologické platformy vytváří u disponovaného jedince „vulnerabilitu“ - zranitelnost (Motlová & Koukolík, 2004).

Dispozice genetická. Protože mívá schizofrenie různý průběh a různé příznaky, předpokládá se, že je její etiologie heterogenní na genetické i negenetické úrovni. Do současnosti bylo identifikováno několik problematických chromozomů s řadou konkrétních genů, jejichž poškození může být platformou schizofrenie. K poškození – mutaci transkripční funkce genů dochází jejich interakcí s prostředím (Motlová & Koukolík, 2004). Podle Koukolíka (2013) ovlivňují transkripční funkci signály z vnitřního i vnějšího prostředí. V prvním případě např. kolísající koncentrace hormonů či růstových faktorů v průběhu nitroděložního vývoje mozku (Motlová & Koukolík, 2004), v druhém případě např. sociální učení (Koukolík, 2013). „*To ve výsledku způsobuje proměny stavby a činnosti nervových buněk projevující se např. změnami elektrické činnosti, metabolické aktivity, růstem výběžků nervových buněk do délky, jejich košatěním a rychlou výstavbou nových synapsí*“ (Koukolík, 2013, 53).

Již řadu let je tak z hlediska etiologie přijímán polygenetický multifaktoriální model (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2015). Polygenní dědičnost je znak nesený ve více genech a na celkový fenotyp má velmi omezený vliv. Multifaktoriální model znamená, že je daný fenotyp navíc ovlivňován různými vlivy z vnějšího prostředí (Otová & Panczak, 2013). Vágnerová (2014) uvádí, že dispozice ke vzniku onemocnění nesou různé geny s různou

mírou účinku, a navíc ve vzájemné interakci. Exprese dispozičních genů je tudíž omezená a schizofrenie propukne jen u některých disponovaných lidí. Podle Motlové & Koukolíka (2004, 54): „*Jsou geny pro vývoj, stavbu a funkci mozku spíše svazek instrukcí než osudový hardware.*“

Jako důkaz pro toto tvrzení běžně slouží studie monozygotních dvojčat, která jsou geneticky identická. I přesto propukne schizofrenie v polovině případů „jen“ u jednoho z dvojčat (Johansson et al., 2018). Raboch & Pavlovský (2012) uvádí, že riziko onemocnění obou z monozygotních dvojčat je dokonce mezi 30-40%. Stejně vysoké riziko uvádí pro dítě, jehož rodiče jsou nemocní oba. Barlow, Mueser, & Marcello Duva (2014) udávají v takovém případě riziko 50 %, v případě jednoho rodiče se schizofrenií 10 %. Hosák, Hrdlička, & Libiger (2015) rozdělují riziko na příbuzné prvního stupně (dětí) v rozmezí 6-13 % a druhého stupně (synovci, neteře, vnuci) v rozmezí 4-6 %. Genetické ovlivnění se podle Motlové & Koukolíka (2004) studuje také u dizygotních dvojčat a u adoptivních dětí. U dizygotních dvojčat uvádí Gejman, Sanders, & Kendler (2011) riziko onemocnění obou sourozenců mezi 6-10 %. Genetický podíl se podle autorů vyjadřuje indexem heriability, ten udává jaká část fenotypu schizofrenie (celkového souboru symptomů) má genetický podklad. U schizofrenie je to mezi 60-80 % (Hosák, Hrdlička, & Libiger, 2015).

Dispozice získaná v prenatálním a perinatálním období je spojena s vlivy vnějšího prostředí (Motlová & Koukolík, 2004), kterým je embryo vystaveno zprostředkovaně matkou intrauterinně a bezprostředně kolem porodu.

Jako rizikové se jeví narození v určitém ročním období. Torrey, Miller, Rawlings, & Yolken (1997) provedli analýzu více než 250 studií, která ukazuje častější narození v průběhu zimy a jara, a to o 5-8 %. Podle Motlové & Koukolíka (2004) to může být způsobeno sezónním vlivem genů, nutricí, počasím či infekčními agens (možné působení bakterie *Borrelia burgdorferi* v období vzniku zygoty) nebo kombinací uvedeného. Demler (2011) udává jako další vliv deficit vitamínu D. Karlsson, Dal, Gardner, Torrey, & Dalman (2019) uvádějí jako vysoce rizikové narození v prosinci. Obecně nejrizikovější je narození v zimě, následuje narození na jaře (Demler, 2011).

Dalším rizikem je místo narození ve městě a porod ve městě. Podle Motlové & Koukolíka (2004) jsou lidé narození ve městě vystaveni asi dvojnásobnému riziku onemocnění. Uplatňuje se zde přímá úměra, čím vyšší je hustota osídlení, tím vyšší je riziko onemocnění. Hypotézou, která by mohla jev vysvětlovat je zvýšené množství agens v ovzduší.

Cooper et al. (2017) uvažují o vlivu znečištěného městského ovzduší. S neurotoxicitou je podle autorů spojena celá řada spotřebních výrobků a průmyslových znečišťujících látek, které mohou vést k oxidačnímu poškození mozku.

Rizikem je dále celá řada specifických komplikací během těhotenství. Meli, Öttl, Paladini, & Cataldi (2012) vyčlenili na základě analýzy studií konkrétně krvácení, nutrici (nedostatečná výživa plodu), preeklampsii, diabetes, infekce (hlavně chřipka, zarděnky, retroviry, herpes viry), vyšší věk otců a inkompatibilitu Rh-faktoru a s ní související kaskádu autoimunitních reakcí.

Další oblastí zdroje rizika jsou komplikace během porodu: hypoxie, děložní atonie, císařský řez. A také fetální abnormality: nízká porodní hmotnost, malý obvod hlavy a vrozené vady (Meli, Öttl, Paladini, & Cataldi, 2012).

Motlová & Koukolík (2004) uvádí mezi riziky i časný psychosociální stres. Jako závažné stresory udávají válečné strádání, přírodní katastrofy, ovdovění během těhotenství či nechtěné těhotenství. Původcem potíží je tělesná reakce na stres. Ta je spojena se sekrecí glukokortikoidů. Hyperkortizolémie během kritického období vývoje fetálního mozku ovlivňuje budoucí stresové reakce v dospělosti a nadprodukce glukokortikoidů reprogramuje dopaminergní mechanismy v mozku (Motlová & Koukolík, 2004).

Přítomnost a případnou prevalenci popsaných rizikových faktorů ověřoval Ambroz et al. (2017) na české populaci schizofreniků (N=815; N nemocní = 407; N kontrolní = 408).

Tab. 1: Srovnání vybraných rizikových faktorů u nemocných a v kontrolní skupině. (Ambroz et al., 2017)

Rizikový faktor	Schizofrenie	Kontrolní skupina	Statistická významnost
Průměrný věk matky při porodu	26,0	24,7	p < 0,001
	SD 5,4, min. 17, max. 44	SD 5,1, min. 16, max. 44	
Průměrný věk otce při porodu	29,4	28,2	p < 0,001
	SD 6,5, min. 17, max. 56	SD 6,3, min. 18, max. 60	
3 a více dětí v rodině	20,7 %	13 %	p < 0,003
Komplikace během těhotenství	27,8 %	5,8 %	p < 0,001
Porod císařským řezem	15,2 %	7,2 %	p < 0,008
Komplikace během porodu	15,7 %	7,5 %	p < 0,001
Výskyt schizofrenie v rodině	21,2 %	2,5 %	p < 0,001

Dispozice získaná postnatálně je opět spojena s vlivy vnějšího prostředí. Platformu pro schizofrenii by mohl vytvářet psychosociální stres v dětství. Hypotéza vychází ze srovnávacích studií dětí matek se schizofrenií a bez ní, které byly poskytnuty k adopci.

Děti, jejichž biologické matky byly nemocné, měly větší výskyt duševních nemocí v porovnání s těmi bez patologické rodinné anamnézy (Motlová & Koukolík, 2004).

Migrace, etnicita a sociální původ jsou dalšími z uvažovaných zdrojů biologické dispozice (Barlow, Mueser, & Marcello Duva, 2014). Vysoká incidence schizofrenie je prokazována u migrující populace napříč celým světem již desítky let. Souvislost je hledána u sociálních faktorů, konkrétně v procesu akulturace na jiný způsob života, ale roli by mohla hrát také etnicita. Motlová & Koukolík (2004) uvádí, že významně vyšší incidence je pozorována u imigrantů, kteří jsou ve společnosti znevýhodněni oproti domorodcům a ocitají se v nepříznivé sociální situaci. Sociální původ a rodinné zázemí je také možným vysvětlením etiologie schizofrenie. Příčinou by mohla být i vysoká početnost sourozenců a nízká sociální úroveň a chudoba (Motlová & Koukolík, 2004).

Spouštěcí mechanismy. Biologická dispozice vede k patologickému neurovývoji, pro rozvoj onemocnění je však nutný ještě určitý spouštěcí mechanismus (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2015). Přístup k teorii biologické platformy interagující s vlivem prostředí je známý jako teorie zátěže a dispozice (Raboch & Pavlovský, 2012), anglicky *stress – vulnerability model* (Barlow, Mueser, & Marcello Duva, 2014). Podle Petra & Markové (2014) mohou být spouštěčem různé vlivy prostředí, jako toxikomanie a tělesné (onemocnění) nebo psychosociální stresory (ztráta blízké osoby, neúspěch, změna prostředí). Svoboda, Češková, & Kučerová (2015) uvádí jako další spouštěč období puberty, spojené s dramatickými změnami, kterými prochází celý organismus.

Uvedená toxikomanie je samostatnou kapitolou uváděnou jako významné riziko rozvoje schizofrenie. V rámci klinické studie Janoutové, Hálové a Janouta (2017) provedené na souboru čtyř set osob se schizofrenií (kontrolní skupina N= 400) byla zjištěna u 31,6 % osob se schizofrenií, u kontrolní skupiny to byly 4 % (rozdíl $p < 0,001$). Nejčastěji užívanou nelegální drogou byla v obou skupinách marihuana, následovaná pervitinem. Užívání jiných návykových látek bylo vyhodnoceno jako jeden z nejvýznamnějších rizikových faktorů (Janoutová, Hálová, & Janout, 2017). Podle Zwickera, Denovan-Wrighta, & Uhera (2018) je s etiologií psychózy a užívání THC spojen konkrétní gen - AKT1, který tvoří nosiče citlivé vůči pravidelnému užívání konopí.

Stresorem může být také migrace a sociální původ. Tyto termíny již byly použity při popisu vzniku biologické platformy schizofrenie. To, že jsou uvedeny v části popisující spouštěcí mechanismy však není chybou, protože co je jednou rizikovým faktorem pro vznik

biologické dispozice, může být podruhé spouštěcím mechanismem, který dosedne, proč ne, na biologicky stejně podmíněnou platformu.

V rámci České republiky zkoumali na klinické skupině N=400 (kontrolní skupina N= 400) stresové zážitky předcházející rozvoji schizofrenie Janoutová, Hálová, & Janout (2017). Zjistili, že významné stresové události (4 a více) se před onemocněním vyskytovaly v 33 % případech. Statisticky významné jsou v porovnání s kontrolní neklinickou skupinou následující oblasti: při vzpomínkách na dětství uvedlo 43,4 % ve skupině nemocných hádky rodičů (27,9 % v kontrolní skupině), 18,8 % týrání (7,7 % u kontrolní skupiny), sexuální zneužívání 8,4 % (v kontrolní skupině uvedlo tento závažný stav 3 % dotázaných); obětí šikany bylo v dětství 34,6 %, v kontrolní skupině se jednalo o 14 % ($p < 0,001$).

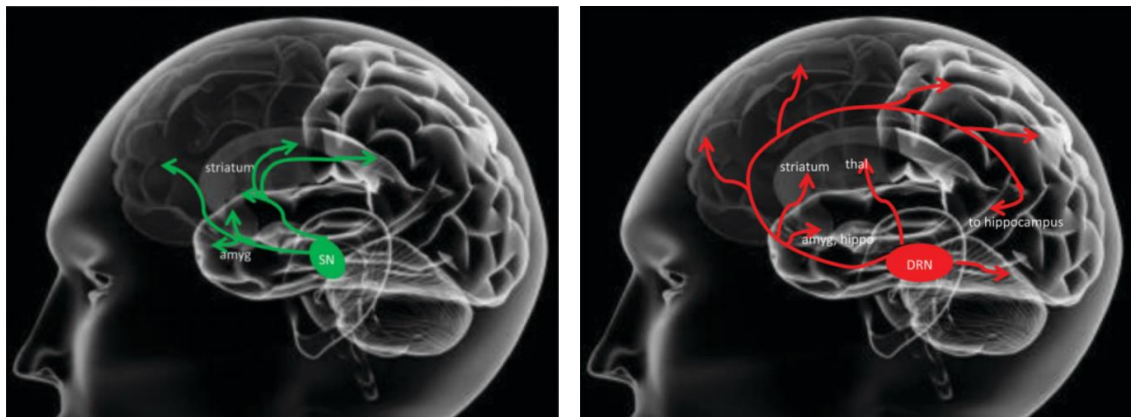
Je nutné vzít v úvahu možnost, že uvedené stresové zážitky mohly být také reakcí sociálního okolí na časný patologický vývoj daného jedince. Výzkum bohužel nespecifikuje dětství, a tak by se v jeho širším pojetí dalo hovořit o projevech negativní symptomatiky před definitivním propuknutím onemocnění a „pouhé“ reakce okolí na ni.

1.2. Patofyziologie a neurobiologické změny

Schizofrenie je spojena s některými významnými změnami mozkové tkáně. Současné výzkumy sledují dvě oblasti: **mozkové struktury** a **biochemické procesy** (Nolen-Hoeksema, 2012). Podle Motlové & Koukolíka (2004) probíhá výzkum morfologických odlišností na úrovni molekul, synapsí, receptorů a funkčních systémů. Na úrovni molekul, synapsí a receptorů se pohybujeme v rámci narušení biochemických mechanismů neurotransmise, která se účastní přenosu nervového vzruchu mezi neurony a samozřejmě jednotlivými systémy mozku (Raboch & Pavlovský, 2012). Svoboda, Češková, & Kučerová (2015) uvádí, že nejvíce zkoumaný mediátor v souvislosti se schizofrenií je dopamin, svoji úlohu ovšem pravděpodobně sehrává také serotonin.

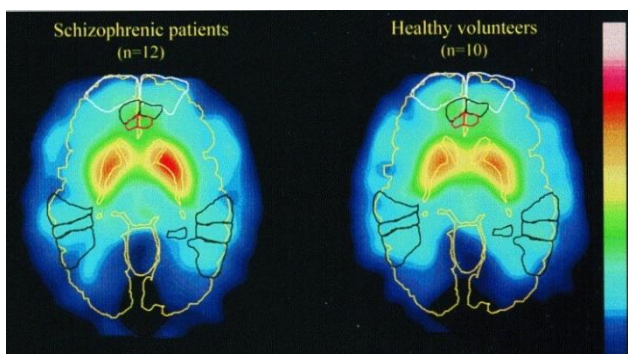
Dopaminergní systémy vycházejí ze dvou základních struktur mozku: ventrální tegmentální arey a substantia nigra, následně vedou do limbických, kortikálních a striatálních oblastí. Další dopaminergní dráha vede z hypothalamu do hypofýzy (viz obrázek 1). To vysvětluje přítomnost odpovídajících funkčních abnormalit (Motlová & Koukolík, 2004). Dopamin má vliv na integritu psychických funkcí, prožívání a emoce. Disponuje pěti podtypy receptorů (D_1 až D_5) se specifickou reakcí (Orel & Procházka, 2017). Serotonin (5-HT či 5-hydroxitriptamin) má vliv na emoční prožívání a vnímání bolesti (Orel & Procházka,

2017). Podle Motlové & Koukolíka (2004) jeho účinek zprostředkovává asi 17 receptorů, které mají různé inhibiční a stimulační účinky. Dráhy, které obsluhuje 5-HT (viz obrázek 1) počínají v mozgovém kmeni a vedou do celého mozku (Motlová & Koukolík, 2004).

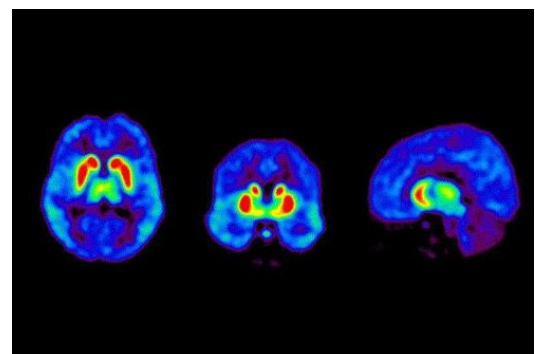


Obr. 1 - Dopaminergní (vlevo) a serotoninergní dráhy v lidském mozku. (Chatterjee & Coslett, 2013)

Nejnovější neurochemickou teorií je podle Nolen-Hoeksema (2012) složitá nerovnováha hladiny dopaminu v různých oblastech mozku, která tak vlastně uvedené hypotézy propojuje. Nerovnováha by v případě nadměrné dopaminové aktivity v mezolimbickém systému (podkorová oblast s vlivem na genezi emocí a kognitivní funkce, viz obrázek 2) mohla vést ke vzniku halucinací, bludů a narušení myšlení. V případě neobvykle nízké aktivity dopaminu v prefrontální kůře by mohla způsobovat ztráty motivace, neschopnost sebeobsluhy a nepřiměřené projevy emocí. Prefrontální kůra je zodpovědná za mozkové řízení a integraci a je ústředím exekutivních funkcí, má vliv na myšlení, pracovní paměť, motivaci, sebeřízení a především integritu osobnosti (Orel & Procházka, 2017).

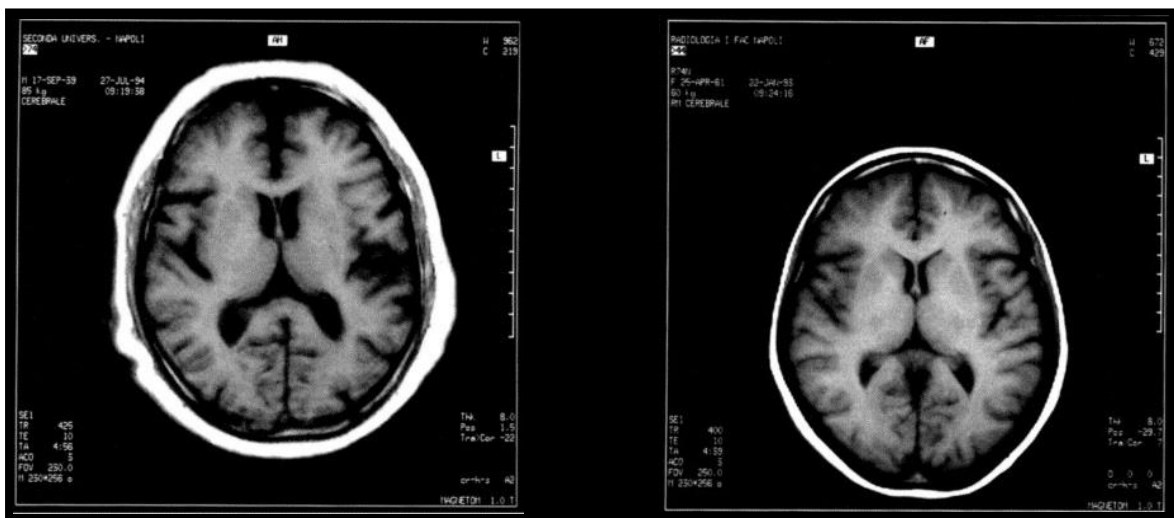


Obr. 2 - PET – syntéza dopaminu u souboru nemocných ($n = 12$) bez farmakoterapie a souboru zdravých jedinců ($n = 10$). (Lindström et al., 1999)



Obr. 3 - PET – distribuce dopaminu. Vysoké hodnoty zaznamenány ve striatu, střední hodnoty v thalamu a nízké v kůře. (Takahashi, Higuchi, & Suhara, 2006)

Narušení **funkčních systémů** je sledováno pomocí řady zobrazovacích metod, mimo jiné MR, fMR a PET. Svoboda, Češková, & Kučerová (2015) uvádí, že pomocí magnetické rezonance je u nemocných prokázána atrofie temporálního laloku, amygdaly a dorzolaterálního systému prefrontální kůry, což dokazuje dilatace mozkových komor a jejich vyplnění likvorem (viz. snímky fMRI mozku nemocného jedince a mozku jedince zdravého na obr. 3) (Slováková, Španiel, & Bankovská Motlová, 2015). V rámci chronicity onemocnění atrofie mozku dále progreduje (Hosák, Hrdlička, & Libiger, 2015). Přesný význam těchto strukturálních změn není objasněn, ale je pravděpodobné, že mají vliv na etiopatogenezi a reakci na léčbu (Barlow, Mueser, & Marcello Duva, 2014).



Obr. 4 - MRI – vlevo mozek nemocného jedince s atrofií u prefrontálního laloku a zvětšenou I. a II. komorou, vpravo mozek zdravého jedince pro srovnání. (Galderisi et al., 2000)

K čemu jednotlivé atrofované struktury slouží? Odpověď na tuto otázku je zásadní a může nastínit také některé z projevů onemocnění. Orel & Procházka (2017) uvádí, že temporální lalok má čtyři zásadní funkce: „*Zpracování sluchových informací, podíl na vizuální rekognici objektů s tváří, zpracování informací a ukládání do paměti, emoční rozpoložení a spoluúčast na řízení chování.*“ (Orel & Procházka, 2017, 122). Mezi struktury spánkového laloku v rámci podkorové oblasti limbického systému navíc patří i výše uvedená amygdala (Orel & Procházka, 2017), která jako první dostává a vyhodnocuje informace ze smyslů a událostem přiřazuje emoční náboj (Merkunová & Orel, 2008). Dorzolaterální systém je podle Orla & Procházky (2017) zodpovědný za řadu exekutivních funkcí a mezi projevy narušení systému řadí například apatii, ztrátu pocitů, nezáměr o nové podněty, lhostejnost, ztrátu iniciativy, rigiditu, pseudodeprese, poruchy paměti, narušení uvažování, plánování a organizace a další. Nemůže být náhodou, že uvedený výčet dysfunkcí z velké části odpovídá symptomatologii schizofrenie.

Hosák, Hrdlička & Libiger (2015) tvrdí, že ačkoliv je objem mozkové kůry nižší, počet neuronů v ní je naopak vyšší než u zdravých lidí, a i jejich konektivita se vyvíjí jinak. Naproti tomu, úbytek synapsí v průběhu zrání mozku je v porovnání s jejich zdravými vrstevníky značnější u nemocných. Kromě toho byla u nemocných nalezena i narušená myelinizace synapsí mezi korovými oblastmi. Nejčastěji poškozenými synapsi jsou dráhy spojující frontální a temporální laloky a frontální oblasti s limbickými strukturami a předním striatem bazálních ganglií. Frontální laloky jsou dle Orla & Procházky (2017) zodpovědné za plánování a řízení pohybů těla a organizaci kognitivních a neurobiologických oblastí. Limbický systém je obecně spojován s řízením emocí, je centrem motivace a paměti. Bazální ganglia patrně hrají roli v rámci patologických poruch spojených s narušením tonu svalů a hybnosti (Merkunová & Orel, 2008). Podle Vágnerové (2014) jsou uváděné morfologické odlišnosti přítomny již před projevem prvních symptomů onemocnění.

1.3. Symptomatologie

Podle Rabocha & Pavlovského (2012) můžeme příznaky schizofrenie rozdělit na negativní, pozitivní a kognitivní. Barlow, Mueser, & Marcello Duva (2014) uvádí rozdělení na symptomy psychotické, které jsou vlastně analogií symptomů pozitivních, symptomy negativní a symptomy dezorganizace. Další možný přístup popisuje Bankovská Motlová & Španiel (2017), symptomy rozdělují do čtyř skupin, a to na pozitivní symptomy, negativní symptomy, kognitivní poruchy a poruchy nálady. K popisu symptomatologie onemocnění je možné přistupovat i z perspektivy poruch jednotlivých složek psychických procesů, tedy kognitivních, emocionálních a motivačních. V rámci této práce bude dále použito dělení Bankovské Motlové & Španiela.

Pozitivní symptomy jsou nezbytným prvkem symptomatologie při stanovování diagnózy (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Pozitivní symptomy považují Svoboda, Češková, & Kučerová (2015) za nejčastější příčinu hospitalizace a jsou dávány do souvislosti s místní dopaminergní aktivitou (Češková, 2012). Bankovská Motlová & Španiel (2017) sem řadí bludy; halucinace (předně intrapsychické); dezorganizaci; poruchy motoriky.

U intrapsychických halucinací nemocný referuje ozvučování toho, co mu běží hlavou, případně se myšlenky zveřejňují navenek anebo komentují. Běžný je také dojem, že nemocnému myšlenky někdo odebírá či naopak do něj vkládá myšlenky cizí (Raboch & Pavlovský, 2012).

Bludy jsou poruchou obsahu myšlení (Nolen-Hoeksema, 2012). Jedná se o mylná přesvědčení, která nelze jakkoliv vyvrátit, nemocný je považuje za naprosto reálná a pravdivá (Petr & Marková, 2014). Blud se vyvíjí postupně na základě uzavírání se do sebe a vztahovačnosti. Nenápadná myšlenka se tak časem vyvine do rozvětveného a propracovaného systému bludů (Raboch & Pavlovský, 2012). Bankovská Motlová & Španiel (2017) hovoří o bludech nebizarních, které by eventuelně mohly být reálnou skutečností (např. sledování) a bludech bizarních, které jsou u schizofrenie typické. Jedná se o evidentně nepravděpodobný či úplně nemožný konstrukt (např. přemístění tělních orgánů na jiná místa v těle, navíc bez jizev). Obsahy bludů jsou podle Rabocha & Pavlovského (2012) nejčastěji pocity vztahovačnosti a pronásledování (paranoidní a perzekuční bludy). Dále jsou evidována bludná přesvědčení o nadání, výjimečných až nadpřirozených schopnostech (extrapotenční/expanzivní bludy) nebo bludy o významném původu (originární bludy). Časté jsou také bludy religiozní s náboženskými motivy.

Halucinace jsou poruchou vnímání. Halucínovat je možné všemi smysly (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2015). Nejčastější jsou halucinace sluchové (asi 50 %), zrakové (15 %) a taktilní (5 %) (Bankovská Motlová & Španiel, 2017), ale výjimečné nejsou ani halucinace čichové a chuťové, které jsou často v interakci (nemocní cítí plyn, jed apod). Halucinace mohou být fragmentární nebo komplexní, slyšet lze totiž buď jednotlivé zvuky (tikání, zvonění, škrabání), nebo složitější vjemy, jako jsou hlasy, vidět lze různé barvy a tvary nebo osoby, ale i komplexní scény jakoby z filmu (Raboch & Pavlovský, 2012).

Dezorganizace řeči a chování, nesouvislé myšlenky a mluvení z cesty je formální poruchou myšlení (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Dezorganizace řeči je variabilní, přehled nabízí tabulka 2. Dezorganizace chování je charakteristická zanedbáváním péče o zevnějšek, obtížemi při dodržování denního režimu, příjmu potravy a udržování pořádku.

Tab. 2: Příklady dezorganizace řeči a formální poruchy myšlení u schizofrenie. (Bankovská Motlová & Španiel, 2017)

Neologismy	Vymyšlené pojmy	Kombolidi a kombilodóni žijí ve vesmíru
Ztráta asociací	Neschopnost udržet téma konverzace za současného zaobírání se idiosynkratickými aspekty slov či frází.	Na otázku „Kdo je váš terapeut?“ nemocný odpoví: „Můj terapeut se jmenuje doktor Šípek. Šípek je keř šípkový růžový.“ (A ukazuje na keř venku).
Inkoherence	Projev nemá „hlavu ani patu“, věta postrádá gramatické vazby.	„Kopec kopec slepice kam, kdo chce kam, tam,...koblížky...však vy víte...“
Zárazy	Myšlení se zastaví, další myšlenka nenavazuje.	„Na náměstí Republiky zmizely všechny vchody do metra, vlaky...“ (mlčí)
Echolalie	Opakování komunikace.	Otázku „Máte domácí zvíře?“ odpověď: „Domácí zvíře.“
Mutismus	Nemocný nemluví.	
Verbigerace	Opakování toho, co řekl terapeut.	„Lalok, lalok, laloklolklok.“

Poruchy motoriky se mohou projevovat naprostou absencí pohybu (stupor) až po velmi vysokou motorickou aktivitu (raptus). Stupor může ohrozit zdraví či život nemocného (nepřijímá tekutiny ani potravu). Mimovolní pohyby, postoje a úkony tvoří katatonní syndrom. Nejčastěji se vyskytujícími katatonními příznaky je manýrování, stereotypie, povelový automatismus, kataplexie, vosková ztuhlost, grimasování, negativismus, echomatismy, stupor a excitace/raptus (Bankovská Motlová & Španiel, 2017).

Negativní symptomy jsou pravděpodobně přítomny paralelně s pozitivními, ale ze subjektivního hlediska se naplno manifestují až po odeznění akutních psychotických příznaků (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Negativní symptomy souvisejí s regionálně sníženou dopaminergní aktivitou v prefrontálním laloku a představují tak ochuzení psychiky hlavně v emotivitě a vůli. Malá & Pavlovský (2010) uvádí konkrétně otupení a oploštění emocí, úpadek vůle a iniciativy, ztrátu zájmů, bezcílnost a nečinnost, ztrátu vztahů k okolí a sociální izolace. Svoboda, Češková, & Kučerová (2015) rozdělují negativní příznaky na primární, protože bývají přítomny u nemocných s první epizodou schizofrenie a jsou dány chorobným procesem a sekundární, které souvisí s pozitivními příznaky (nepřiměřená komunikace s okolím), deprese, institucionalizace (nedostatek sociálních podnětů) a extrapyramidovými vedlejšími účinky (snížená motorika).

Kognitivní poruchy u schizofrenie jsou především poruchy pozornosti, rychlosti zpracování informací, poruchy pracovní a dlouhodobé paměti, exekutivních funkcí, abstraktního myšlení a poruchy sociální kognice (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Dysfunkce uvedených schopností nacházíme již před začátkem choroby a doprovází každou epizodu onemocnění (Češková, 2012). Podle Rabocha & Pavlovského (2012) jsou kognitivní poruchy jádrovými symptomy schizofrenie.

Poruchy nálady jsou charakteristické hlavně depresivitou, a to po odeznění akutních psychotických symptomů (Češková, 2012). Podle Rabocha & Pavlovského (2012) bývá zhoršená nálada často spojena s pocity méněcennosti a velmi často se objevuje právě při získání náhledu na nemoc a konfrontaci s prognózou. Pocity beznaděje a obavy z toho, že se nemocný neuzdraví, mohou iniciovat sebevražedné myšlenky, méně často se objevuje nadměrně veselá nálada se zvýšeným sebevědomím (Bankovská Motlová & Španiel, 2017).

Edwards et al. (2016) na základě metaanalýzy pozitivních a negativních symptomů odhalili, že negativní, pozitivní a dezorganizační symptomy jsou dědičné. Jedná se údajně o geny modifikující a nemusí proto znamenat riziko vzniku schizofrenie.

1.4. Formy schizofrenie

Na základě převažující psychopatologie se schizofrenní poruchy dělí na několik klinických forem (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2015), které jsou dány Mezinárodní klasifikací nemocí a její desátou revizí (MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů : desátá revize : obsahová aktualizace k 1.1.2018, 2018):

F20.0 Paranoidní schizofrenie – charakterizována relativně trvalými, často perzekučními bludy, které jsou většinou provázeny halucinacemi sluchovými a poruchami vnímání. Poruchy afektivní, poruchy vůle, řeči a symptomy katatonní jsou buď nepřítomné nebo poměrně nenápadné. Jedná se o nejčastější formu schizofrenie (Raboch & Pavlovský, 2012).

F20.1 Hebefrenní schizofrenie – často diagnostikována v adolescenci a mladé dospělosti (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2015). Velmi výrazné změny afektivní. Typicky projevy manýrování, strojené mluvy, planého filozofování, nápadné a nepřiléhavé oblékání. Často jsou vedoucími příznaky přehnané až zkarikované projevy pubescence (Raboch & Pavlovský, 2012). Prognóza je obvykle špatná kvůli rychlému rozvoji negativních symptomů, zvláště oploštění afektů a ztrátě vůle (Kučerová, 2013).

F20.2 Katatonní schizofrenie – obvykle přítomny výrazné psychomotorické poruchy. Motorická aktivita je extrémně zvýšená a neúčelná, s přítomnými stereotypními pohyby, nebo naopak utlumená až do nehybného stuporu, nůstav, voskové ohebnosti, povelového automatismu či kataplexie (Orel, 2016).

F20.3 Nediferencovaná schizofrenie – psychotické stavy, které splňují všeobecná diagnostická kritéria pro schizofrenii, ale nelze je zařadit do podtypu F20.0, F20.1, F20.2 a F20.6 (Orel, 2016).

F20.5 Reziduální schizofrenie – chronické stadium s progresí ve vývoji. Typická dlouhodobými, častěji „negativními“ symptomy a poruchami, např. psychomotorické zpomalení; snížená aktivita; otupělost afektu; pasivita a nedostatek iniciativy; snížená péče o vlastní osobu a defektní sociální projevy (Kučerová, 2013).

F20.6 Schizophrenia simplex – pozvolný, ale progresivní vývoj podivností v chování, neschopností vyhovět společenským požadavkům a úpadek celkového projevu. Přítomny jevy reziduální schizofrenie (např. afektivní plochost, ztráta vůle apod.). Bez jakýchkoliv zřejmých psychotických příznaků (Kučerová, 2013).

F20.4 Postschizofrenní deprese – na odeznívající depresi navazuje depresivní propad nálady (Orel, 2016).

1.5. Diagnostika

Diagnostika schizofrenie je založena výhradně na psychiatrické anamnéze a vyšetření duševního stavu (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Neexistuje totiž žádný laboratorní test ani patognomonický znak, na základě kterých by bylo možné diagnózu určit jiným způsobem (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2016). Vyšetření duševního stavu spočívá v dlouhodobém pozorování nemocného jedince a vedení diagnostického rozhovoru, během kterého je nezbytné cílené pátrání po symptomech (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Základní otázky diagnostického rozhovoru jsou uvedeny v tabulce 3. Dále je využíváno vyhodnocení výsledků EEG záznamu a výsledků zobrazovacích metod nejčastěji pro oblast CNS (Raboch & Pavlovský, 2012). Podle Češkové (2012) je každé psychiatrické vyšetření doplněno kompletním vyšetřením tělesným, včetně neurologického či interního a nezbytná je také diferenciatně diagnostická rozvaha.

Tab. 3: Diagnostické otázky. (Bankovská Motlová & Španiel, 2017)

Symptom	Diagnostická otázka
Ozvučování či vkládání myšlenek	Když přemýšlíte, ozvučují se myšlenky? Máte pocit, že vám někdo myšlenky do hlavy vkládá nebo vám je vykrádá či odebírá?
Vztahovačnost	Máte pocit, že je okolí zaměřené proti vám? Jste poslední dobou vztahovačný či podezřívavý? Když jedete MHD stává se vám, že si o vás ostatní lidé povídají? Dělají narážky? Máte pocit, že písničky v rádiu hrají právě pro vás?
Bludy	Ovlivňuje vás někdo na dálku? Jak to dělá? Jak se při tom cítíte? Jak se tomu bráníte? Sleduje vás někdo? Jak a čím? Ovládá někdo vaše myšlení? Máte nějaké zvláštní pocity v těle? Jak si je vysvětlujete? Máte mimořádné schopnosti?
Halucinace	Děje se kolem vás něco neobvyklého? Slyšíte hlasy? Co říkají? Prikazují něco? Máte pocit, že cítíte nějaké doteky na svém těle? Kdo to dělá?
Formální poruchy myšlení	Prosím, abyste mi vysvětlil přísloví. „Kdo jinému jámu kopá, sám do ní padá.“ Jak se používá?

Pro přiřazení přítomné symptomatiky ke konkrétnímu duševnímu onemocnění slouží katalogy či manuály duševních nemocí a poruch. V současné době máme k dispozici Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (DSM-5) a Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) (Bankovská Motlová & Španiel, 2017), která je užívána v České republice. V tabulce 4 jsou podle ní uvedena kritéria pro diagnózu schizofrenie. Podle Ministerstva zdravotnictví České republiky (2019) se jedná o diagnostický klasifikační standard Světové zdravotnické organizace (WHO). Verze MKN-10 (desátá revize) byla

schválena v roce 1990 a v České republice je platná od roku 1994. 1. ledna 2022 vstoupí v platnost jedenáctá revize MKN (MKN-11).

Tab. 4: Diagnostická kritéria pro schizofrenii podle MKN-10. (Smolík, 2002)

G1 Je přítomen alespoň jeden ze syndromů, symptomů a znaků popsaných níže pod (1) nebo alespoň dva ze symptomů a znaků uvedených pod (2), a to po většinu psychotického období, které trvá alespoň jeden měsíc (nebo někdy po většinu dnů.	
(1)	Musí být přítomna alespoň jedna z následujících charakteristik:
a.	ozvučování myšlenek, vkládání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek;
b.	bludy kontrolování, ovlivňování nebo ovládnutí, zřetelně se projevující pohyby těla nebo končetin, nebo zvláštní myšlenky, činnosti nebo pocity, bludné vnímání;
c.	halucinace hlasů, které komentují pacientovo chování nebo mezi sebou hovoří, nebo jiné typy hlasů, které přicházejí z některých částí těla;
d.	neustálé bludy jiných typů, které nemohou být podmíněně kulturou a jsou zcela nepatřičné, jako náboženská nebo politická identita, nadlidská moc nebo schopnost (například schopnost kontrolovat počasí nebo být ve spojení s cizinci z jiného světa).
(2)	nebo alespoň dvě z následujících charakteristik:
a.	neustálé halucinace jakéhokoliv typu, pokud se vyskytují denně po dobu nejméně jednoho měsíce a jsou spojené s bludy (buď s občasnými, nebo jen částečně formovanými) bez jasného emotivního obsahu nebo jsou doprovázené trvale zvýšeným sebehodnocením;
b.	neologismy, přerušování nebo zárazy myšlení, důsledkem jsou inkoherece nebo zmatečný slovní projev;
c.	katatonní chování, jako jsou vzrušení, nástavy, nebo vosková ohebnost, mutismus a stupor;
d.	negativní symptomy, jako jsou zřetelná apatie, ochuzení řeči a ploché nebo nepřiměřené odpovědi (musí být jisté, že se nejedná o následek deprese nebo neuroleptické léčby).
G2 Nejčastěji užívané vylučovací podmínky.	
(1)	Jestliže pacient splňuje také kritéria pro manickou epizodu (F30.-) nebo depresivní epizodu (F32.-), musí být splněna kritéria G1 a G2 ještě před narušením nálady.
(2)	Porucha není důsledkem organické mozkové poruchy (ve smyslu F00-F09) nebo intoxikace alkoholem nebo jinou psychoaktivní látkou (F1x.0), závislostí (F1x.2) nebo odnětím látky (F1x.3 nebo F1x.4).
Průběhové varianty	
Průběh by neměl být kódován, netrvá-li sledování alespoň jeden rok.	
F20.x0 Kontinuální (chronický) - žádná remise psychotických příznaků v průběhu období pozorování.	
F20.x1 Epizodický (ataky) s narůstajícím defektem – postupný rozvoj negativních příznaků v období mezi epizodami.	
F20.x2 Epizodický (ataky) se stabilním defektem – trvalé, nenarůstající negativní příznaky v období mezi epizodami.	
F20.x3 Epizodický (ataky) s remisemi – úplná nebo téměř úplná remise v období mezi epizodami.	
F20.x4 Neúplná remise / F20.x5 Úplná remise / F20.x8 Jiný / F20.x9 Období sledování kratší než jeden rok.	

Významným diagnostickým nástrojem je psychologické vyšetření. To se podle Češkové (2012) skládá z klinických pohovorů, pozorování a standardizovaných metod – psychologických testů. V souvislosti se schizofrenií je s klinickým psychologem nejčastěji řešena diferenciální diagnóza osobnosti versus psychózy (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2015). Výběr metod, způsob jejich užití a výběr norem závisí na psychologovi. Pro diferenciální diagnostiku osobnost × psychóza se používají nejčastěji rozhovor (IPDE) a různé projektivní osobnostní testy, jako je například Rorschachův test, v rámci nějž hledá psycholog psychotické interpretace předkládaných obrazových motivů (Svoboda, Češková,

& Kučerová, 2015). Jako další možnost uvádí Svoboda, Češková, & Kučerová (2015) dotazník MMPI (Minnesotský osobnostní inventář zjišťující přítomnost patologie).

Jiným častým požadavkem je určení hloubky kognitivního deficitu (Češková, 2012). Testovou metodou zaměřenou především na diagnostiku kognitivních procesů je test kresby lidské postavy. Tento test patří podle Obereignerů et al. (2011) k nejčastěji užívaným psychologickým testům. Obereignerů et al. (2011, 120) k němu uvádí:

I když je pro diagnostický přínos orientační, umožňuje rychle posoudit přítomnost závažných psychopatologických fenoménů. U schizofrenie test kresby lidské postavy odráží přítomnost floridní psychotické symptomatiky i přítomnost negativních příznaků onemocnění, především kognitivních deficitů. Na základě empirie je dokonce možné odlišit specifické fenomény v kresbě u jednotlivých typů schizofrenie.

Klinické vyšetření nabízí celou řadu diagnostických možností a pro detailní individuální profil nemocného je nutné nástroje flexibilně přizpůsobovat situaci (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Zaváděnou novinkou je unifikovaný inventář MATRICS (Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia), zaměřený na komplexní posouzení kognitivních funkcí. Od roku 2015 dostupná česká verze standardizovaného nástroje, má umožnit v relativně krátkém čase zhodnocení sedmi pro schizofrenii klíčových kognitivních funkcí: mentální rychlost, pozornost/vigilance, pracovní paměť: neverbální i verbální, verbální učení, vizuální učení, myšlení a řešení problémů, sociální kognice (Bezdíček, Nikolai, Michalec, Harsa, & Kališová, 2015). V tabulce 4 shrnutí uvedených kategorií kognitivních funkcí a testů.

Tab. 5: Testy MATRICS pro vyšetření 7 kognitivních funkcí u schizofrenie

Kognitivní funkce	Test
1. Mentální rychlost	Krátké vyšetření kognice u schizofrenie (BACS): symboly kódování
	Sémantická fluence: zvířata (SF: Zv)
	Test cesty: část A (TMT-A)
2. Pozornost/vigilance	Test zaměřené pozornosti – identické páry (CPT-IP)
3. Pracovní paměť (neverbální) (verbální)	Wechslerova paměťová škála, třetí vydání (WMS-III): prostorový rozsah
	Uspořádání čísel a písmen (LNS)
4. Verbální učení	Hopkinsův verbální test učení (HVLt-R)
5. Vizuální učení	Krátký zrakově-prostorový paměťový test (BVMT-R)
6. Myšlení a řešení problémů	Baterie pro neuropsychologické vyšetření (NAB): bludiště
7. Sociální kognice	Test emoční inteligence (MSCEIT)

Bankovská Motlová & Španiel (2017) uvádí, že v průběhu času může u diagnózy docházet ke změnám, což je dáno variabilitou příznaků a omezenými diagnostickými možnostmi.

Diferenciální diagnostika tak není podstatná pouze z důvodu rozlišení patologie osobnost versus psychóza, ale také z toho důvodu, že klinický obraz schizofrenie může napodobovat jiné organické a symptomatické psychické poruchy. Češková (2012) uvádí mimo jiné různé encefalidity, trauma CNS, epilepsii, hormonální dysfunkce, neurodegenerativní onemocnění, poruchy metabolismu a jiné.

Dalšími možnými nástroji vyšetření jsou strukturální a funkční zobrazovací metody mozku (Češková, 2012). Užití metod jako je např. počítačová tomografie (CT), magnetická rezonance (MR), funkční magnetická rezonance (fMRI) či záření a metabolismus sledující pozitronová emisní tomografie (PET) nebo jednofotonová emisní výpočetní tomografie (SPECT) (Orel & Procházka, 2017), je podle Češkové (2012) stále omezeno na specializovaná pracoviště a vědecko-experimentální účely. Elektroencefalografii (EEG) je možné využít při šetření funkčních změn: „*Jednorázové podání antipsychotik vede ke změnám EEG, které je možné využít pro predikci účinku.*“ (Češková, 2012, 33). V úvahu zde přichází také užití magnetoencefalografie (MEG), jež umožňuje rozlišení mezi blízkými, ale funkčně rozdílnými oblastmi mozku (Orel & Procházka, 2017).

Nástrojem prevence by se v budoucnosti mohla stát adaptovaná verze prodromálního dotazníku PQB (Prodromal Questionnaire Brief Version), na jehož adaptaci pro užití v České republice v současné době pracují Šebela et al. (2019). Dotazník by měl zachytit schizofrenii v prodromální fázi u adolescentů ve vysokém riziku rozvoje psychózy.

1.6. Terapie

Současným cílem léčby schizofrenie není pouze odstranění příznaků, ale komplexní úzdrava (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Vulnerabilita vůči onemocnění je podle Bankovské Motlové & Španiela podmíněna biopsychosociálním základem rozvoje epizod. „*Interakce neurokognitivní vulnerability a psychosociálních stresorů predisponuje nemocné k rozvoji schizofrenie při působení stresu chronické povahy nebo kumulaci diskrétních stresových záležitostí.*“ (Bankovská Motlová & Španiel, 2017, 64). Na základě tohoto předpokladu vychází komplexní léčebný program, který zahrnuje **farmakoterapii**, **psychoterapii** a **socioterapii** (Malá & Pavlovský, 2010). Z hlediska průběhu nemoci rozeznáváme tři fáze, vyžadující léčbu akutní, stabilizační a léčbu v rámci fáze stabilní. Cílem akutní léčby je odstranění pozitivních příznaků, u stabilizační léčby usilujeme o udržení dosaženého zlepšení a v rámci fáze stabilní o prevenci relapsu (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2015).

Farmakoterapie se opírá především o antipsychotika. „*Antipsychotika jsou léky, které blokují dopaminové receptory, tím zabraňují dopaminovému přenosu a snižují aktivitu dopaminergního systému v mozku nemocného.*“ (Raboch & Pavlovský, 2012). Kučerová (2013) uvádí i možnost indikace thymoprofilaktik a antidepresiv, i když u nich panuje mezi lékaři názorová neshoda. Raboch & Pavlovský (2012) uvádí také indikaci hypnotik. Současná medicína disponuje klasickými antipsychotiky a atypickými antipsychotiky.

Klasická antipsychotika či antipsychotika 1. generace ovlivňují dopaminergní systém (Raboch & Pavlovský, 2012) a působí účinněji na pozitivní symptomy (bludy, halucinace, dezintegrace), ale příliš neovlivňují ty negativní (apatie, emoční oploštělost), kognitivní funkce mohou naopak i zhoršovat (Orel, 2016). Neal (2015) uvádí řadu vedlejších účinků, mezi které patří svalový třes, pocit ztuhlosti svalů, snížení mimiky a gestikulace (dopaminergní blokáda působí v mozku i na oblasti ovlivňující mimovolní pohyby a extrapyramidový systém).

Atypická antipsychotika jsou zástupci 2. generace antipsychotik a působí na systém dopaminergní i serotoninergní (Raboch & Pavlovský, 2012). Mají tak příznivý vliv na pozitivní, negativní i kognitivní symptomy a jsou obecně lépe snášena. Ani zde nelze vyloučit některé z výše uvedených vedlejších příznaků a dále např. zvýšení sekrece prolaktinu či narušení metabolismu (Neal, 2015).

Atypická antipsychotika disponují čtyřmi mechanismy působení oproti dvěma skupinám mechanismů u antipsychotik 1. generace (Hosák, Hrdlička, & Libiger, 2015). U některých antipsychotik lze najít tři lékové formy: tablety, injekce, kapky a dva způsoby podání: perorálně a injekčně. Injekční podání se týká depotní formy antipsychotik, které účinkují jeden až čtyři týdny a jsou vhodné u nepříliš dobře spolupracujících nemocných (Neal, 2015). Odborníci se shodují v tom, že vůbec neúčinnějším antipsychotikem je klozapin (Bankovská Motlová & Španiel, 2017), který je proto indikován v rámci těžkých a farmakorezistentních forem onemocnění (Látalová, 2018).

Farmakorezistentní schizofrenie vyžaduje i další specifické přístupy k léčbě. Látalová (2018) v takovém případě uvádí pozitivní výsledky užití transkraniální stimulace stejnosměrným proudem. Významným léčebným prostředkem zůstává elektrokonvulzivní terapie (ECT), která je v rámci léčby farmakorezistentní schizofrenie i katatonních projevů považována za nejrazantnější léčebný postup (Hosák, 2010). ECT je prováděna v narkóze aplikací elektrického proudu transcerebrálně. Aplikuje se 2-3krát týdně v celkovém počtu

8-12 aplikací, nejčastěji celkem desetkrát. Po aplikaci jsou evidovány drobné poruchy zejména deklarativní paměti – postelektrokonzulzivní amnézie (Orel, 2016) odeznívající v průběhu 1-2 měsíců (Malá & Pavlovský, 2010).

Nefarmakologickou léčbou je **psychoterapie** a **socioterapie** či sociální rehabilitace. Uváděné přístupy se mezi sebou velmi často prolínají a nemusí být pevně ohraničené. Raboch & Pavlovský (2012) považují za rozhodné období po odeznění akutních příznaků psychózy. Těžištěm všech psychoterapeutických postupů je podpora zdravých částí osobnosti. Rozlišujeme tři formy **psychoterapie**, a sice individuální, skupinovou a rodinnou.

Svoboda, Češková & Kučerová (2015) uvádí, že některé výzkumy ukazují na souvislost mezi negativní symptomatikou a kognitivním deficitem. Neurokognitivní deficit totiž ovlivňuje úspěšnost rehabilitačních postupů. *„Bylo zjištěno, že determinujícím prvkem při návratu sociálních dovedností není pozitivní či negativní symptomatologie, ale právě závažnost kognitivního deficitu, konkrétně exekutivních funkcí, verbální paměti a pozornosti.“* (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2015, 200).

Základem úspěšné sociální rehabilitace i psychoterapie jsou proto funkční kognitivní procesy. Na jejich úpravě lze pracovat jednak prostřednictvím psychoterapie, tak pomocí socioterapie. Psychoterapii u nemocných se schizofrenií lze provádět formou individuální a skupinovou (Kratochvíl, 2017). Individuální psychoterapie by ideálně měla obnovovat důvěru ve svět a vytvořit důvěrný vztah důležitý pro zvládnutí krizových situací. Raboch & Pavlovský (2012) tvrdí, že podpůrná psychoterapie je efektivnější a pro nemocného výrazně bezpečnější než analyzující psychoterapie. Skupinová psychoterapie pomáhá pomocí důvěrného prostředí nemocnému s ujasněním jeho situace ve světě, s uvědoměním si forem chování, které vedou ke stresu, uvědoměním si, že druzí prožívají mnohdy podobné věci, učí se od nich v oblastech, které úspěšně zvládají. Velmi důležitou oblastí je komunikace nemocného a jeho rodiny. Rodinná terapie zainteresovává do léčby i rodinné příslušníky. Podle Češkové (2012) je možné snížit výskyt relapsů pomocí změny komunikace v rodině. Pro nemocného je potřebné, aby bylo v rodině vytvořeno „příznivé klima“ bez prudkých emocí, výčitek, mentorování nebo hádek (Raboch & Pavlovský, 2012).

Ve spojitosti se schizofrenií je nejčastěji zmiňována konkrétně kognitivně behaviorální terapie (KBT). Řada randomizovaných kontrolovaných studií prokázala účinnost KBT u pacientů s psychotickým onemocněním (Vrbová, Praško, Ocisková, & Šmejkalová, 2014). Podle Rabocha & Pavlovského (2012) jsou kognitivně-behaviorální psychoterapeutické

techniky (rozhovor, nácviky chování, dramatizace a psychogymnastika) velmi dobře účinné a tolerované (Malá & Pavlovský, 2010). Techniky KBT mohou nemocnému pomoci zaujmout k halucinacím kritičtější postoj a získat nad nimi větší kontrolu (Vrbová, Praško, Ocisková, & Šmejkalová, 2014). Podle Malé & Pavlovského (2010) jsou psychopatologické projevy onemocnění z perspektivy KBT považovány za chybně naučené chování, které KBT umožňuje odnaučit či přenaučit. Provádí se pozitivní nácvik posilující optimální reakce a zároveň tak dochází k tlumení reakcí patologických. Požadované reakce jsou posilovány pozitivním zpevnováním prostřednictvím odměn. Hosáková, Viktorová & Lečbych (2017) uvádí signifikantní zlepšení při využití KBT ve většině studií i po šesti měsících, delší účinek však podle nich prokázán nebyl.

Pěč a Probstová (2009) popisují i další možné přístupy psychoterapie jako jsou expresivní terapie (arteterapie, dramaterapie, muzikoterapie, pohybová terapie), ale i psychoanalýza, uváděná také Malou & Pavlovským (2010).

Z hlediska **socioterapie** se jedná o postupy, jejichž cílem je navrácení dřívějších schopností a dovedností, v případě časně schizofrenní zkušenosti, jejich iniciální osvojení. Patří sem sociální způsobilost, tedy schopnosti a dovednosti, které danému jedinci pomáhají přiměřeně komunikovat emoce, potřeby a budovat interpersonální vztahy; pracovní rehabilitace; rehabilitace v oblasti bydlení a vzdělávání (Pěč & Probstová, 2009). Uvedené sociální dovednosti ještě rozšiřuje Svoboda, Česková, & Kučerová (2015) o dalších několik oblastí: sebeobsahu v rámci běžných denních činností (nakupování, vaření, úklid, péče o domácnost, hospodaření, obstarávání osobních záležitostí na úřadech apod., orientace v informacích a práce s nimi, plánování a organizování času), osvojení si schopností nalézat kompromisy, nácviky řešení konkrétních problémů, vytvoření podpůrné sociální sítě.

Za popsaným účelem lze využívat nabídky sociálních služeb, především sociální rehabilitace, denních stacionářů, chráněných bydlení a podporovaného bydlení. Účast v terapeutické komunitě, která se nabízí např. u sociální rehabilitace je velmi cenná, protože nemocným umožňuje získání zpětné vazby v rámci řešené životní oblasti (Pěč & Probstová, 2009). Sociální rehabilitace se kromě získání, obnovení či udržení schopností a dovedností často soustředí na pomoc a podporu při přípravě na výkon zaměstnání (v rámci podporovaného zaměstnávání) nebo samostatné bydlení. Specifickou možností je zaměstnání v rámci chráněných pracovních míst, která jsou často zřizována při sociálních službách a umožňují vykonávat zaměstnání v rámci zkráceného pracovního úvazku a s ohledy na specifika cílové skupiny.

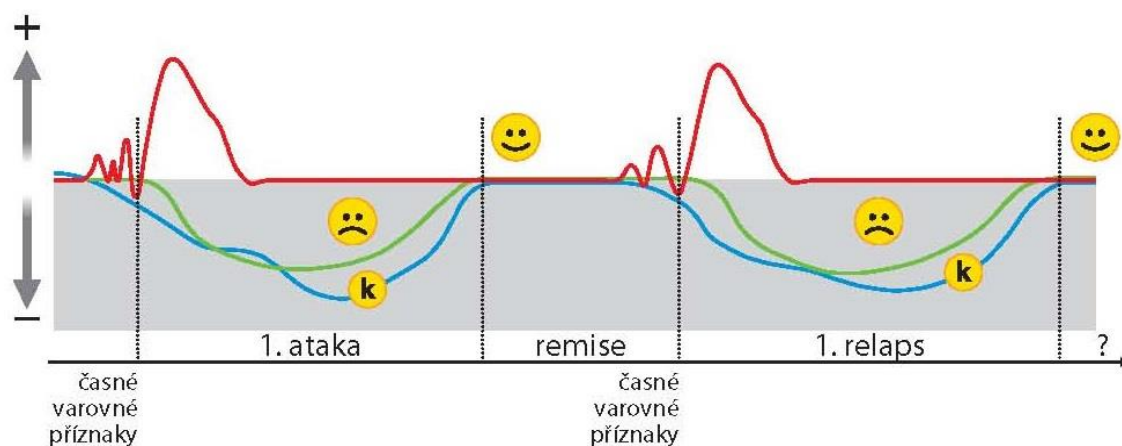
Dalšími nástroji prevence relapsu je psychoedukace nemocného a rodiny. Podle Petra & Markové (2014) by měla být založena na dostatečném množství, adekvátní formě poskytovaných informací a měla by čerpat z vlastních zkušeností nemocného. Edukce je samozřejmě nezbytná i v rámci destigmatizace schizofrenie, která je zatím science-fiction.

Kognitivní funkce je možné rehabilitovat celou řadou intervencí, které mohou být naprosto elementární (tištěné pracovní listy), ale také sofistikovanější počítačové tréninkové programy jako např. COGPACK (Pěč & Probstová, 2009). Metakognitivní trénink pro schizofrenie (MKT) je program skupinové terapie. Jeho cílem je zvědomění chyb myšlení, případně jejich zmírnění. MKT byl přeložen do češtiny a lze si jej zdarma stáhnout z www.uke.de/mkt (Moritz & Woodward, 2007).

Podkapitolu je možné uzavřít konstatováním, že odborníky doporučovaná úzdrava se potřebuje opřít o kombinaci farmakologické léčby, psychoterapeutické intervence a komplexní socioterapie, vše v maximálně individualizované podobě.

1.7. Průběh a prognóza

Schizofrenie obvykle propukne v průběhu adolescence nebo rané dospělosti. Podle Petra & Markové (2014) se onemocnění rozvíjí u mužů nejčastěji ve věku 15 až 25 let, u žen ve věku 25 až 30 let, méně častější je rozvoj nemoci v dětství či střední dospělosti. Petr & Marková (2014) si všimají, že počátek onemocnění je datován převážně do období, které je spojeno s vyššími nároky na člověka ve všech zásadních životních oblastech. Průběh schizofrenie je pro přehlednost možné rozdělit do několika fází: prodromální, ataky, remise a 1. relapsu.



Obr. 5 - Průběh schizofrenie. Červená linka znázorňuje symptomy pozitivní, zelená negativní a modrá kognitivní. (Petr & Marková, 2014)

Schizofrenie se v premorbidní fázi klinicky neprojevuje, ale mohou být přítomny latentní poruchy kognitivních funkcí či povahové zvláštnosti (Raboch & Pavlovský, 2012). Schizofrenie počíná typicky prodromálními příznaky. Orel & Procházka (2017) popisují výskyt negativních symptomů, konkrétně hloubavost a vztahovačnost. Raboch & Pavlovský (2012) řadí mezi prodromální příznaky uzavřenost, pasivitu, introvertovanost a na ní navazující omezený kontakt s vrstevníky a rodinou. Vágnerová (2014) vymezila prodromální symptomy následovně:

- nápadné introvertní zaměření, uzavřenost, omezené citové prožívání a vyjadřování vlastních emocí, sklon k sociální izolaci.
- Nápadné přimknutí k nejbližšímu okolí, obvykle rodičům a známému prostředí.
- Obtíže v mezilidských vztazích - ambivalence popsané vázanosti na osoby a místo s přehnanou kritičností až hostilitou vůči nim.
- Ztráta spontaneity, nemluvnost a omezení aktivity. Zhoršování pozornosti.
- Somatické obtíže, nespavost, snadná unavitelnost a tudíž celkově snížený výkon.

Popisované projevy chování však mohou být zároveň naprosto přirozené pro období konce pubescence a následně adolescence, což podle Rabocha & Pavlovského (2012) může být příčinou záměny duševního onemocnění. Někdy je podle nich změna chování spojována také s charakterovými rysy, které se v té době krystalizují. Nemocní mohou kvůli somatickým obtížím navštěvovat praktické lékaře, pro podezření na jejich nedostatečné vyléčení nebo chronický únavový syndrom (Raboch & Pavlovský, 2012). Vágnerová (2014) uvádí, že se prodromy mohou projevovat i po několik let. Určité náznaky onemocnění lze retrospektivně nalézt už v dětství (Orel & Procházka, 2017). Časný rozvoj schizofrenie je spojen s horší prognózou, z důvodu nerozvinuté úrovně interpersonálních vztahů a předpokládaného stupně vzdělání a profesního rozvoje. Rozpoznání časných varovných signálů v podobě prodromů je zásadní z hlediska léčby i prognózy.

Další rozvoj onemocnění je spojen s hloubáním o detailech, maličkostech a nepodstatných věcech, objevují se i zvláštnosti v oblékání nebo jídle či zaujetí věrami či okultismem. Emocionální prožívání je spojeno s rozladami, podrážděností, vztahovačností, úzkostí, neklidem, zhoršením nespavosti a změnami cirkadiálního rytmu (Raboch & Pavlovský, 2012). Vágnerová (2014) uvádí, že se dále objevují halucinace a po nějakém časovém úseku se nemocnému vše „vyjasní“, v podobě patologického obsahu – bludu. Nakonec dojde k plnému propuknutí akutních příznaků epizody onemocnění (Raboch & Pavlovský, 2012).

Epizoda či ataka zahrnuje podle Petra & Markové (2014) několikátýdenní přítomnost pozitivních symptomů. Příznaky negativní a kognitivní jsou v určité míře přítomny až do fáze remise. Tato fáze po 1. epizodě či mezi epizodami (v případě chronického průběhu onemocnění), je obdobím návratu k normálu a může dojít i k úplné úzdavě (Orel & Procházka, 2017).

Na základě studie zahrnující 5 950 nemocných s diagnostikovanou schizofrenií v České republice nedosáhlo remise 38,7 % souboru, 15,7 % dosáhlo remise s relapsem a 45,7 % dosáhlo remise stabilní (Kašpárek, 2009). Průběh a prognóza onemocnění je spojena s řadou poměrně dobře popsanych a validních faktorů, které jsou shrnuty v tabulce 6 (Slováková, Španiel, & Bankovská Motlová, 2015).

Tab. 6: Faktory ovlivňující prognózu schizofrenie. (Slováková, Španiel, & Bankovská Motlová, 2015)

Prognostické faktory	Prognóza	
	příznivá	nepříznivá
Velikost I. a II. komory	stabilní nález v čase	progresivní zvětšování
Atrofie hlavně prefrontálního laloku, levého temporálního laloku a thalamu	stabilní nález v čase	progresivní úbytek
Začátek onemocnění	náhlý	plíživý
Odpověď na terapii	rychlá remise	přetrvávající symptomy
Relapsy	stabilní průběh	opakované relapsy
Délka neléčené psychózy	kratší než tři měsíce	delší než tři měsíce
Negativní symptomy	méně vyjádřeny	více vyjádřeny
Vigilance, pozornost a pracovní paměť při první epizodě	vyšší skóre	nižší skóre
Přístup k léčbě	nemocný spolupracuje	nemocný nespupracuje
Užívání marihuany	abstinence	zneužívá
Premorbidní sociální adaptace	dobrá	nedostatečná
Věk začátku onemocnění	nad 18 let	pod 18 let

Raboch & Pavlovský (2012) uvádějí optimističtější prognostický model, který by bylo možné označit za častěji užívaný. Asi třetina (22–27 %) nemocných se po první atace uzdraví úplně nebo téměř beze zbytku, epizody onemocnění se již neopakují. Třetina nemocných je vystavena epizodickému průběhu s reziduální psychopatií mezi atakami. Více než třetina nemocných trpí trvale progredujícím – chronickým průběhem, s kolísavou, avšak trvale přítomnou symptomatikou.

2 DENNÍ SNĚNÍ

Denní snění, provází lidstvo stejně dlouho jako snění ve spánku. Nejprve se jej přirozeně pokoušeli nazírat filozofové, mimo jiné Descartes, Locke či Hume. V roce 1890 o něm píše James (Whitbourne, 2013). V rámci psychodynamicky orientovaných přístupů k terapii na něj naráží mimo jiné Freud. Jung dokonce tvrdil, že sníme neustále, ale neuvědomujeme si to, protože jsme rozptylováni životem v bdění (Fontana, 2000). V roce 1921 publikuje Varendock knihu s názvem *Psychologie denních snů*. V roce 1926 uvažuje Wallace o denním snění v souvislosti s tvůrčím procesem – fází inkubace.

Další posun přichází v 60. letech 20. století. Denní snění začíná být zkoumáno přísně vědecky a od počátku tohoto zkoumání je spjata se jménem Singer, psychologem, jehož celoživotní práce položila základy výzkumu denního snění. V tomto období vzniká dotazník *Imaginal Processes Inventory (IPI)*, který vytvořil Singer & Antrobus (Antrobus, Singer, Goldstein, & Fortgang, 1970). Denní snění je dále zkoumáno funkční polysomnografií a aktigrafii (Plháková, 2013) či detekcí signálů pomocí nejrůznějších sofistikovaných zobrazovacích metod (fMRI, EEG, PET a dalších), které umožňují nespoléhat se pouze na výpověď snícího, je samozřejmě zkoumáno také v podmínkách laboratorních i terénních (McMillan, Kaufmann, & Singer, 2013).

Na počátku onoho sofistikovaného bádání neurovědci studovali aktivitu mozku během úkolů vyžadujících paměť a pozornost. Mezi úkoly si všimli, že skupina mozkových struktur zkoumaných participantů začala být spontánně aktivnější. Tyto stejné struktury přestaly být činné, jakmile se účastníci začali zabývat kognitivními úkoly (Whitbourne, 2013).

Oba procesy, jak denní snění, tak snění ve spánku, nacházejí v rámci psychologie společná témata. Na základě výzkumu, který provedl Domhoff (2003), víme, že má denní snění a snění ve spánku společnou komplexní integraci senzomotorických údajů, emocí, vzpomínek a má vliv na některé z exekutivních funkcí: plánování a řešení problémů, čímž narážíme na některé z pozitivních důsledků denního snění. Společná témata pak dva uvedené procesy nacházejí i v rámci psychoterapie s těžištěm v psychodynamicky orientovaných přístupech.

Denní snění i snění ve spánku jsou ztvárněny převážně audiovizuálně, jsou emočně zabarveny, mají vztah k aktuálním jevům v životě snící osoby a simulují sociální interakce (Kieran, Nijeboer, Solomonova, Domhoff, & Christoff, 2013).

2.1. Denní snění mezi obdobnými procesy

I přes některé společné rysy jsou od sebe procesy snění ve spánku a v bdělém stavu jasně odděleny. Základním rozdílem je vigilance, od které se odvíjí další odlišnosti na úrovni neurobiologické, mentální i behaviorální. Rozdíly mezi sněním v REM fázi spánku a jinými bdělými mentálními aktivitami včetně denního snění zdůrazňují ve svých výzkumech mimo jiné Crick & Mitchison v roce 1983 či Hobson v roce 2005 (Plháková, 2004). Podle Fontany (2000) tkví rozdíl především v testování reality, které je u denního snění zachováno. Nakonečný (2013) tvrdí, že denní snění disponuje racionálně sémantickým rámcem umožňující vyšší úroveň poznání, že stav denního snění může nastoupit spontánně nebo ho lze navodit záměrně.

Christoff (2012) upozorňuje na obecnou nejednoznačnost terminologie týkající se denního snění, která pak tříští pozornost výzkumníků, zakrývá společné rysy cíleného procesu a stěžuje propojení prací starších s těmi aktuálními. Zahraniční ale i tuzemské zdroje označují denní snění nejrůznějšími termíny: irelevantní myšlenky, spontánní myšlenky, myšlenky nezávislé na podnětech, interně generované myšlenky, vlastní myšlenky, nevědomé myšlenky, putování myslí, bdělé snění a řadou dalších (Christoff, 2012). Podle McMillana, Kaufmanna & Singera (2013) sjednocuje nejrůznější užívané pojmy skutečnost, že ony snové myšlenky a obrazy vznikají, když se pozornost odvrací od vnějších podnětů k vnitřnímu a silně personalizovanému proudu vědomí. Z výše uvedených definic je zřejmé, že jsou užívány pro analogické psychické procesy a z toho důvodu jsou považovány za synonyma i v kontextu této práce.

Odborná literatura však eviduje několik dalších procesů, které s denním sněním více či méně souvisí: imaginaci, představivost a fantazii, které se dennímu snění mohou velmi podobat a někteří výzkumníci je používá synonymně. Pokud bychom mezi nimi přece jen chtěli najít nějaký rozdíl, patrně by spočíval v úrovni lucidity.

Vědci označují denní snění nejčastěji pojmem *mind wandering*. Naproti tomu výraz *daydreaming*, který stál u základů bádání v této oblasti a je hojně užíván laickou veřejností, byl zaveden Singerem. V odborných kruzích jsou užívané oba pojmy, s tím, že *mind wandering* má blíže ke klinické psychologii, neuropsychologii či kognitivní psychologii (McMillan, Kaufmann, & Singer, 2013). Podle Sternberga & Zhanga (2001) je denní snění hraničním stavem mezi bděním a spánkem, za subjektivně evokované změny stavu vědomí

vycházející především z vnitřních zdrojů. Podle Christoffa (2012) se jedná o volně plynoucí myšlenky, které jsou buď spontánní nebo vyplývají z významného poklesu lucidity.

V rámci tuzemska je denní snění definováno mimo jiné Hartlem & Hartlovou (2009, 547) jako: „*Stav změněného vědomí, ve kterém vzpomínky uchované v paměti a fantazijně zpracované, dočasně nahrazují vnější realitu*“. Plháková (2013, 175) popisuje procesy odehrávající se při denním snění následovně: „*Při denním snění se pozornost přesunuje od běžných tělesných a mentálních aktivit, které jsou odezvou na podněty z vnější reality, k vnitřnímu psychickému světu.*“ Naproti tomu imaginace je zastřešujícím pojmem pro představivost a fantazii a jedná se o proces s aktivním zapojením osoby, která imaginaci provádí (Plháková, 2004). Představivost je dle Plhákové (2004) proces, který umožňuje vznik pamětních představ, které jsou více méně přesnými reprodukcemi dříve vnímané skutečnosti. Fantazie je výsledkem manipulace s představou, která pozměňuje dříve vnímanou skutečnost nebo ji doplňuje něčím zcela novým (Plháková, 2004).

Pro zpřehlednění rozdílu mezi denním sněním a výše uvedenými pojmy ovšem považujeme za nejvhodnější uvést, v čem se procesy odlišují. Na základě rešerše odborných zdrojů a analýzy definic pojmů je možné prohlásit, že při denním snění osciluje mentální činnost snícího mezi aktivitou a pasivitou, dochází k projekci obsahů myšlení a denní snění ve většině případů nevede snícího k žádné následné aktivitě.

2.2. Charakteristiky denního snění

Už na počátku 60. let uvažoval Nathaniel Kleitman o tom, že je pravidelné střídání REM fáze a NREM fáze spánku platformou bazálního cyklu odpočinek-aktivita. Tento cyklus však podle něj neprobíhá pouze ve spánku, ale i v bdělém stavu (Plháková, 2013). Denní snění probíhá podle Popa & Singera (1978) pravidelně v cyklických intervalech mezi 72 a 120 minutami a denní sny se v těchto intervalech vynořují spontánně. Klein & Armitage (1979) potvrdili experimenty se slovními a prostorovými úkoly, že mozek pracuje v přibližně 1,5 hodinových periodách, kdy se střídá jeho produktivita při zpracování verbálních a prostorových informací. Pravidelně kolísá také přesnost motorické koordinace, a to v přibližně 100minutových intervalech (Gopher & Lavie, 1980). Některé výzkumy prováděné pomocí EEG existenci cyklu odpočinek-aktivita potvrzují, jiné hypotézu spíše vyvracejí (Plháková, 2013). Výzkum Kaisera (2008) zase ukazuje na jediný vrchol aktivity, a to kolem jedné hodiny odpoledne, v pravidelných periodách dvou hodin pak místní maxima aktivity kortexu.

Duchniewska & Kokozska (2003) popsali střídání rytmů aktivity z hlediska kapacity sycení organismu informacemi z vnějšího světa. Pokud je jimi organismus přehlcen, spouští odpočinkovou fázi, která zabraňuje jejich pronikání do vědomí. Na základě uvedených informací se zdá, že denní snění je spojeno s poklesem výkonu mozku, což vede ke snížení lucidity a tím pádem i poklesu pozornosti. Pozornost by se tak mohla obracet k niternějším podnětům a obsahům, protože je to proces méně náročný na výkon.

Singer (1975) uvádí jako katalyzátor vzniku denního snění výkon monotónních a zautomatizovaných činností, což může být práce u pásové výrobní linky, řízení auta či čtení knihy. Denní snění může vycházet i z pocíťovaných nedostatků v životě, příkladem je snění lidí o bohatství nebo nemocných o zdraví (Nakonečný, 2015). Stejný zdroj uvádí také Hartl & Hartlová (2009) s tím, že obsahem snu je to, co stojí na horních příčkách hodnotové orientace daného jedince a čeho zároveň nemůže dosáhnout, ale i to, co má šanci získat. Jiným uvedeným zdrojem je to, co člověka čeká v blízké nebo i vzdálenější budoucnosti. Zdrojem denního snění jsou i výraznější denně prožívané emoce a sociální vztahy, zde především ty, které jsou pro daného člověka zraňující a narušené. Nakonečný (2015) uvádí mezi zdroji denního snění sensorickou deprivaci. Dokazují to podle něj četné experimenty, při nichž lidé vystaveni strádání popisují vtíravé představy, fantazie i halucinace. Z hlediska psychoanalytického pojetí jsou zdrojem snů především pudová přání a dále otevřené záležitosti, nedávné zážitky či smyslové podněty (Plháková, 2013).

Výskyt denního snění záleží podle Petrové & Plevové (2008) na věku a nejčastěji se objevuje v průběhu dospívání a mladé dospělosti. Na obsah má podle nich vliv pohlaví. Tyto charakteristiky popisuje také Singer (1966). Nejvíce denních snů se objevuje mezi osmnáctým až devětadvacátým rokem, ve věku třicet až devětatřicet let jeho frekvence klesá. Minima dosahuje denní snění mezi čtyřiceti a padesáti lety. Ve starším věku frekvence denního snění pravděpodobně mírně narůstá. Giambra (1977) stanovil jako proměnnou ve vztahu k frekvenci denního snění typ osobnosti. K dennímu snění se uchylují častěji osoby se sklonem k introspekci, pravděpodobně zde hraje roli také temperament, vysoké frekvence lze očekávat u osob s převažujícími tendencemi melancholie, ale také extraverte.

V roce 1980 provedl Giambra další výzkum s cílem srovnat denní snění u mužů a žen (1200 účastníků ve věku 17-92 let) pomocí dotazníku IPI a potvrdil tak zjištění Singera z roku 1966 uvedené v tabulce č. 7. Ženy uváděly častější denní snění týkající se mezilidských vztahů, nižší frekvenci denních snů se sexuální tematikou, bizarních a nepravděpodobných zážitků, hrdinských a na úspěch orientovaných činů. Většina pohlavních rozdílů přetrvávala

po celou dobu života, přičemž rozdíl ve frekvenci denní snů se sexuálním obsahem s věkem rostl. S výjimkou denních snů zaměřených na řešení problémů se veškerý zkoumaný obsah snění s rostoucím věkem snižoval. Ženy uváděly celoživotně více denních snů zaměřených na mezilidské vztahy než muži. Muži naproti tomu projevovali větší tendenci denního snění vztaženého k věcem, ale jak denní snění spojené s věcmi, tak s lidmi, bylo u mužů stejně frekventované (Giambra, 1980).

Tab. 7: Faktory a obsahy denního snění. (Singer, 1966)

Faktor denního snění	Obsah denního snění
Pohlaví	Ženy sní spíše o interpersonálních vztazích, častěji sní o vině (projekce přání vlastní nevinny), ve snění projevují pečovatelské tendence a zájem o vlastní tělo. Muži sní více o sexu, hrdinství a výkonech, mužské sny jsou častěji spojeny také s agresí.
Věk	Staří lidé více imaginují představy z jejich minulosti. Lidé ve věku kolem 20 let více sní o budoucnosti. S věkem se snižuje počet denních snů spojených s pocity viny a agresí.
Rodinné prostředí	Silnější identifikace s matkou vede k četnějšímu dennímu snění. Ženy, které sní málokdy, měly větší vazbu na otce.
Socioekonomický status	Denní snění dospívajících ze střední vrstvy je realistické.
Městské a venkovské prostředí	Lidé z velkých měst prožívají denní snění nejčastěji, méně sní obyvatelé periferií. Více sní lidé z venkova, méně pak lidé z malých měst.
Inteligence	Větší množství denních snů mají vývojově opožděné osoby.
Směřování v budoucnu	Četné snění v raném dětství koreluje s pozdějším rozvojem uměleckých schopností.

Lidé jsou si snění velmi dobře vědomi a jsou proto schopni o něm informovat v dotaznících a testech (McMillan, Kaufmann, & Singer, 2013). Obsahy denního snění trvají zhruba stejně dlouho jako události skutečné (Fontana, 2000). V rámci výzkumu (N= 2250) realizovaného pomocí softwarové aplikace pro smartphony zjistili Killingsworth a Gilbert (2010), že denní snění probíhá bez ohledu na to, co snící osoba zrovna dělá s jedinou výjimkou, kterou byl sex. Povaha činnosti neměla vliv ani na to, zda byl obsah snu příjemný či naopak. K tomu výzkumníci dále uvádí, že 42,5 % denních snů bylo pozitivního ladění, naopak 26,5 % negativní povahy a 31 % denních snů bylo respondenty označeno jako neutrální. Výskyt denního snění ovšem klesá s rostoucí náročností úkolu, který před snícím stojí nebo se zvyšováním odměny za výkon (Antrobus, Singer, Goldstein, & Fortgang, 1970). Kieran, Nijboer, Solomonova, Domhoff, & Christoff (2013) uvádí, že denní sny jsou vždy vizuální, a v 74% doplněny o vlastní slovní monolog. Většina denních snů (80 %) je obsahově blízká běžné realitě, 20 % denních snů obsahuje prvky bizarní, nepravděpodobné nebo vymyšlené a jsou podstatně vychýlené od fyzické či sociální reality.

2.3. Inventáře imaginativních procesů

První testovou metodou se stal v roce 1970 Inventář imaginativních procesů (Imaginal Processes Inventory – IPI), který vytvořil Singer a Antrobus. Je určený k měření různých charakteristik denního snění, tvoří jej 344 položek Likertova typu, které jsou rozděleny do 28 škál. Škály sledují frekvenci denního a nočního snění, pohlčení denními sny, počet zrakových a sluchových představ, orientaci na minulost, přítomnost a budoucnost, obsah denních snů jako je dosažení úspěchu, mezilidské vztahy, obavy ze selhání, vina, nepřátelství, sexualita či hrdinské činy nebo bizarnost denního snění (McMillan, Kaufmann, & Singer, 2013). Jistou slabinou IPI je velká časová náročnost, protože jen vyplňování testovanou osobou trvá minimálně 60 minut (Giambra, 1980).

V roce 1983 proto přichází Huba se zkrácenou verzí nazvanou Krátký inventář imaginativních procesů (Short Imaginal Processes inventory – SIPI). Tato verze je tvořena pouze 45 položkami, sytícími 3 faktory: pozitivně-konstruktivní denní snění, vina a strach ze selhání, špatná kontrola pozornosti (Huba & Tanaka, 1983). Vysoké skóre škály pozitivně-konstruktivní denní snění indikuje vnímání denního snění jako nástroje plánování, organizování a řešení problémů a zdroje originálních nápadů a příjemných pocitů. Vysoké skóre v rámci škály vina a strach ze selhání je charakteristické u denních snů s depresivními, provinilými nebo ohrožujícími obsahy. Vysoké skóre na škále slabé ovládnutí pozornosti je spojeno s nestálými a prchlivými tendencemi myšlenek, nízkou cílevědomostí a produktivitou práce (Huba & Tanaka, 1983).

Za zmínku zde stojí výzkum Singera a Zhiyana (1997), který prokázal, že popsané typy denního snění korelují s dimenzemi inventáře NEO-FFI. Pozitivní konstruktivní snění korelovalo s otevřeností vůči zážitkům, což se odráží ve zvědavosti, citlivosti a tendenci zkoumat myšlenky a emoce. Špatná kontrola pozornosti byla spojena s nízkou úrovní svědomitosti, zatímco provinile-dysforické snění pozitivně korelovalo s neuroticismem.

2.4. Pozitivní a negativní důsledky denního snění

Denní snění je proces, který může být pro člověka prospěšný, ale také škodlivý. Singer & Antrobus (1966 in McMillan, Kaufmann, & Singer, 2013) určili faktorovou analýzou při konstrukci IPI, že denní sny lze rozdělit podle obsahu na tři typy: prvním z nich je **pozitivní konstruktivní snění**, charakterizované hravostí a imaginací přání, spojené se schopností plánovat a kreativitou. Druhým typem je **provinile-dysforické snění**, charakterizované

posedlou, zlostnou fantazií a obavami ze selhání. Posledním typem je **špatná kontrola pozornosti**, charakterizovaná neschopností soustředit se na myšlení nebo na vnější činnost.

Platnost těchto tří faktorů byla za posledních 40 let opakovaně prokázána, a to napříč různými kategoriemi výzkumných souborů, jako je pohlaví, etnicita, věk a stav duševního zdraví (McMillan, Kaufmann, & Singer, 2013). Uvedený model tří typů je přijímán i v současnosti, kdy je denní snění zkoumáno jako adaptivní a prospěšné, ale také ve spojitosti s ruminací a náladou a s kognitivním selháváním souvisejícím s pozorností (Mooneyham & Schooler, 2013).

Blouin-Hudon & Zelenski (2016) uvádí, že typ denního snění má úzkou vazbu na osobnost snícího. Vztah mezi typem denního snění a osobností byl opakovaně zkoumán nejprve za pomoci testu SIPI a NEO-FFI (tabulka č. 8) Zhiyanem, & Singerem (1997).

Tab. 8: *Vztahy mezi typem denního snění a osobností. (Zhiyan & Singer, 1997)*

	Pozitivní konstruktivní DS	Provinilé-disforické DS	Špatná kontrola pozornosti
Pozitivní nálada	*** 0,35	* -0,22	*** -0,47
Negativní nálada	-0,07	*** 0,52	*** 0,34
Neuroticismus	-0,05	*** 0,44	*** 0,44
Extraverze	* 0,21	* -0,20	** -0,28
Otevřenost vůči zkušenosti	*** 0,52	-0,10	-0,08
Přívětivost	0,07	*** -0,34	* -0,23
Svědomitost	* 0,21	-0,11	*** -0,47

*p < .05 **p < .01 ***.p < .001

Později provedli testování pomocí SIPI, NEO-FFI a čtyř dalších testových metod Blouin-Hudon & Zelenski (2016). Zjistili, že pozitivní konstruktivní styl snění může přispět k většímu osobnímu růstu, smyslu života a pozitivním emocím, špatná kontrola pozornosti má dopad na vitalitu, autonomii, sebedůvěru, pocit štěstí, spokojenost a pozitivní emoce. Provinilé-dysforický styl snění je spojen s příznaky deprese, negativními emocemi a tělesným, duševním i společenským pocitem nepohody (Blouin-Hudon & Zelenski, 2016).

Velká část výzkumů provedených v posledních dvou desetiletích ukazuje **denní snění jako nežádoucí proces**. Ve výzkumech vede k selhávání kognitivní kontroly, působí nepříznivě na porozumění čteného textu, náladu (geneze depresivních stavů, ruminace), paměť, pozornost, akademický výkon, IQ. V USA byl prokázán negativní výkon v testech SAT (standardizovaný test používaný při přijímání studentů na vysoké školy v USA) (McMillan,

Kaufmann, & Singer, 2013). Přehledovou analýzu provedených studií dokazujících negativní dopady denního snění na kognitivní procesy a emocionalitu (tabulka č. 9) zpracoval Mooneyham & Schooler (2013):

Tab. 9: Přehled výzkumů s pozorovanými deficitem ovlivněnými denním sněním (Mooneyham & Schooler, 2013)

Typ pozorovaného deficitu	Výzkumy chronologicky
Generování náhodných čísel	Teasdale et al. (1995)
Paměť	Smallwood, Baracaia, Lowe, & Obonsawin (2003); Smallwood, O'Connor, Sudbery, & Obonsawin (2007); Riby, Smallwood, & Gunn (2008); Risko et al. (2012);
Porozumění čtenému textu	Schooler, Reichle, & Halpern (2004); Smallwood, McSpadden, & Schooler (2008); Reichle, Reineberg, & Schooler (2010); Franklin, Smallwood, & Schooler (2011); Uzzaman & Joordens (2011); McVay & Kane (2012a); Schad, Nuthmann, & Engbert (2012); Unsworth & McMillan (2012)
Reakční pohotovost	Smallwood, McSpadden, & Schooler (2007);
Nálada	Smallwood, O'Connor, Sudbery, & Obonsawin (2007); Smallwood et al. (2009); Killingsworth & Gilbert (2010); Smallwood & O'Connor (2011);
Zpracování vnějších podnětů	Smallwood, Beach, Schooler, & Handy (2008); Kam et al. (2011); Smallwood et al. (2011); Smallwood et al. (2011);
Stabilita pozornosti	McVay & Kane (2009); Mrazek et al. (2011); Hu, He, & Xu (2012); Stawarczyk et al. (2011); McVay & Kane (2012b); Schad, Nuthmann, & Engbert (2012)
Hodnocení vlastního výkonu	McVay, Kane, & Kwapil (2009)
Správné dokončení úkolu	Barron, Riby, Greer, & Smallwood (2011)
Řízení vozidla	He, Becic, Lee, & McCarley (2011)
GRE (test matematický)	Mrazek et al. (2011)
Pracovní paměť	Mrazek et al. (2012a); Mrazek et al. (2012b)

Denní snění jako prospěšný proces figuruje v menším množství výzkumů, i přesto lze poukázat na jeho roli při vzniku několika nezbytných psychických procesů. Podle Singera (1966) jsou snění, představivost a fantazie základními prvky zdravého a uspokojivého duševního života. Denní snění nabízí možnosti obrovských osobních zisků a je ústředním zdrojem homeostázy sebe sama ve světě. Pozitivní konstruktivní snění slouží podle Singera (1975) čtyřem adaptivním funkcím:

- plánování, které je spojeno s možností nacvičit si případné budoucí scénáře. Tato exekutivní funkce navíc sílí v případě změn, především poklesu, nálady.
- Tvořivosti, zejména tvůrčí inkubaci a exekutivní schopnosti řešit problémy.
- Cirkulaci pozornosti, která umožňuje mentální rotaci nejrůznějších objektů či informací.
- Dishabituaci, stimulační proces učení na základě opětovné možnosti zaměřit pozornost po jejím poklesu v rámci habituace.

Baird et al (2011 in McMillan, Kaufmann, & Singer, 2013) svým výzkumem podpořili adaptivní funkci plánování, když potvrdili, že pozitivní konstruktivní snění je spojeno

s orientací na budoucnost. Příznivý dopad pozitivního konstruktivního snění na člověka potvrzují také Zimbardo, Weber & Johnson (2003), podle nichž snění umožňuje vytvářet plány a řešit problémy. Příznivé ovlivnění procesu inkubace a stimulaci schopnosti vzhledu při řešení problémů popisují také Teng Teng, Hong, Chuansheng, & Jin (2015). Pozitivní vliv denního snění na proces kreativity potvrdil výzkum Zedelius & Schoolera (2016).

K důsledkům denního snění se vyjádřila i Plháková (2004), která popisuje hned několik významných pozitivních úkolů. Transformace citového vztahu umožňuje lidem dosáhnout nezbytné úlevy od každodenní a často náročné životní reality. Denní snění dále pomáhá při zvládání obtížných situací, např. lidé v zajetí mohou díky denním snům překonat obtížné podmínky a vypjaté situace či mučení. Denní snění mohou také nahrazovat chybějící reálné zážitky lásky, obdivu nebo konejšení, které podporují sebehodnocení a umožňují překonat náročné stavy, problémy a načerpat odvalu. Za globálně významnou lze u denního snění považovat funkci kompenzační a integraci nejrůznějších psychických obsahů.

2.5. Denní snění v psychoterapeutickém pojetí

Denní sny mohou mít pro člověka pozitivní význam ještě v jedné oblasti, které jsme se dosud nevěnovali. Lze jich totiž využít v psychoterapii podobně jako snů vzniklých ve spánku. Hned v úvodu kapitoly věnované procesu denního snění byla naznačena řada charakteristik, které spolu snění ve spánku a snění bdělé sdílejí. Funkční propojení mezi oběma procesy zkoumali Kunzendorf, Hartmann, Cohen, & Cutler na základě předchozích studií Antrobus (1986), Klingera (1990) a Singera (1987), kteří se víceméně shodovali v tom, že někteří jedinci mají v rámci denního snění zážitky podobné snění ve spánku. Antrobus a Wollman v roce 1992 navíc prokázali, že ve specifických podmínkách zahrnujících relaxaci či rozptýlené šedé světlo lze navodit bizarnější a živější denní sny, než jsou sny odehrávající se v REM fázi spánku (Kunzendorf, Hartmann, Cohen, & Cutler, 1997).

Kunzendorf, Hartmann, Cohen, & Cutler (1997) při svém výzkumu nejprve za pomoci krátké verze Boundry Questionnaire (BQ) určili rozměr participanty udržované hranice v rámci interpersonálních vztahů. Teorie BQ rozděluje testované osoby na jedince se slabými nebo silnými hranicemi. Lidé se slabými hranicemi mohou mít potíže s rozlišením snů od vzpomínek, pravděpodobně tráví více času sněním a jsou náchylnější k pocitům jasnovidnosti nebo předtuchy. Autor Boundry Questionnaire Hartmann popsal, že slabé hranice jsou typické pro psychotiky a umělce (Shelley, 2008). Po aplikaci testové metody výzkumníci požádali participanty, aby uvedli svůj poslední sen ze spánku a sen

bdělý a dále uvedli sen ze spánku, který významně vyniká a denní sen, který významně vyniká. Spánkové sny a denní sny byly zhodnoceny z hlediska jejich bizarnosti, emocionality a ryzosti na osmibodové stupnici dvěma nezávislými hodnotiteli. Denní sny participantů se slabými hranicemi dle BQ, byly hodnoceny jako emotivnější, ryzejší, a především značně bizarnější ve srovnání s jejich sny spánkovými.

Podobnosti obou procesů se věnují také renomovaní autoři učebnic jako je Nolen-Hoeksema, Sternberg nebo v rámci tuzemska Plháková či Nakonečný. U některých z autorů nelze zpochybnit jejich osobní zaujetí hlubinně psychologickými přístupy, které v oblasti snění historicky nacházejí zdroj informací, ale i přesto nebo spíše právě proto, mohou vyjádřit své poznatky z této oblasti psychologie skutečně fundovaně.

Důležité je uvědomit si fakt, že v rámci psychoterapie má význam psychický obsah sám o sobě. Ať už se jedná o sen vzniklý ve spánku nebo sen denní, přináší informace o snícím. *„Při psychoterapeutické práci není podstatná akademická otázka, zda sny mají smysl, nebo jsou pouze produktem zpracování informací v lidském mozku při REM fázi spánku. Sny, bývají tak dvojnásobně, chaotické a útržkovité, že už jejich vyprávění umožňuje promítnout do nich určité osobnostní vlastnosti.“* (Plháková, 2013, 202).

Jednoznačně největší tradici má práce se sny při psychodynamických přístupech. V České republice se podle Plhákové (2013) sny zabývají představitelé psychoanalýzy, analytické psychologie, daseinanalýzy, gestalt terapie a nověji se při výkladu snů uplatňuje narativní přístup. Sny je možné ztvárňovat dramatizací, arteterapií, rozvíjet aktivní imaginací.

2.5.1 Psychodynamická psychologie

Psychoanalytické pojetí snů Sigmunda Freuda předpokládá, že sen je přístupem k nevědomí, odkud prostupují pudová přání a náročné obsahy a pomocí snové cenzury jsou měněny do přijatelnější podoby, jež může být vpuštěna do vědomí (Vymětal, 2004). Freud (2003) dělí obsah snu na latentní – skrytý a manifestovaný – zjevný. Cenzura jako ego-obranný mechanismus funguje i v bdělém stavu (Vymětal, 2004), během spánku je však podle Plhákové (2013) oslabena, a právě díky tomu, je možné ve snech nacházet nevědomé psychické popudy. Velkým tématem je u psychoanalytického směru snová práce, která zajišťuje onu latentní podobu snů, sestává z několika úkonů a jeví se jako funkční i při denním snění.

Sny jsou z hlediska strukturálního modelu utvářeny působením všech tří složek mentálního aparátu souběžně, kdy je Id reprezentováno sexuálními a agresivními přáními či fantaziemi, ego se projevuje snahou o integraci a systemizaci při tlaku pudových impulzů z Id a obranných mechanismů ega. Superego je ve snech reprezentováno tématy viny, lítosti a potrestání i slovním projevem. Je odpovědné za prožívanou úzkost (Altman, 1969 in Plháková, 2013).

Funkci snu Freud vykládal jako plnění přání – sen zobrazuje přání jako splněné. Může jít o přání latentní (sen mladé ženy ve kterém menstruuje, je splněním přání při obavách, že otěhotněla) i manifestované (žízeň je potřeba vody) (Freud, 2003 in Nakonečný, 2015).

Sen v analytické psychologii Carla Gustava Junga je živoucím zdrojem jinak hluboko ukrytých informací. Podstatné je porozumění snu a následný dialog s nevědomím (Jung, 2017). Sen přináší například emoce, ukazuje situaci, kterou jedinec prožívá z jiné perspektivy a může naznačovat další vývoj (Hillman, 1999). Na rozdíl od psychoanalýzy je zde možné vykládat obsah snu přímo, protože žádný skrytý význam nemá. Sen je spontánním sebezobrazením aktuálního stavu nevědomí v symbolické podobě. Sny upozorňují na jednostrannosti, kterých se člověk dopouští a vyrovnávají je svou kompenzační funkcí. (Plháková, 2004). Dominantním pojmem jsou archetypy ztvárněné postavami z mýtů a legend. Terapeuticky významné jsou z hlediska výkladu snů snové série. Podle Junga poskytují snové série relativní jistotu výkladu snů (Jung, 2017).

Z hlediska denního snění je zajímavá interpretace vztahu snícího k druhým lidem nebo k sobě samému (Plháková, 2013). Výklad snu na rovině objektu lze využít v případech, kdy se ve snu objevuje někdo blízký nebo se celý sen odehrává ve známém prostředí. Výklad snu na rovině objektu je souhrnem dominantních rysů zobrazených lidí a vztahovosti, která se k nim z hlediska snící osoby váže. Výklad snu na rovině subjektu pojímá všechny prvky obsažené ve snu jako personifikaci snící osoby. Z tohoto hlediska je snící v roli všech herců, je scénou, kostýmy, režisérem i kritikem (Jung, Výbor z díla I. - Základní otázky analytické psychologie a psychoterapie v praxi, 2017). „*Výklad snu na rovině objektu je analytický, neboť rozkládá snový obsah do komplexů reminiscencí, jež se vztahují k vnější situaci. Výklad na subjektivní úrovni je naproti tomu syntetický, přičemž v základě ležící komplexy reminiscencí od vnějších pohnutek uvolňuje a pojímá je jako tendence nebo součástí subjektu a znovu je subjektu přičleňuje.*“ (Jung, Člověk a duše, 1995, 62).

Rozhovor nad analýzou série denních snů z perspektivy subjektu i objektu by mohla snícím osobám přinést informace, které mají sice velmi často na dosah, ale většinou jsou vůči nim neteční a nijak zvlášť se na ně nezaměřují. I navzdory tomu, že jsou jasnější, a především interpretačně přímočařejší než leckterý sen ze spánku.

Sen v dalších psychodynamicky orientovaných přístupech.

Individuální psychologie Alfreda Adlera je z hlediska tématu denního snění zajímavá proto, že Adler sám nevnímá žádný zásadní rozdíl mezi sny denními a sny ze spánku. Podle Adlera (1995 in Plháková, 2013) se lidé uchylují ke snění vždy, když zdravý rozum nestačí na řešení aktuálního problému nebo přichází s řešením, které není kongruentní s životním stylem snícího. Specifické sny o létání a padání interpretuje jako tendence k překonání ostatních.

Erich Fromm (1999) mluví o snění jako o příležitosti osvobodit se od požadavků vnějšího světa, což mu umožňuje pohlédnout do vlastního nitra a zabývat se sám sebou. Symboliku ve snu podle něj není možné vykládat univerzálně, vztahuje se vždy ke konkrétním člověku a jeho životu. Také Fromm pokládá za významné opakující se sny – snové série, protože podle něj ztvárňují centrální téma života snícího. Změny v obsahu opakujícího se snu mohou značit vnitřní pokrok či naopak regresi k dřívějšímu stavu.

2.5.2 Daseinanalýza a gestalt terapie

Daseinanalýza ve snech nehledá žádné symbolické významy. Snové obrazy jsou jí považovány za fenomény individuálního bytí, tedy neopakovatelné existence, prožívání sebe sama. Význam je proto možné vykládat bezprostředně z nich samých. Sen je v daseinanalýze vždy vztažen k bdělému životu snícího. Významné jsou zde opět snové série, které jsou údajně signály ke změně v dané oblasti života (Plháková, 2013). Condrau (1998 in Plháková, 2013) uvádí, že nejdůležitějším úkolem terapeuta v daseinanalýze je vést snícího k tomu, aby u jednotlivých snových fenoménů uvažoval nad jejich významem s cílem uvědomit si ho. Příkladem může být sen o strachu z nějakého živočicha, což může znamenat strach snícího z živočišnosti. Význam má atmosféra snu, která reprezentuje celkovou vyladěnost života snícího.

V **gestalt terapii** zakladatele Fredericka Pearlse je práce se sny královskou cestou k integraci osobnosti. Složky snu jsou gestalt terapií chápány jako projekce různých složek osobnosti snícího, včetně těch, které z nejrůznějších důvodů odmítá. Ty jsou ve snech vyobrazeny jako nebezpečná zvířata nebo monstra. Gestalt terapie sny neinterpretuje, ale klade si za cíl tyto

složky zpracovat, ztotožnit se s nimi a integrovat je jako části sebe sama. Práce se sny se v gestalt terapii odvíjí od skupinových výcviků, při nichž se vedoucí skupiny zaměří na jednoho účastníka a jeho sen. Nejprve je vyprávěn sen v přítomné čase, což usnadňuje sen znovu prožít. Postupné ztotožnění s jednotlivými částmi snu je dalším krokem. Vybraný účastník si může představovat, že se stává čímkoliv ze svého snu (zvířetem, věcí). Náročná je identifikace se snovými monstry, nicméně je-li zvládnuta, lze říct, že došlo k přijetí odmítané části sebe sama (Plháková, 2013).

Přestože existuje řada rozdílných teoretických backgroundů a různých přístupů k práci se sny, je možné všimnout si několika oblastí, ve kterých se představitelé psychoterapeutických směrů a jejich následovníci shodují. Plháková (2013) upozorňuje na ty nejmarkantnější:

- výskyt zvířat (především nebezpečných či divokých), sopek, rozvodněných řek a jiných rozbouraných živlů reprezentují ve snech disociované a hůře integrované složky osobnosti.
- Jako významné jsou vnímány snové série, které ukazují na dlouhodobý neřešený problém či konflikt.
- Sny jsou chápány jako emise rozporů v psychice daného jedince. Upozorňují na ně, jsou výzvou k jejich řešení. Při psychoterapeutické práci se sny je nezbytná znalost psychické a interpersonální situace snícího a jeho osobních problémů.
- Obecný konsenzus panuje i v nezbytné účasti snícího při interpretaci snových obsahů.
- Většina terapeutů vítá vyprávění o snech v individuální, skupinové i rodinné terapii, protože to zprostředkovává nenásilný přesun k intimnějším tématům.

3 DENNÍ SNĚNÍ U SCHIZOFRENIE

V předchozích kapitolách bylo podrobně popsáno duševní onemocnění schizofrenie a následně proces denního snění. Spojením obou témat se zabývali již filozofové. Kant uvedl, že šílený člověk je snící během bdění, Schopenhauer označil sen za krátkodobé šílenství a šílenství za dlouhý sen (Černoušek, 1988). Z pohledu psychologie se denními sny u schizofrenie až donedávna zabývala především klasická psychiatrická a psychoanalytická literatura. Její těžiště leží hlavně ve snění spánkovém. Shodné kvalitativní znaky mezi sněním bez patologie a abnormálním sněním ve stavu psychózy definovala jako rozvolnění asociací, prožívání bizarních osobních zkušeností a zkreslení vnímání času a prostoru (Scarone et al., 2007).

Jung v roce 1907 napsal, že kdybychom si dokázali představit snícího člověka, jako by byl vzhůru a přehrával svůj vlastní sen, pak bychom před sebou měli klinický obraz *dementia praecox* (Scarone et al., 2007). Ve svých psychoanalytických poznámkách k paranoi uvedl Freud v roce 1911, že akutní psychotické epizody a sny někdy sdílejí společné rysy (Scarone et al., 2007). V Bleulerově klinickém pojetí je jedním z nejvýraznějších psychopatologických projevů schizofrenie to, že jsou lidé trpící tímto duševním onemocněním odděleni od reality a žijí ve svém vlastním světě, což je velmi podobné snovým stavům (Bleuler, 1911 in Scarone et al., 2007).

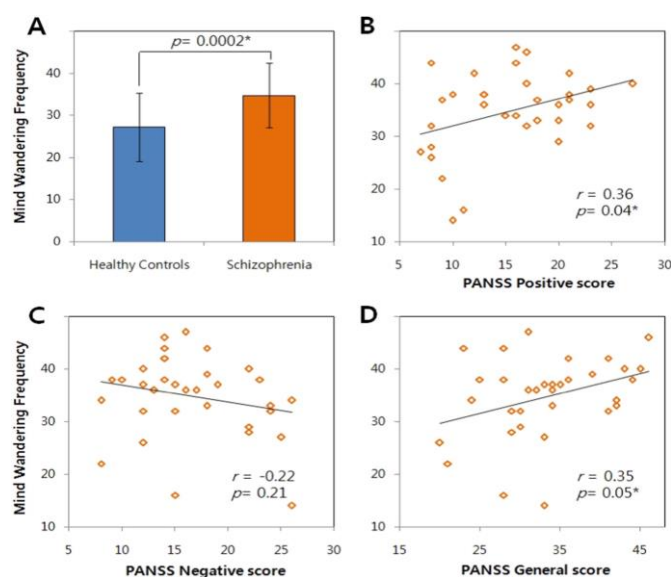
Empirický důkaz pro uvedené hypotézy se rozhodl přinést Cartwright (1972) a na základě jeho výzkumu byl u jedinců se schizofrenií popsán přímý vztah mezi závažností psychopatologie a bizarností obsahu snů.

Výzkum, který mimo jiné ukázal, že výše uvedené teorie Junga, Freuda či Bleulera nebyly daleko od pravdy, provedl v roce 2007 Scarone et al.: „*Přestože jsou zjištěné výsledky stále ještě velmi předběžné, zdají se být v souladu s hypotézou, že snící mozek je možným experimentálním modelem psychózy.*“ (Scarone et al., 2007, 519). Z hlediska předkládané práce je ovšem zajímavé zjištění, že funkční analogií k organizaci mozkové činnosti a neurochemických demodulací mezi psychózou a sněním, by mohl být stav snížení výkonu exekutivních funkcí včetně myšlení a zvýšení výkonu emočně řízené kognice. To by odpovídalo jak klamnému, tak nekritickému myšlení, v souladu s hypotézou, že klamy schizofrenie a snění vznikají tehdy, když je integrace a zpracování informací deregulována nadbytkem emocí (Scarone et al., 2007). Popsaný stav se rovná stavu denního snění.

Pocit ztráty kontaktu s vnějším světem je charakteristický pro denní snění a je i průvodním rysem psychotických symptomů, zejména těch pozitivních, jako jsou halucinace a bludy (Parnas, 2011). Empirické důkazy o vztahu denního snění a schizofrenie jsou získávány především prostřednictvím metody *thought sampling*, tedy značkování myšlenek, specifickým nástrojem jsou pak poměrně jednoduché počítačové testy SART (Sustained Attention to Response Task). Testy SART jsou v současné době vůbec nejpoužívanějším nástrojem vzorkování myšlenek (Chen et al. 2004, O'gráda et al., 2009).

Negativní dopad denního snění na osoby se schizofrenií ukázaly právě výzkumy s využitím testů SART a *thought sampling*. Testovaná osoba zde má za úkol sledovat obrazovku počítače, na které se střídají čísla a jeden zvolený symbol (např. x uvnitř kruhu). Vždy když testovaná osoba zaznamená symbol, který se objeví po čísle, má stisknout klávesnici, výjimkou je prezentace symbolu po čísle 3. V tomto případě k behaviorální reakci dojít nemá. Výzkumy Chana, Chena, Cheunga, Chena, & Cheunga (2004) a O'gráda et al. (2009) prokázaly, že jedinci se schizofrenií dosahují horšího výkonu (jsou méně přesní) oproti kontrolní – neschizofrenní skupině. Test SART, respektive chyby ve výkonu a přesnosti při jeho plnění, se stal nepřímým indexem denního snění.

Negativní dopady denního snění zkoumali Shin et al. (2015) na vzorku 33 pacientů se schizofrenií a 33 zdravých osobách zařazených do kontrolní skupiny. Tento výzkum ukázal kladnou korelaci frekvence denního snění a závažnosti pozitivních symptomů a dále, že osoby se schizofrenií trávili v porovnání s kontrolní skupinou denním sněním více času. Data neukazovala na lineární souvislost se symptomy negativními (Shin et al., 2015).

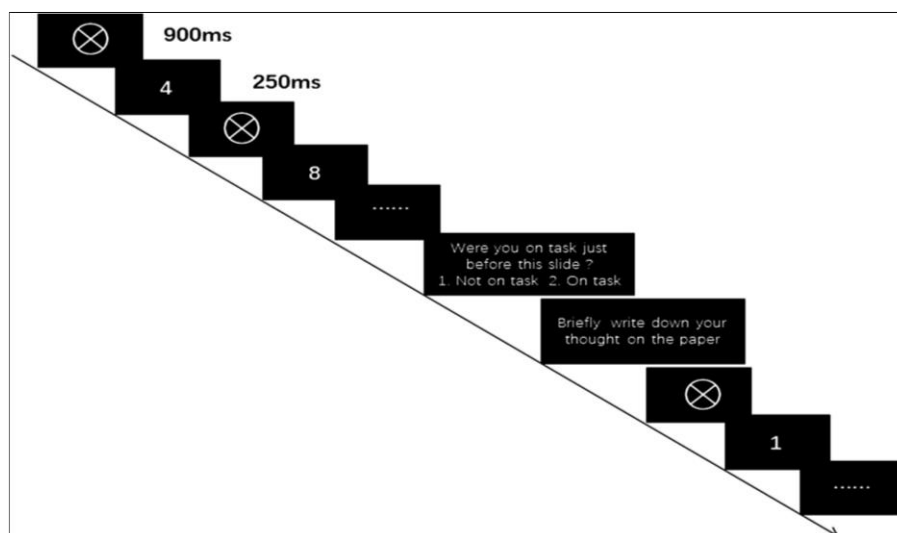


Obr. 6 - Skupinové rozdíly u četnosti denního snění a korelace mezi denním sněním a četností klinických proměnných. (Shin et al., 2015)

Skupinové rozdíly u četnosti denního snění a korelace mezi denním sněním a četností klinických proměnných znázorňuje obrázek č. 6. (A) rozdíly četnosti denního snění mezi kontrolní skupinou a skupinou se schizofrenií. B, C a D korelace mezi denním sněním a skóry psychotických příznaků u pacientů se schizofrenií. (B) ukazuje na vliv četnosti denního snění a zvýšené přítomnosti pozitivní symptomatiky schizofrenie. (C) ukazuje na vliv frekvence denního snění a zhoršení negativní symptomatiky schizofrenie. (D) ukazuje vliv denního snění na prohloubení symptomatiky schizofrenie obecně (Shin et al., 2015).

Negativní dopad denního snění byl vyloučen v roce 2019 Chenem et al. Podle Chena et al. (2019) si sebou předchozí studie nesly řadu omezení, která bránila lepšímu porozumění souvislosti mezi denním sněním a psychotickými příznaky schizofrenie. Za prvé, většina studií neposuzovala míru frekvence denního snění u osob se schizofrenií, za druhé, studie Shina et al. z roku 2015, která přímo měřila denní snění, si vystačila pouze se sebeposuzujícím dotazníkem snících participantů.

Chen et al. (2019) provedli experimentální výzkum denního snění u schizofrenie prostřednictvím vzorkování myšlenek při plnění úkolu (*thought-sampling task*, obrázek č. 6), tedy způsobem obecně považovaným za efektivní u studií denního snění (Smallwood & Schooler, 2015) a v obdobné formě použitý také např. Shinem et al. (2015). V rámci vzorkování myšlenek se od participantů požaduje, aby podávali průběžné zprávy o jejich mentálních pochodech, které v průběhu plnění úkolu prožívají (viz obrázek č. 7).



Obr. 7 - Metoda *thought-sampling* (Chen et al., 2019)

Participantů byli v předemné studii v pravidelných intervalech žádáni, aby sdělili, zda byli plně zaměřeni na plnění úkolu nebo rozptýlováni myšlenkami nezávislými na plnění úkolu. Všechny zjištěné myšlenky byly následně řazeny do jedné ze čtyř kategorií (vzorkování):

1. myšlenky související s úkolem; 2. vnější rozptylování, tedy myšlenky nesouvisející s úkolem, ale závislé na podnětu (např. zvuky či žízeň); 3. rušení související s úkolem (např. uvažování o vlastním výkonu a jeho hodnocení); 4. denní snění, tedy myšlenky nezávislé na úkolu a na vnějších podnětech (např. myšlenky na přípravu večere) (Chen et al., 2019).

Výzkum byl proveden na 58 pacientech se schizofrenií hospitalizovaných v psychiatrické nemocnici v Pekingu. Participanti splnili diagnostická kritéria DSM-IV pro schizofrenii, jejich IQ bylo ≥ 70 , byli ve věku 18 až 60 let a jednalo se o pacienty klinicky stabilní. Zároveň byli vyloučeni pacienti s anamnézou závislosti na alkoholu nebo drogách, s neurologickým onemocněním či po ECT aplikované v posledních třech měsících. V rámci experimentu byla vytvořena demograficky ekvivalentní kontrolní skupina neschizofrenních osob. Chen et al. (2019) se domnívali, že lidé se schizofrenií budou zažívat více denního snění oproti zdravé kontrolní skupině a že bude denní snění pozitivně korelovat s psychotickými symptomy těchto osob.

Studie nezjistila žádné významné lineární vztahy mezi jednotlivými myšlenkami týkajícími se plněního úkolu i nezávislých na plněném úkolu a výskytem pozitivních či negativních symptomů schizofrenie (viz tabulka 10). U pacientů se schizofrenií byl při plnění zaznamenán menší výskyt denního snění (1,4 %) oproti „zdravé“ kontrolní skupině (5,8 %). Tento rozdíl byl velmi vysoce signifikantní ($p < 0,001$) a v opačném směru, nežli výzkumníci očekávali. U starších dospělých napříč oběma skupinami bylo snění zaznamenáno ve 4% případech, u mladých dospělých ve 20% případech (Chen et al., 2019).

Tab. 10: Spearmanova korelace charakteru myšlenek a symptomatiky schizofrenie. SPANS = škála pozitivních a negativních symptomů; /S = souhrnná; /P = pozitivní symptomy; /N = negativní symptomy; /O = symptomy obecně. (Chen et al., 2019)

	SPANS/S	SPANS/P	SPANS/N	SPANS/O
Přesnost plnění úkolu	-0,23	-0,12	-0,12	-0,19
Myšlenky související s úkolem	-0,09	0,18	0,06	0,09
Vnější rozptylování	0,12	-0,18	-0,05	-0,10
Rušení související s úkolem	-0,01	-0,16	-0,03	-0,07
Denní snění	-0,01	0,17	0,06	0,09

Jak jsme již uvedli, výsledky této studie odporují zjištěním Shina et al. (2015). Důvodem by mohla být skutečnost, že Shin et al. (2015) zjišťovali míru rozptýlení participantů obecně, bez přihlídnutí k možnosti, že ne všechny myšlenky narušující pozornost jsou denními sny,

což mohlo způsobit zkreslení výsledků. K objasnění tohoto problému bude nutné provést další výzkumy, a to také s osobami s přítomnými závažnými příznaky (Chen et al., 2019).

Při realizaci studií je však potřeba zaměřit se i na další důležité detaily. Například výzkum Jacksona & Baloty (2012) využívající *thought samplingu* pomocí testu SART zjistil, že účastníci hlásili denní snění ve 12% případů při prezentaci podnětu po dobu 200 ms, při expozici podnětu po dobu 1250 ms to bylo již v 53% případů. Roli tak hraje délka vystavení podnětu, ale i věk či pohlaví (Jackson & Balota, 2012).

Zjištění Chena et al. (2019) podporují některé další výzkumy. Například Phillips, Salo a Carter (2015) zjistili, že v jimi aplikovaném experimentálním úkolu (A-X Continuous Performance Task), byly poklesy pozornosti spojeny s vyšší aktivitou v rámci klidového nastavení neuronální sítě (*default mode network*) a frontálním-parietálním řízením neuronální sítě u pacientů se schizofrenií, což naznačuje menší četnost denního snění během plnění úkolů vyžadujících pozornost v porovnání se zdravými lidmi z kontrolní skupiny.

Studie transkraniální stimulace stejnosměrným proudem ukázala, že inhibice stimulace středního prefrontálního kortexu snížila frekvenci i vlastní obsah denního snění mezi mužskými účastníky (Bertossi, Peccenini, Solmi, Avenanti, & Ciaramelli, 2017).

Zjištění podporuje také studie lézí. Ta ukázala, že u pacientů s lézemi v prefrontální ventromediální oblasti mozkové kůry, která je klíčová pro autoreferenční zpracování, je hlášen pokles frekvence denního snění (Bertossi & Ciaramelli, 2016).

Silně podporuje tvrzení, že denní snění nemá vliv na příznaky onemocnění, výzkum z roku 2015. Tabak, Horan, & Green (2015) neprokázali žádný vztah mezi psychotickými příznaky u pacientů se schizofrenií a všímavostí. Byť se jedná o poněkud jiný mentální proces, výzkumníky je dáván do stejné souvislosti jako u schizofrenie a denního snění.

VÝZKUMNÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Odborníky je denní snění spojováno s dopady na kognitivní procesy a emocionalitu, a to jak ve smyslu pozitivním, tak jako proces zdraví škodlivý a maladaptivní. V souvislosti s pozitivními důsledky denního snění byla výzkumně ověřována a následně potvrzena řada procesů, jako je adaptabilita, kreativita (proces inkubace), integrace psychických obsahů, organizování a plánování, dosahování osobních cílů nebo učení (konsolidace posílením asociačních schopností mozku) (Ottaviani & Couyoumdjian, 2013). O negativních důsledcích referují výzkumy zaměřené na narušení pozornosti (především při čtení či řízení dopravních prostředků), výkon paměti, rozhodování (ovlivněno minulostí), ruminaci, dysforii, depresi, zkracování telomer (Ottaviani & Couyoumdjian, 2013) nebo symptomatiku psychotických onemocnění, především schizofrenie (Shin et al., 2015).

Symptomatika schizofrenie zahrnuje změny ve vnímání, emocích, kognici, myšlení a chování (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2016). Oblasti, na které mají denní snění a schizofrenie vliv, se tedy velkou měrou překrývají. Přestože je tato skutečnost registrována poměrně dlouhou dobu, vědecky se jí zabývá omezený okruh badatelů. Výzkumná činnost přinesla nejprve důkazy o dopadech negativních. Shin et al. (2015) popsali zhoršení pozitivních symptomů nemocných. Tato zjištění však studií z roku 2019 vyvrací Chen et al. Osoby se schizofrenií podle nich nevykazují změny negativní symptomatiky. Oproti kontrolní skupině zdravých osob dokonce tráví denním sněním signifikantně méně času. Výzkumy se však do jisté míry shodují v tom, že denní snění u osob se schizofrenií zhoršuje přesnost při podávání výkonu (Chan, Chen, Cheung, Chen, & Cheung, 2004; O'gráda et al., 2009; Chen et al., 2019). Chen et al. (2019) uvádí v rámci jejich studie vztah mezi denním sněním a přesností podávaného výkonu u skupiny se schizofrenií, kdy $r = -0,230$ (viz tabulka č. 10).

Denní snění u osob se schizofrenií je oblastí nedostatečně probádanou, a právě z toho důvodu jsme se rozhodli dané problematice věnovat prostor v této bakalářské práci. Žádný z výzkumů doposud nešetřil, jakým způsobem tento proces zakoušejí sami nemocní. Reflektování procesu nemocnými, tedy lidmi problematiku denně prožívajícími by mohlo pomoci s mapováním rysů denního snění z jiné perspektivy. Protože nás zajímá proces denního snění u schizofrenie komplexně, nikoliv pouze výše akcentovaný negativní či pozitivní vliv, byl **výzkumný problém** stanoven jako **aspekty denního snění u jedinců se schizofrenií**.

4.1. Výzkumné cíle a otázky

Cílem výzkumu je **deskripce denního snění u jedinců se schizofrenií**, která by poskytla přehled o vybraných aspektech, jako je jeho průběh, obsah denních snů, dopad denního snění na daného jedince a motivace provádět denní snění z pohledu osob se schizofrenií.

Vzhledem k výše popsaným teoretickým východiskům už víme, že denní snění může být procesem přínosným, ale stejně tak i škodlivým. I přes tato fakta, s jeho obsahem lidé často vůbec nepracují. Ideálním cílem bakalářské práce, který by přesahoval její primární účel, je proto reflexe pro účastníky výzkumu této bakalářské práce, případně zamyšlení nad tím: „*Co mi denní snění může dát, a co naopak i vzít*“, v populaci osob se schizofrenií obecně.

Výzkumné otázky vznikly postupnou redukcí z prvotního počtu 24 otázek, kdy jsme 21 z těchto otázek následně použili při interview s respondenty. Výzkumné otázky tvoří čtyři tematické oblasti, které 21 otázek interview lépe pokrývají, posbíraná data vhodně saturují a mají zajistit jejich větší výtěžnost. Vyřazené otázky interview se tematicky výrazně dublovali s jinými a z pohledu výzkumníků lépe formulovanými otázkami. Dále uvádím **výzkumné otázky**, jejichž zodpovězením chceme získat přehled o vybraných aspektech, které se s denním sněním pojí.

- 1. Jak jedinci se schizofrenií zakoušejí průběh denního snění?**
- 2. Co je obsahem denního snění u jedinců se schizofrenií?**
- 3. Co vede jedince se schizofrenií k provádění denního snění?**
- 4. Jaká je zkušenost jedinců se schizofrenií s vlivem denního snění na jejich duševní onemocnění?**

5 METODOLOGICKÝ RÁMEC A POUŽITÉ METODY

V této kapitole popisujeme zvolený typ výzkumu, metody získávání dat, metody zpracování a analýzy dat, etické hledisko a ochranu soukromí.

5.1. Typ výzkumu

Vzhledem k řešené problematice, kterou se výzkumně zabýváme, byl jako nejvhodnější zvolen **kvalitativní výzkum**. Kvalitativní výzkum je podle Miovského (2006, 18): „*Přístupem v psychologických vědách využívajícího principů jedinečnosti, neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky a v jeho rámci cíleně pracujeme s reflexivní povahou jakéhokoliv psychologického zkoumání.*“

Hlavní výhodou kvalitativního výzkumu je získání hloubkového popisu případů. Nezůstáváme na povrchu, ale případy podrobně komparujeme, sledujeme jejich vývoj a procesuálnost. Můžeme citlivě přihlížet k působení kontextu, lokální situace a podmínek. Získáváme podrobné informace, proč se daný fenomén objevuje (Hendl, 2008). Při výzkumu denního snění u jedinců se schizofrenií, jakožto jejich specifickému ztvárnění subjektivních psychických obsahů, je nutné přiblížit se co nejvíce k uvedeným charakteristikám. Creswell (1998, in Hendl, 2008) vnímá kvalitativní výzkum jako proces hledání porozumění v nejrůznějších podmínkách. Výzkumník získává komplexní holistický obraz, provádí analýzu nejrůznějších textů a informuje o subjektivním smýšlení respondentů.

Zvoleným **typem výzkumu** je **osobní případová studie**. Tradice využívání případových studií je v podstatě stejně dlouhá, jako existence vědního oboru psychologie (Miovský, 2006). Případové studie řeší detailně jeden nebo několik málo případů a výzkumníkovi se jedná hlavně o zachycení složitostí případů a holistický popis vztahů (Hendl, 2008). Podle Miovského (2006) jde o základní a patrně nejrozšířenější typ výzkumu v rámci kvalitativního přístupu a je vhodný např. u analýzy a popisu typického případu jako zástupce určité skupiny či naopak případu atypického. Záměrně uvádíme obě varianty, protože se s nimi u předkládaného výzkumu můžeme setkat. „*Práce na případové studii zdůrazňuje komplexní povahu zkoumaných fenoménů, zohledňuje souvislosti jednotlivých oblastí, jichž se případ dotýká, a to včetně jeho historicko-biologického pozadí.*“ (Miovský, 2006, 94)

5.2. Metoda získávání dat

Metodou získávání dat bylo zvoleno **polostrukturované interview**. Polostrukturované interview je podle Miovského (2006) nejrozšířenějším typem vedení interview, kombinující klady interview nestrukturovaného a strukturovaného. Dotazující má při vedení polostrukturovaného interview k dispozici předem připravený seznam s otázkami (Ferjenčík, 2000). Seznam otázek interview předkládaného výzkumu čítá celkem 21 položek, které je možné rozdělit do několika uvažovaných tematických celků, teoreticky se vztahujících k jednotlivých výzkumným otázkám.

Způsob a forma odpovědí na otázky zůstává víceméně volná s možnostmi klást otázky uzavřené a otevřené (Hendl, 2008). Miovský (2006) uvádí, že je možné změnit pořadí otázek přímo během vedení interview tak, aby byla zajištěna jeho co největší výtěžnost. Toho jsme při setkání s respondenty několikrát využili, a to v případech, kdy oni sami plynule přešli k povídání o tématu, které bylo v seznamu otázek plánováno později.

Všechny otázky uvedené v seznamu pro interview jsou otevřené a takto byly použity i během realizace interview s respondenty. Podle Ferjenčíka (2000) je otázky možné rozdělit ještě na primární a sekundární, kdy primárními jsou původní otázky ze seznamu pro interview a sekundárními otázkami jsou otázky, které posluchače napadnou až během interview či mají respondenta podnítit k dalšímu sdělení. Za tímto účelem jsme využili celé řady sekundárních otázek, jako jsou krátké projevy porozumění a zájmu, očekávající mlčení, opakování primárních otázek, opakování odpovědí a parafrázování, sumarizace odpovědí a další (Ferjenčík, 2000). Uzavřené otázky jsme kladli spíše v rámci aktivního naslouchání.

Součástí seznamu otázek byl také záznamový arch určený k záznamu osobních údajů respondentů a vedení poznámek. Záznamový arch měl výzkumník při interview k dispozici. Použití záznamového archu doporučuje Miovský (2006) hlavně v případech, kdy je interview náročné např. časově. V našem případě trvalo interview mezi 44 a 90 minutami, což odpovídá rozpětí doporučeného Smithem, Flowersem, & Larkinem (2009). Seznam otázek interview byl vytištěn ve variantě vykání a tykání (podle toho, zda se výzkumník s respondentem již zná a dohodli se na tykání nebo se neznají a na tykání se nedohodli).

Pořadí otázek interview bylo určeno cíleně na základě jejich předpokládané náročnosti pro respondenty, tedy interview začínalo otázkami obecnými a směřovalo k otázkám osobním. Za otázky pro respondenty náročné považujeme např. dotazy na obsahy denních snů,

speciálně ty, které se týkají vztahů a sexuality. Postupy od obecnějšího ke konkrétnímu či běžných a méně osobních zážitků k těm intimnějším doporučuje Miovský (2006).

Příprava sběru dat byla předem rozdělena do čtyř fází. Přípravná fáze spočívala ve zkušebním provedení celého setkání se „cvičnou respondentkou“, a to včetně kladení všech otázek interview a závěru interview. Ve druhé, úvodní fázi, jsem potencionálním respondentům poskytl veškeré informace, tak jak je uvádí např. Ferjenčík (2000). Představil jsem se, vysvětlil, proč je žádám o „rozhovor“ a jaký studijní obor studuji. Dále jsem vysvětlil zaměření výzkumu a důvod proč jsem si daného člověka jako potenciálního respondenta zvolil. Důležitá byla také společná dohoda o termínu realizace interview. Se třemi potencionálními respondenty proběhlo ještě týž den. Podle Ferjenčíka (2000) se jedná o třetí fázi sběru dat – jádro interview. S dalšími třemi potencionálními respondenty jsem se domluvil na setkání další týden s postupnou realizací interview v průběhu dopoledne.

Důležitou součástí je i čtvrtá fáze – zakončení interview (Hendl, 2008). Výzkumník by měl respondenta ocenit za jeho účast ve výzkumu řešené oblasti. Vhodná je sumarizace hlavních témat (Ferjenčík, 2000). Hendl (2008) k této fázi ještě doplňuje, že kvalitativní rozhovor není pouze sběrem dat, ale může mít i intervenční charakter a je proto vhodné poskytnout respondentům kontakt na výzkumníka. Možnost kontaktování s cílem reflektovat část interview jedna z respondentek skutečně využila.

Při vedení interview jsme kladli důraz na používání výrazu „denní snění“, tak abychom participantům připomínali, že nás zajímají informace právě o něm, a nikoliv snech ve spánku. Na úplný začátek interview byla také zařazena otázka, zda ví, co to je denní snění a jak si pojem vysvětlují. V případě nejasností jsem tak mohl respondentům termín osvětlit.

Kvalitu dat ovlivňuje podle Miovského (2006) autentičnost tazatele i přirozenost prostředí, v opačném případě může být výzkumník pro respondenty nevěrohodný. Interview bylo vedeno v budově neziskové nestátní organizace ve Zlíně, v místnosti běžně užívané pro jednání s klienty sociální rehabilitace a dalšími návštěvníky. Místnost byla uzavíratelná, čímž byl zajištěno soukromí a klid, byla příjemně osvětlena, participantům vyhovovala teplota místnosti. Před rozhovorem jim bylo nabídnuto místo k sezení a sklenice s vodou. Participant v daném místě tráví většinou několik hodin denně, v místnosti pak provádí individuální plánování průběhu sociální služby, prostředí setkání tedy dobře znají.

5.3. Metoda zpracování a analýzy dat

Cílem našeho výzkumu je deskripce denního snění. Je ovšem důležité uvědomit si, z jakého úhlu pohledu. V případě, že chceme skutečně popsat všechny sdílené rysy a vytvořit tak jakýsi teoretický základ, připadala by v úvahu zakotvená teorie. Cílem této práce zmapování nejzásadnějších aspektů skutečně je, nicméně skrze zkušenost nemocných. Zajímá nás, jak ji prožívají, co si o ní myslí. Podle Hendla (2008) se v takovém případě jeví jako nejvhodnější fenomenologický přístup, který klade důraz na vnímání určité zkušenosti konkrétním jedincem. Řiháček, Čermák, & Hytych specifikují **metodu analýzy dat jako interpretativní fenomenologickou analýzu (IPA)**, jejímž zaměřením je porozumění žité zkušenosti člověka v určitých podmínkách nebo situaci. IPA se osvědčuje také v případech, kdy je předmětem výzkumu neobvyklá skupina, situace nebo zdroj sběru dat (Řiháček, Čermák, & Hytych, 2013). Za takový případ denní snění u jedinců se schizofrenií pokládáme, a to i na základě existence jednotek vědeckých studií této problematiky.

Interpretativní fenomenologická analýza je podle nás specifická velmi podstatnou skutečností. Zkušenost konkrétního respondenta výzkumník fenomenologicky exploruje s vědomím, že v porozumění hraje velmi významnou roli jeho vlastní pohled na svět i jeho interakce s respondenty (Řiháček, Čermák, & Hytych, 2013). Výzkumník tedy otevřeně přiznává, že jeho osobní postoje, přesvědčení a interpretace jsou při snaze pochopit zkušenosti jiného člověka nepostradatelné, a tak ani výzkumníkovy prekoncepce nejsou v IPA vnímány jako něco, co by mělo být eliminováno či usměrněno (Fade, 2004).

Metodou zpracování dat byl **doslovný přepis záznamů interview** v podobě mp3 souborů do textového editoru Microsoft Word. Správnost transkripce jsme na závěr ověřili opakovaným poslechem audiozáznamů se souběžným čtením transkribovaného textu.

Proces analýzy v IPA začíná vždy u prvního rozhovoru. U dalších rozhovorů je možné využít dvojího způsobu, jak pokračovat v analýze, a to buď použít témata vzešlá z první analýzy k orientaci v dalších případech, nebo provádět analýzu každého následujícího případu samostatně, „od začátku“, včetně identifikace témat. V současnosti je upřednostňován způsob druhý (Smith, Flowers a Larkin, 2009).

Smith, Flowers, & Larkin (2009, in Řiháček, Čermák, & Hytych, 2013) rozdělují proces analýzy dat do několika fází:

1. **Reflexe vlastní zkušenosti s tématem** představuje především nástroj uvědomění si interpretativní role ve výzkumném procesu, který nám umožňuje užitečně pracovat

s daty a zajistit přitom validitu naší analýzy. Reflexe vlastní zkušenosti s denním sněním proběhla četnými vnitřními dialogy sám se sebou. Tyto dialogy krystalizovaly několik významných otázek a postojů. Dalším způsobem reflexe vlastní zkušenosti byly rozhovory na téma denní snění, které jsem vedl s pracovníky sociální rehabilitace pro osoby s duševním onemocněním a mými studijními kolegy.

2. **Čtení a opakované čtení** má především podnítit zájem výzkumníka. Kromě opakovaného čtení jsme záznamy interview také opakovaně poslouchali v rámci transkripce dat. Některé pasáže interview jsem tak znal dokonce z paměti.
3. **Tvorba počátečních poznámek a komentářů** je nejdetailnější částí analýzy. Vyžaduje výzkumníkovu naprostou otevřenost vůči datům. Výzkumník by neměl zavrhnout žádné části výzkumného materiálu naopak by měl být pozorný i vůči sebemenším a zdánlivě marginálním detailům, jakožto aspektům zkoumaného fenoménu. Poznámky a komentáře jsme zapisovali přímo do textu v programu Microsoft Word, a to pomocí lomítek, využíval jsem také funkce poznámka. Počáteční poznámky jsem podtrhával, v průběhu celé analýzy jsem využíval i různých barevných značek (barva textu, barva pole za textem) a nejrůznějších kombinací uvedených nástrojů.
4. **Rozvíjení vznikajících témat** je nástrojem transformace předchozích poznámek do výstižných témat, která zachytí esenciální kvalitu respondentovy zkušenosti. Tématům jsme v této fázi přidělili zastřešující název, který ovšem nemusel být definitivní a terminologií nutně psychologický.
5. **Hledání souvislostí napříč tématy daného případu.** Po dokončení formulace témat, jsme se analyticky věnovali mapování jejich vzájemného propojení, tedy způsobu, jakým se k sobě vztahují.
6. **Analýza dalšího případu** (opakování bodu 1 až 5).
7. **Hledání vzorců napříč případy** je posledním krokem analýzy dat. V této fázi jsme propojovali jednotlivé případy na základě jejich témat. Kladli jsme si otázky, jaká je mezi zkušenostmi respondentů souvislost, jak téma z jednoho případu osvětluje jiný případ, která témata případy výrazněji prostupují. V kontextu ostatních případů můžeme vidět, co jsme předtím neviděli, a některá témata tak bude nutné revidovat či přejmenovat. Díky tomu, že si uvědomíme význam některého tématu, které se stane nadřazeným, můžeme posunout analýzu na teoretičtější úroveň.

5.4. Etické hledisko a ochrana soukromí

Etické otázky jsou v psychologickém výzkumu pokládány za velmi důležité a zabývají se jimi všichni autoři metodologických příruček. Podle Hartnolla (2003, in Kolařík et al., 2019) platí pro jakoukoliv psychologickou výzkumnou činnost, že musí být vždy zajištěna dostatečná ochrana práv účastníků a výzkumníci by měli dbát na dodržování obecných etických zásad, mezi které patří úcta k lidem, snaha konat dobro či nekonat zlo. Kolařík et al. (2019) uvádí, že by výzkumník měl být schopen vnímat individuální normy respondentů a posuzovat míru toho, co je pro ně únosné a co naopak nikoliv.

Etické zásady vztahující se k námi prováděnému výzkumu se týkají oblastí: informovaného souhlasu s účastí ve výzkumu; ochrany soukromí a osobních údajů respondentů; odměny respondentům; zamezení poškození či újmy účastníků výzkumu; nutného posouzení rizik a možností jejich prevence (Kolařík et al., 2019).

Před realizací výzkumu došlo k posouzení možných rizik a případné prevence společně s vedoucí sociální služby a klinickou psycholožkou. Nebyla shledána žádná nepřiměřená rizika ani situace, které by mohly vést k porušení etických zásad a ohrožení bezpečí respondentů či výzkumníka.

Základní informace o způsobu práce a nakládání s informacemi dostali všichni potencionální respondenti již při jejich prvotním kontaktování výzkumníkem. Každý z respondentů byl před započítím interview seznámen s povahou a důsledky výzkumu a byl si vědom rizik a výhod, které z účasti ve výzkumu plynou. Účast na výzkumu byla dobrovolná a účastník měl právo výzkum kdykoliv ukončit a odejít z něj i bez udání důvodu. Respondent má také právo odvolat souhlas s použitím již získaných dat. Dále byl každý respondent seznámen se způsobem záznamu interview (nahrávání na záznamové zařízení), zpracováním dat, jejich ukládáním a okruhem osob, které k nim mají přístup (výzkumník).

Ochrana soukromí a osobních údajů účastníků výzkumu podléhá zákonu č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů.

Souhlas se svou účastí a srozuměním se všemi výše uvedenými informacemi stvrzovali respondenti vlastnoručním **podpisem informovaného souhlasu**. Součástí byl také **souhlas s pořízením audiozáznamu** celého interview.

Respondentům bylo již před započítím interview přiděleno označení R1 - R6 (respondent 1 - respondent 6) z důvodu jejich anonymizace.

Anonymizované záznamy interview po ukončení interview uloženy do mobilního telefonu a zabezpečeny přesunem do heslem chráněné aplikace Volume Lock. Později byly přesunuty do heslem chráněného notebooku. Záznamové archy byly anonymizovány hned v úvodu setkání. Všechny materiály získané během setkání budou po obhajobě práce smazány.

V rámci realizace sběru dat nebylo nutné respondenty klamat či jim některé informace zatajovat. K žádnému klamání respondentů ani zatajování informací tedy nedošlo.

Na závěr každého interview výzkumník ocenil zapojení do výzkumu a respondentům poděkoval. Účastníkům výzkumu byla nabídnuta možnost opětovného setkání a jejich individuálního seznámení s výsledky výzkumu.

5.5. Výzkumný soubor

Metody výběru výzkumného souboru označujeme u kvalitativního výzkumu jako **nepravděpodobnostní metody výběru** (Miovský, 2006). V první řadě byla využita **metoda záměrného výběru**, a to **stratifikovaný záměrný výběr provedený přes instituci**. Způsob výběru vzorku se však při aplikaci kvalitativních metod v průběhu práce mění (Miovský, 2006) a výzkumníky byla použita také **metoda příležitostného výběru**.

Smith, Flowers a Larkin (2009) doporučují pro studentské projekty typu magisterské diplomové práce vzorek o 3–6 respondentech, který umožňuje detailní analýzu každého případu a zároveň poskytuje prostor pro provedení následné mikroanalýzy podobností a rozdílů napříč případy. Výzkumný soubor předložené práce tvoří celkem šest respondentů, podle pohlaví tři ženy a tři muži. Jedná se tedy o ekvivalentní kategorie participantů. S vědomím toho, že těžiště kvalitativních metod výzkumu leží především v rozmanitosti výzkumného souboru, se z našeho hlediska jedná o vhodný způsob zvýšení reprezentativnosti výsledků výzkumu pomocí homogenity zajištěné právě ekvivalentností kategorie pohlaví. Miovský (2006) uvádí, že u kvalitativního výzkumu je reprezentativnost výběru důležitá a měla by odrážet všechny drobnosti zkoumané problematiky a fenomény.

Vzhledem k celkovému zaměření této práce je nezbytné, aby respondenty byli lidé s duševním onemocněním schizofrenie. Dále je vymezeno několik kritérií, které specifikují cílovou skupinu respondentů. Tato kritéria podmiňovala zařazení potencionálních respondentů do užšího výběru určeného k navázání kontaktu a žádosti o poskytnutí interview. Potencionálním respondentem se mohla stát pouze osoba s diagnostikovanou paranoidní schizofrenií (F20.0), v rámci osobní anamnézy bez abúzu drog, v době realizace

interview zaléčená, spíše bez pozitivní symptomatologie, s negativní symptomatologií méně vyjádřenou a s nutnou schopností nozognosie. Stanovená kritéria byla vymezena s cílem dosažení určité standardizace výzkumného souboru. Osobní anamnéza bez drogové historie vyloučila záměnu snových obsahů za změněné stavy vědomí v rámci intoxikace. Další uvedená kritéria byla stanovena s cílem zajistit schopnost reflektovat vlastní zkušenost a interview se aktivně zúčastnit.

Interview bylo realizováno ve dvou dnech, a to čtvrtcích, v rámci nichž je v sociální rehabilitaci největší množství klientů a dále se pravidelně koná „skupina“ s klinickou psycholožkou spolupracující organizace. Tento edukativní program je z velké části složen z klientů s diagnózou paranoidní schizofrenie. Kritéria výběru účastníků výzkumu byla předem ohlášena klinické psycholožce, která na jejich základě provedla výběr vhodných potencionálních respondentů. Zde je také nutné doplnit informaci, že jsem byl v této sociální službě dříve zaměstnán a s pracovníky, klinickou psycholožkou i některými klienty jsem se tak již znal, což mi při organizaci, plánování a realizaci sběru dat velmi pomohlo.

Podle Miovského (2006) je při vedení interview naprosto zásadní získání důvěry a motivace respondentů. Toho lze dosáhnout tím, že se výzkumník v blízkosti potencionálních respondentů pohybuje nějakou dobu před žádostí o interview, tak aby měli čas ho poznat a zvyknout si na něj. Čtyři ze šesti respondentů mě již znali z minulosti a projevíli spontánní zájem o rozhovor, se dvěma respondenty jsem se seznámil týden před realizací interview.

Tab. 11: Základní charakteristika výzkumného souboru

Označení respondenta	Pohlaví	Věk	Dokončené vzdělání	Rodinný stav	Délka onemocnění	Počet relapsů	Užívání drog
R1	žena	57	VŠ	svobodná	20 let	4	ne
R2	muž	49	SOU	svobodný	6-9 měsíců	0	ne
R3	žena	52	SŠ	svobodná	34 let	6-7	ne
R4	žena	68	SŠ	rozvedená	40 let	5-6	ne
R5	muž	30	VŠ	svobodný	2 roky	0	ne
R6	muž	45	SŠ	svobodný	30 let	2	ne

6 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Kapitola výsledky výzkumu zahrnuje výsledky analýzy dat získaných polostrukturovanými interview. Podle Řiháčka et al. (2013) zprostředkuje kvalitní IPA výzkum informace ze dvou perspektiv, a sice z hlediska každého jednoho respondenta či případu a následně i z hlediska hlavních témat, která jsou pro všechny případy stejná, tzn., procházejí všemi případy jako vlákno a propojují je. První podkapitola je proto věnována analýze a interpretaci informací, které se vynořovaly jako významné z perspektivy jednotlivých účastníků výzkumu. Druhá podkapitola je zaměřena na analýzu a interpretaci dat napříč všemi šesti případy porovnáním nejvýznamnějších témat, jež se v rámci interview objevovala. Třetí podkapitola poskytuje odpovědi na stanovené výzkumné otázky.

6.1. Perspektiva jednotlivých případů

R1, žena, 57 let

Psychotické onemocnění se objevilo čtyři roky po dokončení vysokoškolského studia ekonomického zaměření. Doposud u ní došlo ke čtyřem epizodám paranoidní schizofrenie, která jí byla diagnostikována při první hospitalizaci v psychiatrické léčebně, od níž uplynulo již dvacet let. Respondentka žila dlouhou dobu s rodiči a více se osamostatnila až po jejich smrti. Nyní žije sama v bytě. Je svobodná a nemá žádné zkušenosti s užíváním drog, od posledního relapsu onemocnění uběhlo dvanáct let. Je zaměstnaná na zkrácený pracovní úvazek v rámci chráněného pracovního místa.

Respondentka si velmi dobře uvědomuje, co znamená pojem denní snění. „*No denní snění, to jsou třeba myšlenky, to jsou třeba tužby, co chceš dělat.*“ To, že je schopná denní sny zcela jasně rozpoznat od některých přetrvávajících příznaků onemocnění bylo patrné po celou dobu interview („*Ještě teď se mi zdají ty příznaky stejné jako ty, co jsem měla ze začátku. Že třeba někdo se o mě baví.*“).

Denní snění respondentce pomáhá při organizování a plánování běžných denních činností jako je nakupování, vaření a toho, jak bude trávit čas doma, až vše udělá a bude mít klid. O těchto věcech jí denní sny probíhají často v průběhu zaměstnání. „*Někdy už přemýšlím, co budu dělat odpoledne. Jakože třeba nakoupit, potom masáž, potom už budu doma a budu se dívat na televizi. A už z toho mám takový pocit radosti, jako že to budu dělat.*“ Tyto představy jí také pomáhají, když se začínají objevovat myšlenky o tom, že se o ní vede hovor a někdo

ji pomlouvá, což se jí bohužel ještě stále děje, nicméně respondentka se s tím patrně naučila pracovat a snaží se tyto myšlenky filtrovat.

Rozporuplný dopad mají na respondentku denní sny o životě ve starobním důchodu („nevím, jak se budu o sebe schopná postarat, já se vidím jako v pohodě, jako že jo, ale tak to nemusí být“). Tyto sny v ní na jednu stranu vyvolávají pocity strachu a obavy, na které se nabaluje nervozita a roztěkanost a oproti pozitivně laděným snům přetrvávají delší dobu („Strach. Strach z toho, co bude. A pak nervozita a roztěkanost, to je zase z toho strachu.“ „ty negativní ti delší dobu leží v hlavě“), na druhou stranu jí tyto obsahy nedovolují ztráct iniciativu a centrují vědomí na další období života, které nevyhnutelně přijde a nemusí být spojeno pouze s příznivými okolnostmi („Myslím na ty zadní vrátka, že se něco může stát, mně, blízkým. A já si řeknu, tak, měla jsem se dobře, teď je to tak, ale zase z toho vyjdu a bude to lepší.“).

Obsahy denních snů pokrývají především oblast mezilidských vztahů (výrazně rodinných, ale také partnerských a přátelských) a dále i oblast sexuální, pracovní, zdravotní a finanční.

Celá řada opakujících se a z pohledu respondentky velmi významných denních snů se týká členů její nejbližší rodiny. V denních snech se vrací do období, kdy ještě žili oba její rodiče a do období, kdy žila alespoň její maminka. Paradoxně právě v čase, kdy oba rodiče ještě žili, byli její denní sny dlouho spojeny s obavami o jejich zdraví, život a zvládnání života respondentky bez nich („prostě jsem měla takové různé představy, co by bylo, až bych zůstala v baráku sama a mě to zatěžovalo strašně jako hlavu. Protože velký barák, to tě zatěžuje, když je málo lidí na to. Dělá to starosti. A čím nás bylo míň v tom baráku, tím jsem měla horší pocit...jako úzkosti z toho, co bude až...“). Právě tomuto období přisuzuje rozvoj bludů a duševního onemocnění. Po smrti rodičů jí trvalo asi dva roky, než se se ztrátou vyrovnala, ale od té doby se cítí naopak lépe, než když oba žili („po té smrti těch rodičů...se mi zdá, že jsem volnější.“). Uvědomila si, jak velké starosti si dělala a že jí to vlastně velmi přitěžovalo („Že sem se zaobírala hodně tím, co budu dělat potom, až zemřou. Toto byla moje myšlenka, jak to bude, jestli to zvládnou.“).

Život dokázala nakonec zvládnout i po jejich smrti, a to velmi dobře. Podle respondentky je to důsledkem toho, že začala pracovat a zároveň se díky zaměstnání ocitla ve společnosti svých vrstevníků. V denním snění se občas vrací i do období, kdy se celá rodina starala o hospodářství a její sociální život se nevyvíjel obvyklým způsobem. Vztahy s vrstevníky byly patrně velmi povrchní, plné obav a strachů. („Po smrti rodičů mi nabídli tu práci

a z toho jsem byla potom dobrá, jakože jsem se z toho dostala. Bylo to jiné než u té maminky to pole. Tady je to mezi lidmi, kteří jsou na tom stejně nebo podobně jako já a tehdy jsem tam ty lidi neměla. Tam byli většinou starší lidi a já jsem se s mladými lidmi moc nestýkala, protože ti mladí byli ženatí a vdaní a neměla jsem s nima takový vztah. Já si to teď právě v hlavě procházím, že jsem si s nima neměla co vyprávět. Bála jsem se ve škole, aj s kamarádkama a hlavně s klukama.“).

Z nejbližších rodinných příbuzných má respondentka stále ještě bratra a sestru. O ně má ve snech někdy obavy také, ale nejsou zdaleka tak silné, jako je prožívala u rodičů. Vysvětluje si to tím, že oba mají své vlastní rodiny, tudíž k nim zkrátka nemá a ani nemůže mít tak úzké pouto, jako má k rodičům jejich dítě, byť jsou pro ni sourozenci důležití a má je ráda (*„o bratra a o sestru už takový strach nemám veliký. Oni už jsou zvlášť rodiny jak kdyby.“*).

Partnerské vztahy respondentka prožívá ve svých denních snech také. Už jako mladé děvče si představovala, že si vezme nějakého řemeslníka, kteří jí v té době připadali jako šikovní a užiteční (*„tak jsem si říkala, to já bych chtěla nějakého takového chlapa. A taky jsem si představovala, že to tak je.“*). Respondentce se tento sen splnil (*„no, což teďka mám elektrikáře, jako kamaráda blízkého“*). I přesto však připouští denní sny o jiném muži, který by mohl být dokonalejší oproti tomu nynějšímu, ale do stávajícího stavu má obavu zasahovat (*„ale třeba taky někdo lepší kdyby byl, ale nechcu to narušovat“*).

Respondentka zpočátku zdráhavě připouští i denní sny se sexuálními obsahy. Později již hovoří otevřeněji. Sny se sexuálními obsahy skutečně má. Pojímá je jako méně tíživou variantu hřešení. Respondentka je praktikující křesťankou a bere velmi vážně zvyklost, v rámci níž může dojít k prvnímu sexuálního kontaktu až po svatbě. Protože sezdaná není, jakékoliv intimní sblížení odmítá, i přesto, že tyto tělesné potřeby má a uvědomuje si je. Sny jsou pro ni krajní přijatelnou kompenzací tohoto stavu (*„řeknu ti tak, kdybych byla vdaná, tak bez problémů, ale že nejsu vdaná a že prostě církev to nedovoluje předmanželský poměr, tak mě to svazuje, něco v tom snění ale je“*). Sny se sexuálním obsahem však rozhodně přiznává v období studia střední a vysoké školy, byť ve značně zromantizované podobě, která pak neodpovídala její reálné osobní zkušenosti.

Oblast práce je v denním snění zastoupena přemítáním o tom, že by pracovala jako bankéřka nebo pojišťovací agentka, tedy v oboru, ke kterému má blízko svým vzděláním. Představuje si, že by měla i více peněz. Zároveň má však představy takové, že by možná nebyla tak hodná, jako je nyní. V denních snech je jako bankéřka více sebevědomá, což se jí ale nelíbí,

protože to může vést k tomu, že řekne lidem v jejím okolí něco zraňujícího („že bych byla horší člověk, že by mě to ovlivňovalo negativně, ta kariéra“).

Četnost denních snů se mění v závislosti na denní době. Přes den, když je v zaměstnání, sní spíše o tom, co bude dělat po práci a dále také o budoucnosti („furt si něco představuji, že to bude dobré, jak jsem ti říkala, že se těším na něco“). Večer a téměř pravidelně před usnutím ruminuje. Vzpomíná na dalekou minulost spojenou se širokou rodinou, což ji někdy vede k tomu, že si musí vzít indikovanou dávku Rivotrilu, aby byla vůbec schopná usnout („a večer, to je někdy takový můj neduh, to prostě přemýšlím o rodině naší před spaním a to nikdy není dobré, protože to nemůžu usnout. Přemýšlím, co bylo, co se dalo udělat jinak, kdo žije ještě z rodiny. A mě to baví. Ale strašně se do toho zaplétám a leží to v hlavě a nemůžeš se potom uklidnit“). V souhrnu přiznává denní snění po dobu hodiny až dvou za celý den („může to být hodinu, dvě. Hodina určitě. Ono se to naskládá.“). Denní snění aktivně začíná ona sama nebo si jej uvědomí, když dojde k poklesu pozornosti, což se stává především v práci a při modlitbách. Obsah modeluje podle svých potřeb a pocitů. Ukončí jej opět aktivně ona sama nebo snění musí přerušit z důvodu nutnosti zaměřit pozornost, což se jí stává především v práci. Řada denních snů respondentky však dojde až do svého konce, sen již není kam rozvíjet, a tak přejde do jiného („třeba když dobře nakoupím, dojdu domů a už je pohoda, představuju si, že už je televize, rozhlas, něco uklidím a taková pohodička už“). Pro provádění denního snění potřebuje klid, monotónní podněty ve vnějším prostředí a monotónní činnost („sedím a dělám nebo slyším něco jednotvárného a najednou to tam naběhne“).

R2, muž, 42 let

Petrovi jsem musel vysvětlit, co vlastně denní snění znamená. Na základě toho pak dokázal o svých denních snech mluvit velmi jistě. Petr má za sebou čerstvou zkušenost s atakou paranoidní schizofrenie, je asi půl roku po hospitalizaci v psychiatrické nemocnici. Je svobodný a podle jeho slov nemá žádné zkušenosti s užíváním drog („u nás sa nikdy ani nepilo“). Žije sám v bytě a nemá žádné zaměstnání.

Denní sny respondenta jsou zaměřeny na blízkou i vzdálenější budoucnost a na jeho minulost. Dopoledne, během pobytu v sociální rehabilitaci, mu denní sny pomáhají při plánování si činností, které chce provádět po odchodu ze služby („když pojedu z tady, tak si představuju, jak půjdu do obchodu, to si nakúpím, to, to. Uvařím si pěkně a potom sa najím, lehnu si. Nebo sa podívnu na bednu“).

Do minulosti jsou obráceny obsahy v oblasti dvou významných denních snů, zmínky k nim se objevují v průběhu celého interview. Jeden z nich se týká vzpomínek na prarodiče, zmiňuje více babičku (*„myslím furt na babičku, jak umřela. Já sem sa o ňu staral práve. Jak ona umřela, tak jsem dopadl špatně. My jsme na sobě byli závislí. Já sem ju měl rád“*). Méně pak hovoří o dědečkovi, ale v denním snění se vyskytuje také. Snaží se vybavovat si momenty a situace, které spolu s prarodiči zažil (*„na dědu myslím také. Oni už umřeli chudáci oba dva“*). Pro respondenta byla babička s dědečkem velmi důležitými lidmi, a to v celém jeho životě, protože se o něj jeho matka odmítla starat. Podle jeho slov o něj nestojí ani jeho sestry (*„matka o mňa nestojí, ani sestry moje“*). Vztahy měla matka na základě jejího nezájmu špatné i s jeho prarodiči. Matka dokonce respondenta okradla o peníze a podle jeho slov opakovaně okrádala i svou matku, respondentovu babičku (*„matka mě okradla o hodně peněz, i babičku také okrádala. Vlastní matku. Ale já na ně nemyslím, na matku a sestry“*).

Druhý významný denní sen, jehož obsah prostupuje celým interview, se týká respondentova bývalého zaměstnání. Asi 15 let pracoval pro firmu Marius Pedersen, která nakládá s odpady. On měl na starost práci s liseň a úklid areálu. Má pocit, že se v práci přetěžoval, respektive jej přetěžovala firma (*„nemám to spojené s žádným konkrétním člověkem, ale prostě s tou firmou“*) a on se proti tomu neozval, což s odstupem času považuje za chybu. Otázkou je, zda by se nyní zachoval jinak, protože jsou tyto denní sny spojeny s rezignací, možná naučenou bezmocností (*„v práci jsem dřel jak blbec, u Pedersena. Ani sem neodpočíval“ ... „dělal sem děvčicu pro všecho. Zneužívali mňa. Uvědomil jsem si to už před delší dobů, ale udělat sem neudělal nic no, toš to nešlo.“*). Právě tomuto přikládá váhu, když se dívá na svůj zdravotní stav po dvou prodělaných mozkových příhodách.

Oba denní sny jsou provázeny odlišnými emocemi a shodně pak zakončeny pocitem smutku. Oba denní sny se mu také často vrací (*„o tomto přemýšlám každý den“*) a patrně jsou spojeny s rozvojem duševního onemocnění, respektive je do souvislosti dává sám respondent (*„to mi začalo tam to, schizofrenie, že sem sa přetěžoval a umřela mě ta moja babička, aj dědeček byl mrtvý“*).

Respondent má také denní sny spojené s financemi. Představuje si, že vyhraje a bude bohatý, ví i co by s penězi udělal, protože si to občas představuje. Toto denní snění je mu velmi příjemné, a proto se k němu vrací (*„představoval jsem si, že budu miliardář. Kúpil bych si firmy, podnikal bych a vydělal další peníze“*).

Při dotazu, zda někdy popustí uzdu fantazii, odpovídá, že by si chtěl najít „nějakú děvčicu“. Z čehož se dá usuzovat, že je to pro něj sen téměř nesplnitelný či nereálný. Nemá žádnou představu, jak by měla vypadat, či jaká by měla být, myslí hlavně na to, jak by ve vztahu opečovával on ji („*chtěl bych nějakú děvčicu, chodit s ňú, starat sa o ňu, pomáhat jí ve všem, nakupovat, prat*“). Až poté myslí na sebe, když na dotaz, co by naopak ona dávala jemu, odpovídá: „*taková hodná, aby byla, aby zase ona pomáhala mně*“.

Denní sny se sexuálním obsahem má respondent každý den ráno i večer. Při tomto tématu je hodně živý a přirozeně ho zajímá. V denních snech si představuje stejnou ženu, jako v předchozím odstavci. Tyto denní sny podle něj trvají rozhodně déle času než ty, ve kterých si představuje své prarodiče („*jako vím, že to trvá dlúho, třeba púl hodiny*“). Na druhou stranu jim nepřikládá takový význam, což může souviset s tím, že jsou mu příjemné a rád se v nich zdrží, nicméně nejsou pro něj osobně tak důležité, jako byli prarodiče.

Respondent na základě denních snů o dědečkovi a babičce vykoná i behaviorální aktivitu v podobě naplánování a realizace návštěvy hřbitova s hrobem rodiny, na prarodiče na místě vzpomíná, představuje si, jak vypadali a co spolu zažili, hrob a okolí uklidí („*Chodím tak jednou za měsíc, za dva*“). Naopak proto, aby si našel dívku, o které sní, nedělá nic. Během interview, na základě mých otázek, začíná nahlas uvažovat, že by ji skutečně chtěl a že by si mohl zajít ke kadeřníkovi, aby vypadal lépe („*zatím pro to, asi nedělám dost*“; „*budu si moset zajít ke kadeřníkovi, mám to hrozné, ty vlasy*“).

Během snění o ženě jakožto partnerce a snění o sexu, a v obou případech i po jeho skončení, se cítí dobře („*když si představím třeba tu ženskou, tak mám dobrou náladu, aj potom*“). Po každém denním snu přiznává pocit fyzické uvolněnosti. Před spaním žádné denní snění nemá („*já usnu hned, jak zalehnu*“). Snění mu velmi pomáhá, při již zmíněném plánování programu po odchodu ze sociální služby. Projde si všechno, co bude v obchodě nakupovat („*vím, že koupím maso, toto, rohlíky, nějaké sýry*“). Aktuálně si ještě občas přemítá o podobě jeho nového bydlení v obci poblíž („*myslím na to od včerejška, představuju si, jak by to tam mohlo vypadat, představuju si tam sporák, že kde je mikrovlnka, konvice varná, lednička, jak bych chtěl koupelnu a kde postel.*“).

R3, žena, 52 let

Paranoidní schizofrenie se u respondentky objevila krátce po absolvování gymnázia. Od té doby prožila asi šest nebo sedm relapsů onemocnění. K poslednímu relapsu došlo před rokem. Respondentka je svobodná, nemá přítele. Žádné drogy nikdy ani nezkusila.

Respondentka žije ve společné domácnosti se svojí matkou. V současnosti uvažuje o tom, že by se odstěhovala pryč. Důvodem jsou vzájemné rozepře a to, během nichž jí matka často vulgárně nadává a ponižuje ji. Nemá žádné zaměstnání, ale z vlastní iniciativy studuje v rámci celoživotního vzdělávacího programu různé humanitně orientované obory.

Denní snění podle respondentky nikdy nekončí. Sotva, co jeden denní sen skončí, začne další. Probíhá „*kontinuálně. Snění probíhá při všem, co dělám. I když poslouchám rádio, televizi, při vaření, při tanci*“. Denní snění je podle výpovědi respondentky přítomno u téměř jakékoliv činnosti, kterou provádí. Platí to samozřejmě i pro toto interview.

Nepřetržitý proud denního snění je někdy velmi vysilující a vede až k vyčerpání. V takovém případě si pustí hudbu, kterou má ráda a poslouchá ji. To jí pomůže nabrat síly a poté může znovu snít („*až jsem úplně vyčerpaná, úplně unavená, tak to dělám tak, že se vysleču donaha a zalezu pod peřinu. Poslouchám rádio a už mi pak jdou hlavou znovu ty sny.*“). Jedinou výjimkou je kreslení, které ji uklidní a během nějž myslí pouze na něj („*já jsem teďka začala kreslit, a to je úplně něco jiného, tam nemyslím, takže to mně teď pomáhá, jsem zjistila*“). Nekreslí ovšem dlouho, může to být asi čtrnáct dnů, když dostala velkou sadu pastelky a zkusila to s nimi poprvé.

Někdy jdou denní sny velmi rychle za sebou. Z interview se na první pohled zdá, že všechny denní sny přicházejí respondentce na mysl spontánně, nicméně je několik snových obsahů, v rámci jejichž průběhu je respondentka aktivní, tedy iniciativně sen zahajuje, modeluje a také ukončuje.

Patří mezi ně denní sny o bydlení, zdraví nebo aktuálně o výrobě dárku. Denní sen o bydlení vychází ze stávající situace doma. Respondentka žije ve společné domácnosti s matkou, která ji denně ponižuje, nadává jí, z bytu ji vyhazuje („*přemýšlím, jestli se mám odstěhovat od maminky nebo ne*“; „*maminka mě už dlouho ponižuje, nadává mi do pitomců a do horších... Že prý jsem líná, zdechlá, neschopná, neumím dělat, mám se sbalit a jít*“). Na druhou stranu si začíná uvědomovat, že ji matka doma potřebuje a bude potřebovat čím dál víc, protože už je starší a zdravotně se bude situace určitě zhoršovat. Respondentka proto cítí jakousi povinnost být jí nápomocná („*začíná mě potřebovat doma, tak pro toto se mi od ní nechce odcházet*“). Představuje si to ovšem i tak, že v domově pro seniory by jí mohli ostatní obyvatelé „*lézt na nervy*“. Ani zdaleka se tedy ještě nerozhodla.

Opakující se denní sen o zdraví se týká potíží se zuby, které respondentku začínají trápit a má obavu, že jí zubní lékař navrhne umělou náhradu („*přemýšlím o variantách klapáky*

nebo implantáty, ale z obou mám hrůzu“). V denních snech si to cíleně neustále promítá („mně se to opakuje strašně mockrát, tisíckrát!“). Z návštěvy lékaře a verdiktu, jak to bude s jejími zuby dál, se skutečně obává, což je poznat i v intonaci a důrazu sdělení.

Jiným denním snem spojeným s aktuálním stavem je výroba dárečku pro klinickou psycholožku, která ze sociální služby odchází do vlastní praxe. Respondentka ji má skutečně ráda a rozhoduje se, co by jí mohla vlastnoručně vytvořit. V představách má několik variant a také moment předání dárečku s jeho rozbalením. Chtěla by, aby se psycholožce dáreček líbil (*„pořád si představuju, jak by to mohlo vypadat, ta druhá panenka nebo jak by se jí líbil nějaký model mozku, to bych taky mohla udělat“*). Tento denní sen je spojen s prožíváním radosti z jakéhosi zadostiučinění.

Opakujících se obsahů denních snů je celá řada, aktuálně mezi ně patří výše uvedené bydlení, zdraví a výroba dárečku na rozloučení a běžně i denní sny o tom: *„co bude jíst, co si namaluje, co si uplete, co si obleče, komu co uplete, komu co zavolá, komu co řekne, co si najde na mobilu, na počítači, co si zatančí, co může pomoci mamince, co koupí bráchovi k narozeninám“*.

Všechny denní sny uvedené v předchozím odstavci respondentku podle jejích slov baví (*„mě to baví toto“*). Nedokáže říct, jak často všechny tyto denní sny má, nicméně otázku doplňuje o odpověď *„nebahním se v tom“*. Denní snění si vysvětluje tak, že se jedná o motivaci, která jí pomáhá dosáhnout nějakého cíle, a to nikoliv bez rozmyslu, ale musí o tom přemýšlet (*„nutí mě to přemýšlet o tom a vědět, co chci“*). To, že své sny pokládá za užitečné, dokazuje vyjádření o prostotě snění, protože takto ho sama respondentka vnímá (*„já mám přízemní sny, držím se toho, co potřebuju jakoby si řešit“*).

Denní sny ji také mohou donutit k nějaké hmatatelné činnosti. Ještě na střední škole snila o tom, že bude lékařkou, *„já jsem se viděla jako dobrá doktorka, tak jsem si to představovala“*. Na základě toho byla odhodlaná s tím něco udělat. Rozhodla se, že se domluví s vrchní sestrou jednoho oddělení nemocnice na praxi, protože jí to připadalo jako podstatné. Sedla proto na MHD a jela do nemocnice. V rámci jejího prvního zaměstnání ji zase denní sny o tom, že se přece jen stane lékařkou, vedly k tomu, že si celou první výplatu uschovala na zaplacení nultého ročníku medicíny (*„řekla jsem si, že ty peníze investuju do nultého ročníku medicíny“*). O lékařství přemýšlí i teď, ale má již náhled, ví, že by to nebylo reálné. Rozhodla se však, že by chtěla studovat, byť něco jiného, což vedlo ke studiu celoživotního vzdělávání na jedné univerzitě. Během studia musela napsat několik

seminárních prací a projít také zkoušením. Co je pro ni nejdůležitější – studium se jí podařilo úspěšně dokončit.

Respondentka vnímá denní snění jako nepostradatelné. Podle ní ovlivňuje léčbu schizofrenie v pozitivním smyslu slova. Na druhou stranu říká, že denní snění jí někdy vůbec nedovoluje soustředit se na cokoli jiného (*„myšlenky furt lítají, což je blbě, protože sem se třeba někdy nemohla nic naučit“*). Ovšem i toto respondentka vnímá jako přínos (*„ale zase mi to pomáhalo, zachránilo mě to, předtím strachem, že bych cítila, že něco nedokážu“*).

R4, žena, 68 let

Paranoidní schizofrenie byla respondentce diagnostikována před 28 lety při první epizodě onemocnění. Od té doby došlo k 5–6 relapsům. Přesným počtem si není jistá, měla dlouhé etapy bez relapsů, ale hned na začátku ji stihl relaps krátce po první atace. Respondentka je rozvedená a nyní nemá žádnou známost. Má dvě dospělé dcery a syna. Žije samostatně v garsonce, která patří jedné z dcer. Drogové zkušenosti podle svých slov nemá opravdu žádné, protože ji to všechno vždycky minulo. Je nezaměstnaná, ale zapojuje se do nácviků pracovních dovedností v sociální rehabilitaci.

Obsahově jsou denní sny spojeny s matkou respondentky, jejím bývalým manželem, představami dovolené, suicidiem, jejími dcerami, vysněným mužským, ale také plánováním běžných denních činností (nakupování, vaření, co si obleče na různé společenské události připravované sociální rehabilitací). Respondentka kromě toho myslí i na výhru v nějaké loterii. Představuje si, jak daruje peníze dětem a ty se zbaví hypoték, které mají na domech. Bizarnějším obsahem denních snů je představa, že se ocitne v přírodě z filmu Avatar. Představuje si typická zvířata, rostliny, klid, uvolnění a je to velmi příjemné (*„tam by se mně to líbilo. To mě uvolňuje, ty kapradiny veliké“*).

V denních snech o matce vzpomíná, jak s ní a jejími sestrami matka mluvila, když jako adolescentky „randily“ s vrstevníky. Matka je označovala nejrůznějšími přívlastky jako nevěsty, manželky nebo dokonce kurvy (*„už se na vás všichni těší, na takové kurvy“*). Všechny byly myšleny hanlivě. Vysvětluje si to tím, že jim otec zemřel velmi brzy a matka byla ne své dcery žárlivá. Ona sama říká, že: *„maminka se rozčílovala nad něčím, co je normální. Ted' se tomu už směju, ale v té době mi to ubližovalo, bylo mi to nepříjemné.“*

Často si v denních snech prochází setkání s bývalým manželem, se kterým má tři děti. Nejprve jí běží hlavou, že je velmi promiskuitní, což také vedlo k jejich rozvodu (*„jako manžel byl temperamentní, že mě i v noci budil a jako potom, co jsem měla přechod, tak jsem*

s ním přestala spát“). Ví o něm, že stále hodně střídá partnerky i přesto, že už je podle ní starý. Vadí jí to, protože jí to připadá trapné před jejich dětmi. V denních snech si představuje, jak se potkají a co mu při setkání bude říkat („*představuju si třeba, co mu řeknu, až ho potkám*“). Při skutečném setkání mu ovšem neřekne nic, protože to v ten moment přehodnotí a něco mu říkat jí nepřijde jako dobrý nápad.

V denních snech si také dopřává představy o zimní dovolené na horách, protože má ráda zimu a hory. V těchto denních snech si dokonce představovala, že bude lyžovat, i když to neumí, lyže se jí odepnou a ona spadne („*to jsem si představovala v jednom snu, že lyžuji a teď mi spadnou lyže a já křičím: Pomozte mi, zachraňte mě! A kutálím se dolů*“). Tato představa v ní vyvolávala nepříjemné pocity. Sní i o podobě hotelu, vidí baldachýny, hotel je křišťálově čistý. Uvědomuje si, že realita by byla jiná.

Obsahem denních snů jsou také představy sebevraždy včetně toho, co by se dělo po ní. Respondentka už se o sebevraždu pokusila, nicméně se jí myšlenku nepodařilo dokonat, když na místě výškové budovy zjistila, že je terasa zajištěna právě proti pokusům o sebevraždu. Nyní již ví, že pokud by ji chtěla skutečně provést, musí si vše lépe naplánovat. Denní sny s představami sebevraždy přicházejí v určitých depresivních obdobích („*sem tam na to myslím. Přichází to se špatnou náladou*“; „*někdy mívám takové období, na jaro, na podzim. V zimě ne. A v létě je to snění spíše pozitivnější*“). Nyní má představu, že by mohla sníst všechny léky, které dostává vždy na tři měsíce dopředu, „*potom zaspím a už se nezbudím*“. Někdy se jí ve špatném mentálním rozpoložení ozývají šeptající hlasy: „*udělej to, udělej to, udělej to*“. Respondentka si uvědomuje, že nejsou skutečné, nicméně jí v tom, že by si ublížila, brání představy, co by se dělo po její smrti. „*Vím, že kdybych umřela, tak by všichni plakali a teď jim to neudělám*“. Na otázku, co myslí slovem teď, odpovídá: „*Protože chci, když umřu, aby si udělali večírek, byli veselí a teď nemám ještě takový věk*“.

S dcerami má podle svých slov dobré vztahy, nicméně jednu z nich ve svých denních snech občas „seřve“, protože respondentku někdy bezdůvodně okřikne. I přesto je podle ní vztah dobrý. S druhou dcerou je vztah dokonce perfektní. Dcera žije ve Švýcarsku s manželem a dítětem. Respondentce před pár dny nabídla, že by mohla bydlet u nich v domě. Ta tím byla nadšená, ale toto nadšení opadlo při představách, jak by to mohlo vypadat reálně. V těchto denních snech si představila dopad na celou rodinu a rozhodla se, že nabídku odmítne („*uvědomila jsem si, že by její manžel nemusel být spokojený, že by se hádali kvůli mně, a tak tam nechci*“), nicméně by tam ráda zajela na dva týdny na dovolenou.

Respondentka v průběhu interview několikrát zmínila svého partnera, kterého nazývala „miláček“. Když jsem se na něj později dotazoval více, zjistil jsem, že ve skutečnosti žádného muže nemá, ale jedná se o její představu – denní snění. Miláček představuje ideálního mužského, jakého by si po svém boku respondentka přála, jak si jej vysnila. V denních snech ji „miláček“ zve na dovolené a platí je, chová se k ní vždy hezky, bere ji takovou, jaká je. V denním snění spolu žijí v jedné domácnosti. Takového muže by si skutečně přála najít.

Denní snění je pro respondentku únikem z reality do hezkých příběhů a využívá jej také při plánování a organizování činností během dne. Na druhou stranu jí připomíná negativní prožitky z mládí a bývalého manžela, případně i představy věcí budoucích, ve kterých je neúspěšná. Respondentka si je vědoma toho, že má tendence vidět věci černě, přesto si nemůže pomoci a denní sny s negativní konotací si připouští a sní je až do konce („*vždycky hledám tragédii, hledám ji ve všech věcech*“).

Denní snění má spojené se zhoršením duševního stavu. Nejprve nedokáže určit, zda je na počátku tohoto procesu nějaký denní sen či snění nebo něco jiného, ale cítí, že denní snění je nějak spojené s „její“ schizofrenií („*ano, myslím si, myslím si, že to je spojené a že to je část nemoci*“). Když se však nad tématem déle zamýšlí, dochází ke zjištění, že na základě určitého denního snění se jí zhorší onemocnění schizofrenie. Na základě negativních denních snů před spaním někdy nemůže usnout a musí vzít indikovanou medikaci. Pak buďto usne, a když ne, tak si jde popovídat se sousedkou, což někdy pomůže, ale někdy ne. V takovém případě dál ruminuje, dokud není tak unavená, že z toho usne, což trvá i hodiny.

Denní snění se respondentce velmi snadno spouští při čtení. Opačně funguje, když začne něco aktivně dělat, vyvíjí nějakou činnost. Do snění aktivně zasahuje, v opačném případě by snila téměř pořád. Denní snění dokáže zarazit i mu předcházet, a to častěji sledováním televize. S obsahem denního snění souvisí její tělesné uvolnění (pozitivní obsahy) a napětí (negativní obsahy). Uvědomuje si však, že ji po návratu pozornosti bolí často záda. Délku denního snění během celého dne odhaduje na tři hodiny („*tři hodiny, ale to je maximum*“). Nejvíce denního snění má respondentka před spánkem.

Pozitivně laděné denní sny jí pomáhají. Protože sní o hezkých věcech, cítí uje při tom příjemnou náladu, která přetrvává i po skončení snu. V porovnání s denním sny negativními však trvají kratší dobu („*ráda myslím na hezké příběhy, co by se mi mohlo stát, že potkám prince. Skončí ten sen a potom mám ještě tu dobrou náladu*“). Emocí spojených

s negativními snovými obsahy je také těžší se „zbavit“. Velmi příjemné denní sny jsou spojeny s pocitem uvolnění a dále ji denní sny „navádí k činnosti“, zkrátka respondentku přinutí něco dělat.

Tak tomu bylo například u dovolené, kterou si vysnila. Před několika měsíci si vzala katalog zimních dovolených z jedné cestovní kanceláře a v katalogu hledala, co by se jí líbilo. Zájezdy jí připadaly cenově dostupné, a tak s tím dokonce zašla za svojí sestrou. Představovala si to v té době tak, že by jely spolu, případně i s její dcerou. Ony jet nechtěly, takže to tím skončilo. O něco později ji ovšem sestra oslovila s tím, že by mohly jet, ale v létě. V tuto chvíli již mají domluveno, kdy a kam pojedou. Respondentka tedy svým přičiněním dosáhne na vysněný cíl. Počátek celého úspěchu se zde opírá o obsah jejího denního snu. Ke konkrétní činnosti ji vede také snění o běžných denních záležitostech, jako je nakupování a vaření, ale také o něco méně frekventovaných společenských událostech. Ty vedou k představám, co na sobě bude mít oblečeno, a jaký to bude mít úspěch.

R5, muž, 30 let

Psychotické onemocnění se plně rozvinulo před dvěma roky. Jednalo se o první a dosud jedinou epizodu paranoidní schizofrenie. Respondent je svobodný, nemá ani žádnou přítelkyni. Přiznává zkušenost s drogami ještě na střední škole, konkrétně s marihuanou a houbami. Nešlo o nic dlouhodobého, ale o krátkou studentskou epizodu, proto byl ve výzkumu ponechán. Žije ve společné domácnosti s rodiči, je nezaměstnaný.

V rámci průběhu denního snění se popisuje jako spíše pasivní. Denní sny nechává častěji jen tak běžet, příliš do nich nezasahuje („*no většinou to začíná tak, že se zamyslím, tak nějak seknu, a prostě pak to začne plynout, sleduju ten sen a ten zase volně odejde a já pokračuju v práci*“). Pokud ovšem obsah denního snu vyhodnotí jako hloupost, snění přeruší, stejně tak tomu je v případech, kdy má nějakou důležitou práci. Uvědomuje si, že během snění pociťuje ztrátu pozornosti („*když mě něco v denním snu zaujme, tak se nesoustředím na to ostatní*“).

Denní snění se mu daří stimulovat hudbou a jeho oblíbenými písničkami. U nich si představuje situace, na které si vzpomíná z minulosti nebo které by chtěl prožívat. Denní snění úmyslně využívá při plánování svého života („*momentálně sháním práci, takže je to takový třeba jakoby sen, jakým způsobem budu pokračovat v životě, co se týká práce*“).

Další opakující se denní sen se týká už zmíněného zaměstnání. Před propuknutím onemocnění totiž respondent pracoval v jednom renomovaném brněnském divadle jako

zvukař a má představy, ve kterých na toto zaměstnání navazuje a jiné, v nichž se do svého působiště vrací („*před pár lety jsem pracoval v divadle ..., takže mám představy, jak se tam vrátím, i bych se tam třeba vrátil ve skutečnosti*“). Jiným opakujícím se obsahem je představa o partnerce, kterou by si přál. Důležité jsou její charakterové vlastnosti, až pak ty vzhledové, nicméně ty má velmi specifické („*hlavně, aby byla hodná a ohleduplná, mohla by mít hnědé oči, černé vlasy, stejně vysoká jako já, usměvavá*“).

Denní snění spojené s jednoznačnou radostí, kterou během snu a krátce po něm prožívá, se týká jeho představ, že vyhraje milion korun („*představuju si, že setru los a že tam vidím to výherní číslo a pak si představuju tu radost z toho*“). Naopak denním snem spojeným s nepříjemnými pocity je vzpomínání na práci v divadle a konkrétně jeho selhání jako zvukaře při zkouškách na představení („*nepříjemná je vzpomínka na něco, co se mi nepodařilo, třeba jsem do hry pustil jiný zvuk, než jsem měl a režisérovi se to nelíbilo*“). Denní sny týkající se jeho zaměstnání v divadle jsou však obsahově i příjemné. Ty se týkají především jeho začátků v divadle („*jak sedím za pultem, jak pročítám scénáře a podobně, ta myšlenka je příjemná*“).

Opakující se denní sny si nijak nevysvětluje, nikdy ho nenapadlo se nad tím pozastavit. Během rozhovoru však začal rozvíjet myšlenku, že: „*když se to vrací, tak bych řekl, že to bude asi něco, co nemám dořešené... což by tak mohlo sedět.*“ Respondent se snažil denní sen realizovat pouze v jediném případě, a sice při hledání vysněné dívky na internetových seznamkách. Ani zde však nezašel dále, než, že si seznamky prohlédl a maximálně se podíval na profil nějaké ženy, která se mu líbila.

Na žádném jiném z jeho denních snů nepracuje, pouze si představuje, jak by mohla určitá situace vypadat ve skutečnosti. Týká se to třeba setkání s jeho bratrem, který byl již zmíněn v textu výše. O možnostech, jak to realizovat přemýšlí až během interview. Něco se mezi nimi pokazilo v důsledku schizofrenie a bratr se s ním nebaví, blokuje si jeho telefonní číslo a žádná jiná možnost ho zatím nenapadá. Úvahy však zakončuje s tím, že: „*mohl bych ho navštívit, možná, s tím, že bysme si to zkusili vyříkat a třeba to spravit.*“

Protože se zdál plně soustředěný na své úvahy, ptám se ho, zda se nejednalo o denní snění. Odpovídá, že si skutečně představoval, jak se kamaráda pokouší kontaktovat a při osobním setkání začíná s omluvou („*ano, šlo mi hlavou, jak vytáhnou telefon a zavolám mu, ale pak jsem si vzpomněl, že mě má zablokovaného. Pak jsem hned přeprnul na představu, jak zvoním u něj doma, on otevírá, vidí mě, já začínám mluvit jakoby s obavami. Takže ano*“).

Délku denního snění odhaduje velmi přesně. Podle něj trvá v souhrnu do maximálně dvou minut za celý den („*jsou to okamžiky většinou do několika vteřin, takže to bude nejvíc dvě minuty za den*“). Co se týká části dne, přestože je to pro něj těžké určit, dalo by říct, že nejčastěji mívá denní snění v dopoledních hodinách.

R6, muž, 45 let

Paranoidní schizofrenie byla respondentovi diagnostikována již před 30 lety. I když zpočátku údajně lékaři pracovali ještě s jinou diagnózou. Respondent prožil dva relapsy onemocnění. Protože přišla první ataka poměrně brzy (bylo mu 15 let), měl potíže s dokončením střední školy a obecně s osamostatněním. Respondent je svobodný, v současnosti má přítelkyni se stejným onemocněním. Je nezaměstnaný, k invalidnímu důchodu si přivydělává pravidelným roznosem letáků. Žije ve společné domácnosti s matkou. Užívání drog neguje.

Z hlediska obsahu denních snů respondent zmiňuje ty opakující se, týkají se žen a sexu, sázení na sport, sportu (hokej a fotbal), cestování, současného partnerského vztahu a okrajově jeho otce a práce.

Sexuální tematika je v denních snech respondenta zastoupena velmi silně. Respondent sice v současnosti má přítelkyni, to mu ovšem přirozeně nebrání snít o jiných ženách, což také dělá („*na to myslím dost často, na ty ženské*“). Sny jsou spojeny s roznášením letáků do schránek domů. Respondent si během něj představuje, že se miluje s obyvatelkami domů, a to buď v jeho věku, nebo mladšími („*no nabíhá mi sen, když dělám ty letáky, tak si představuju, jak se miluju s paní mámou. Nebo aj nějakou kočkou mladou*“). Respondent se svěřuje i s tím, že kdysi myslel i na starší ženy, ale teď už ne. Specifický je sexuální denní sen o mongolské míšence, vždy stejné dívky, „*tak jako typicky naličená, s drdůlkem, míšenka*“. Představě se usmívá.

Sázení na sport je spojeno se sledováním sportovních přenosů v televizi. Denní sny o tom, že vyhraje peníze, má respondent u televize („*když ležím a odpočívám*“). Denní sny o sportu jsou spojeny s vítězstvím jeho oblíbeného klubu, ať už hokejového nebo fotbalového. Představuje si, jak se rozhodující zápas vydaří hráčům a potom také oslavu vítězství v dané soutěži („*to si představuju, že by mohli vyhrát. Říkám si: Kašík, gólman, dobře zachytá. Hamrlík mladý, bude dobře hrát a vyhrajeme třeba nad Spartou. Tak to se těším.*“; „*Oslava si pak říkám, že bych zašel na tiskovku do hospody, to sa tak dřív dělávalo*“).

Cestování je obsahem denních snů hlavně ráno, po probuzení. Představuje si, že jede vlakem. Má totiž známého u Českých drah, který by mu mohl zařídit jízdenku i do zahraničí. Právě tam totiž ve snech často mří. Zmiňuje Irsko, kde by si chtěl dát nějaké dobré pivo („*představuju si, že si tam dám nějaké dobré pivo*“).

Současný vztah s jeho přítelkyní je v denních snech zastoupen představou toho, že se vedle sebe zdravotně – duševně stabilizují („*naběhne mi tam Jana, že se dá dohromady vedle mě. A já vedle ní.*“). Dále si představuje, jak se vedle něj partnerka doučí vařit a jak si vzájemně pomohou při zapomínání, které oba trápí. Představuje si, že by s ní, ale i jinou ženou bydlel ve svém domově. Uvědomuje si však, že je to pro něj nereálné („*to se nikdy nestane, protože maminka je taková dost přísná*“).

Denní sen o jeho otci se týká úvah o tom, jak chodil do hospody, pil pivo a zhoršoval tak svůj podlomený zdravotní stav, což vedlo k jeho smrti. Představuje si, jak by to vypadalo, kdyby žil („*bylo by to lepší pro všechny. Mohli se milovat (s matkou). Mohli žít do sedmdesáti, osmdesáti.*“). Měl i několik představ, že by pracoval v oboru, ve kterém se nakonec vyučil, ale tuto představu rychle opustil, když se doslechl, že je to špatně placené a hodně náročné.

Z hlediska jeho iniciativy podle něj převažuje to, že denní snění nechává volně plynout a nezasahuje do něj. Denní snění většinou probíhá v momentě, kdy dělá nějakou dobře zvládnutou činnost nebo něco monotónního, jako je třeba sledování televize, respektive odpočinek u televize. Dobře naučenou a poměrně nenáročnou činností je roznos letáků. V tomto případě je ovšem denní snění záměrnou aktivitou, naproti tomu denní snění při sledování televize či četbě nikoliv.

Záměrné denní snění se týká výše popsaného sexuálního obsahu. Začíná cestou MHD na místo roznosu. Během cesty sleduje ženy, které jsou s ním v MHD. Někdy během cesty si uvědomí, že mu na mysl přichází představy žen jako sexuálních objektů. Ve snění o ženách pak cíleně pokračuje i během roznosu, a to až do dokončení práce („*většinou to skončí tím, že skončím v práci*“). Denní snění o ženách vede k tělesným změnám, respondent z něj má erekci a pocit vláčnosti („*někdy z toho mám erekci*“). Popisuje také to, že je po denním snění prováděném při roznosu letáků šťastný („*když jdu domů, tak jsem takový úplně šťastný, vláčný*“). Takový obraz by odpovídal spíše stavu po ejakulaci, nicméně zajímavou skutečností zde je, že respondent jí podle jeho vlastních slov není schopný („*já nemám výron a je pro mě uspokojení, když vyhraju v Tipsportu třeba deset nebo dvacet korun*“).

Denní snění respondentovi běžně zabere asi dvě až tři hodiny času každý den. Na délku a frekvenci denního snění má vliv to, zda je pracovně vytížený, protože když má práci, tak je snění méně. To se stává v létě, kdy pracuje na zahradě. Frekvence snění se z hlediska denní doby zvyšuje k večeru. Vrchol denního snění označuje velmi přesně, a to v 18.00. Druhým pomyslným vrcholem intenzity denního snění je ráno, krátce po probuzení, než užije svou medikaci a následně vypije několik káv (*„mě nakopne to kafe, no. Potom vlastně přestanu myslet na blbosti. Jinak bych nedošel do práce ani, ani k trolejbusu.“*).

Na základě toho, zda je denní snění respondentem řízenou činností nebo se mu „děje“, hodnotí, zda je pro něj sen přínosem nebo jej naopak vnímá jako něco nežádoucího. Ukázkově to ilustruje vyjádření *„denní sen, to je, když člověk myslí na něco přes den a nemyslí na to, co dělá, na práci třeba, no“*. Právě v případě práce, myšleno roznosu letáků, vnímá denní snění jako něco pozitivního. Uplyne mu čas, kdy musí vykonávat nějakou práci, navíc velmi příjemně (*„já si to představuju, aby mi líp utekla ta cesta“*).

Denní snění je pro něj také návratem do doby, kdy byl mnohem mladší, což je mu opět velmi příjemné (*„no je to návrat do mladistvých let, jak kdybych měl kolem dvaceti, pětadvaceti roků“*; *„to su takový nadnesený, že nejsu tak starý naráz z toho pocitu, že trošku ještě vypadám“*). Velmi významná je pro něj myšlenka, kterou mu předala jeho kamarádka, s níž měl v minulosti krátký intimní vztah: *„Já myslím na to, co mám udělat teď a co mám udělat potom“*. Respondent se tím podle jeho slov snaží řídit, když má nějaké úkoly.

V případě, kdy si chce číst knihu nebo se na cokoliv opravdu potřebuje soustředit a tuto potřebu vnímá jako nutnou, je denní snění nežádoucí. Negativně je pro něj denní snění i večer. Při dotazu, zda mu denní snění způsobuje nějaké problémy říká, že potíže s pozorností (*„toš způsobuje. Že se špatně soustředím. To je jasné.“*).

Na základě toho, zda respondent vnímá denní snění pozitivně či negativně se odvíjí jeho nálada po skončení snu. U představy, že by byl slavný, se cítí blaženě a pobaveně. Představa výhry nějaké sázky je pro něj spojena s uspokojením. Z denního snu o svém tatkovci si přenáší pocit naštvání, že chodil do hospody a zkrátil si tím život, který mohl strávit raději s rodinou (*„já mu mám za zlé, že chodil na pivo, on měl cukrovku, a to mě pak ještě chvíli šťve, i když už na to úplně nemyslím“*).

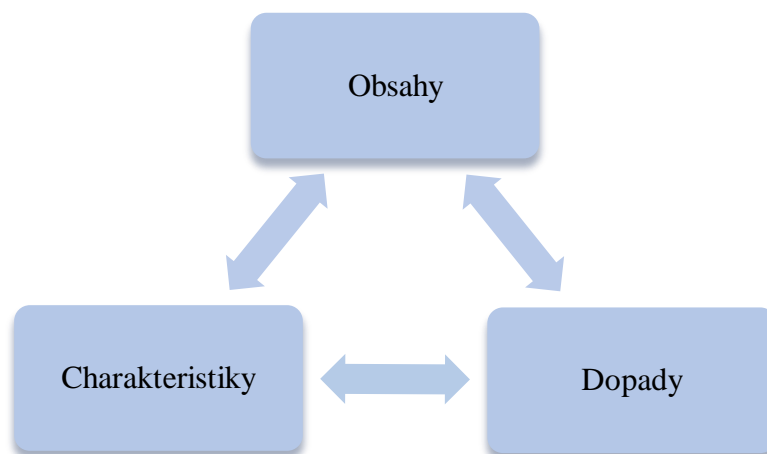
Z hlediska nakládání s obsahem denních snů je respondent v praxi téměř nečinný. Jedinou výjimkou je sázení na sportovní utkání. Jako pozitivum lze brát fakt, že při snění o tom, že by si našel mladší ženu, než je jeho stávající přítelkyně, dodává: *„Ale neříkal jsem jí to“*.

Podle podoby tohoto sdělení se zachoval jinak než obvykle a uvědomuje si, že tohle asi udělal správně. Pasivitu lze částečně přisoudit jeho životní zkušenosti, kdy se sám sobě jeví jako neperspektivní partie („jako inzerát jsem si dal, to je jasné...ale po patnácti letech jsem zjistil, že to je k ničemu, když jsem bez práce“). Práci si ovšem nehledal, ani se na výkon práce nijak nepřipravoval, i když mu to bylo v sociální službě opakovaně nabízeno („pro to jsem neudělal nic...pro to jsem neudělal nic, to je jasné“).

6.2. Analýza a interpretace dat

V této podkapitole uvádíme analýzu dat a jejich interpretaci z perspektivy zásadních témat, které se vynořují napříč všemi případy. Data získaná provedenými interview krystalizovala během jejich transkripce a tvorby perspektivy jednotlivých případů do celkem tří kategorií, kterými jsou: **obsahy** denních snů, **charakteristiky** denního snění a **dopady** denního snění na respondenty.

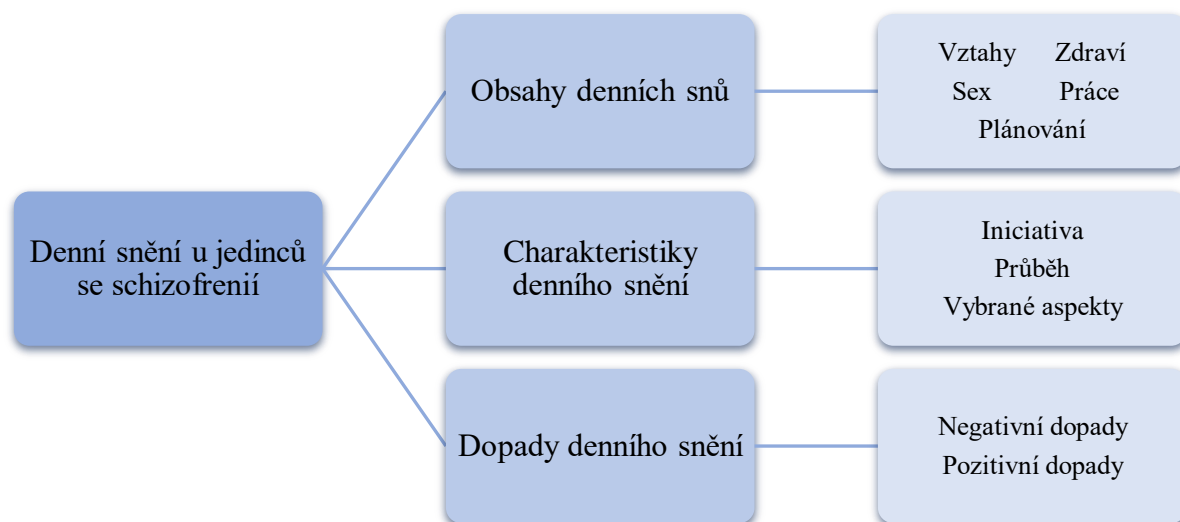
Jednotlivé kategorie uvádíme v tomto pořadí záměrně, protože na sebe právě takto „nasedají“. Některá z řešených témat se však také vzájemně překrývají a jsou vůči sobě v různých dynamických vztazích. To platí již na té nejvyšší úrovni – obrázek č. 8 ilustruje vztahovou provázanost všech tří stanovených kategorií.



Obr. 8 - Vztahy mezi kategoriemi

Uvedené základní kategorie se dále rozdělují do menších tematických celků – podkategorií (*v textu značeny kurzívou s podtržením*). Podkategorie jsou složeny z kódů (**značeny tučným písmem**), které jsme fragmentům textu přidělili na základě nesené informace. Kódy jsou následně reprezentovány doslovnými citacemi vyjádření respondentů.

Pro zpřehlednění naší konstrukce uvádíme schéma kategorií a podkategorií vzešlých z analýzy dat (obrázek č. 9).



Obr. 9 - Schéma členění kategorií a podkategorií

6.2.1 Obsahy denních snů

U kategorie obsahy denních snů musíme zohlednit fakt, že třídění podle konkrétního obsahu na: *vztahy*, *zdraví*, *sex*, *práce* a *plánování* je vždy spojeno, jak s obsahy pozitivními, tak s těmi negativními. Obsahy denních snů tvořily v rámci interview velmi obsáhlou část, ke které měli respondenti řadu bohatých informací. S obsahy denních snů jsou také úzce spojeny další dvě vytvořené kategorie – charakteristiky denního snění a dopady denního snění. Obsahy denních snů se obecně drží reálných základů, byť někdy málo pravděpodobných. Pouze velmi výjimečně se respondenti pouštějí do snění vyloženě bizarního. Fantastické představy se týkají maximálně pobytu ve vesmíru nebo na planetě Pandora z filmu Avatar. Tyto obsahy podle nás nejeví známky bizarnosti, protože jsou plně inspirované filmovými reáliemi.

Vztahy

V oblasti vztahů je denní snění respondentů nejbohatší, a to jak v podobě obsahů negativních, které vždy převažují, tak obsahů pozitivních.

Všichni respondenti prožívají **pozitivní denní snění**, které je pro ně obsahem příjemné. Vztahovým denním snům je možné přikládat větší význam, protože se vždy jedná o **opakující se obsahy**, ke kterým se respondenti rádi vrací. Jsou zaměřeny především na budoucnost, v menší míře na přítomnost i minulost. V pozitivně laděných snech respondenti prožívají to, co jim chybí nebo to, co by si přáli mít někdy v budoucnu. Některé denní sny jim nedostatky **kompensují** a fungují částečně i jako forma plánování věcí budoucích. Konkrétně se pozitivní vztahové denní sny nejvíce soustřeďují na **partnery**. Většina respondentů žádného partnera nemá, ovšem všichni zmiňují, že by si nějakého přáli. V denních snech si pak toho pravého/tu pravou představují. Důležité jsou **osobnostní kvality partnera**, jako pochopení, tolerance, v denních snech jsou partneři hodní a starostliví. **Vzhledové požadavky na partnera**, ač poměrně specifické, jsou pro respondenty druhořadé. To je patrně dané jejich velmi omezenými možnostmi potkat vůbec nějaký protějšek do vztahu, a pakliže se již příležitost naskytne, upřednostňují spíše charakter před vzhledem.

R2: „*Sním o té ženské, že bych si našel. Chtěl bych mít rodinu. Někaké děvčice a ogary, o tom sním každý den. Pomáhali bysme si a taková hodná by byla.*“

R3: „*Jo, sním. Já si představuju, co bych mu vařila a jak by to vypadalo mezi náma. Hlavně aby byl dobrý člověk, aby se hezky choval a nepil.*“

R4: „*Miláček mě zve na dovolenou, a když mě zve, tak mi ji i zaplatí. Chová se na úrovni, jako je celkově na úrovni, ale je hodný. Bere mě takovou, jaká jsem, že jsem nemocná vlastně.*“

R5: „*Představoval jsem si, jaká by mohla být. Na tom vzhledu moc nezáleží, ale hlavně aby byla hodná a mohla by mít třeba hnědé oči, černé vlasy, stejně vysoká jako já, aby byla usměvavá, aby byla taková hodná a ohleduplná.*“

Příjemné jsou i denní sny o blízkých, které měli respondenti rádi a kteří již nežijí. **Blízcí lidé** je doprovázeli po dlouhou dobu životem, někde bychom mohli mluvit i o poškozujícím přepečování, ale podstatný je v tuto chvíli důsledek jejich smrti. Respondentům scházejí. Denní snění může do jisté míry jejich nepřítomnost kompenzovat, protože umožňuje **opětovné setkávání se zesnulými**.

R1: „Rodiče se mi často vrací, jak jsme pracovali na poli, co se třeba dělo v různých okamžicích nebo co jsme si někdy řekli.“ Ale já jsem se s mamkou i rozloučila, než umřela. My jsme si popovídali, že jsme si to mohli říct, všechno.“

R2: „Myslím furt na babičku, aj na dědu. Oni už umřeli chudáci oba dva. Stýská se mi po nich. Vybavuju si momenty a situace, co jsme spolu zažili.“

R4: „Tak třeba o mamince, ona už je mrtvá, ale stále se mi připomíná a myslím na ni.“

Negativně laděné denní sny o vztazích se týkají především rodinných příbuzných respondentů. Nejvíce jsou v nich zastoupeni **rodiče**, mnohem méně **sourozenci**, pouze jedna respondentka (R4) zmiňuje i děti, nutno dodat, že jako jediná děti má. Přestože jsou negativní denní sny respondentům nepříjemné (**negativní denní snění**), opakovaně si je nechávají zdát. Považujeme je proto za **významné opakující se obsahy**. Negativní prožitky patrně vycházejí z toho, že vztahy v rodině nebyly optimální, což v respondentech zanechalo stopu. Zpětně lze dohledat právě zde prvopočátky duševního onemocnění, byť si to sami respondenti patrně vůbec neuvědomují nebo nechtějí připustit.

V úvahu by ovšem mohla připadat i možnost, že silně negativní sen zprostředkuje následnou běžnou denní realitu v přece jen příjemnějších barvách, dalo by se mluvit o jakémisi efektu kontrastu. Vysoce pravděpodobnou by mohla být hypotéza, že se jedná o určitou **otevřenou záležitost**. Problém, který nebyl nikdy úplně uzavřený, úkol, který nebyl nikdy zcela dokončený. Poslední variantou je jakási **podvědomá znalost vlastních slabin**. Míst, která při nutné genetické dispozici neodolají vnějším stresorům a dovolí rozvinutí schizofrenie. Zdá se, že při některých interview došlo respondenty až k prozření, bylo očividné, že se nad vyřčenými prožitky zarazili, chvíli nic neříkali a přemýšleli.

R1: „Já přemítám o tom všem z minulosti, co bylo špatné, že když jsem byla mladá, tak já jsem se strašně bála ve škole. Já jsem měla trému, na zkoušky, na všechno prostě. Bála jsem se, abych to udělala. Co mně říkají doma. Aj ve vztazích, aj s kamarádkama a hlavně s klukama. Ale my jsme tak byli vedení rodiči, jako věřící. Všecko jsem brala moc vážně, aj sem si to moc zabírala a pak to mělo vliv na to moje zdraví psychické.“

R2: Myslím na to, že se mně v té práci házali. Že jsem dělal děvčicu pro všechno. Zneužívali mňa. Ani sem neodpočíval. Já už bych to teď nenechal si dělat, protože pak to se mně špatně skončilo.“

R4: „Mamka byla hrozně přísná a byla žárlivá, protože tatka brzo umřel jako. Říkala nám se sestrama, že jsme hrozné nevěsty, jakože chodíme s klukama a ona to ještě opepřila, že se na nás všichni už těší, na takové kurvy. To mi ubližovalo.“

R5: „V jednom tom snu se setkávám s bratrem, se kterým jsem se teď dlouho nebavil. Bavíme se spolu a já mu můžu vysvětlit nějaké věci, které se mezi námi staly“.

Zdraví

Společným tématem bylo u všech respondentů **zdraví zasažené schizofrenií**. V rámci této oblasti byli všichni poměrně struční a obsah jejich denních snů chudý, ale za to výstižný. Respondenti sní o **stavu bez nemoci**, o tom, že jsou zdraví, někteří i o tom, co by to znamenalo pro jejich život. Těmito denními sny si **kompenzují** často letitý stav léčeného duševního onemocnění, včetně u nich přítomné symptomatologie i nežádoucích účinků farmakoterapie.

R1: „To jsem snila, že kdybych byla zdravá, tak bych dělala to, co mám vystudované.“

R2: „To, že bych se pořádně vyléčil, ale celé tělo myslím. Není to nic určitého, jako spíš tak jako, že su zdravý a je to se mnú dobré.“

R4: „No, někdy bych chtěla být zdravá. Mám takové myšlenky, že bych byla zdravá, že by to všechno vypadalo jinak. I s tou prací i se vším jako, co s tím souvisí.“

Sex

Sex jako součást denního snění je téma velmi silné a denní sny obsahující **sex, erotiku či intimitu** přiznávají všichni respondenti. Respondenti byli v tomto ohledu sdílní a téma je bavilo, bylo patrné, že si obecně o sexu patrně nemají s kým popovídat. Přitom se jedná o běžnou součást jejich života, jak z interview jednoznačně vyplynulo. Respondentky byly zpočátku přece jen zdrženlivější a slova volily opatrněji. Sexuální denní snění je v jejich podání zromantizované, což si dobře uvědomují. Respondenti mluví o sexu explicitněji a v představách se opakovaně zaměřují, možná překvapivě, spíše na jednu jedinou ženu. Zásadní rozdíl mezi muži a ženami účastnicemi se interview je ovšem zakončení sexuálních obsahů denních snů. Respondenti totiž naznačují jejich využití i při uspokojování svých tělesných potřeb. Snění o sexu by mohlo být nástrojem **kompenzace**, protože reálně respondentům sexuální tělesný kontakt s jiným člověkem chybí. Muži se k sexuálně laděným snům a sebeuspokojování opakovaně vrací možná proto, že jim kontakt se sebou samým kompenzuje pouze potřeby tělesné a nikoliv vztahové.

R1: „Něco v tom snění je. Představuju si to spíš jako touhu, nenaplněnou touhu po tom druhém, protože já jsem věřící, ale nesezdaná, takže mě to strašně svazuje, že fyzicky nemůžu dělat nic, ale to snění, tam je ještě něco možné.“

R2: „To také mám. Každý den na to myslím. Týká sa to té ženské, co si představuju jako moju ženu. Představuju si to ráno aj večer a je to snění pro mě příjemné, mám potom dobrú náladu.“

R3: „Mám, teda první sexuální sny jsem měla už na gymplu, o klukovi, se kterým jsem chodila a byla do něj zamilovaná. Představy mě napadají, ale nejsem schopná se tomu úplně oddat.“

R6: „Představuju si, jak se miluju s paní mámou nebo nějakou mladou kočkou. Měla by pěkné nohy, černovláska“.

Práce

Všichni respondenti mají **denní sny o budoucí práci**. Práce je v jejich denních snech cílem, ke kterému míří prostřednictvím služby sociální rehabilitace. Část respondentů má **zájem o zaměstnání** pravděpodobně jen ze setrvačnosti a nebo proto, že by si to tak přáli jejich příbuzní. V souvislosti s představami o práci berou v úvahu svůj zdravotní stav (**zhodnocování zdravotních limitů**), na který myslí a je pro ně důležitější než zaměstnání. Zdravotní stav je pro ně velmi limitující, u některých by však mohlo jít spíše o alibismus, jak se zaměstnání vyhýbat, protože se jim zkrátka opravdu pracovat nechce. V úvahu by ovšem mohla připadat i varianta, že se jedná o ego-obranné mechanismy, chránící je před neúspěchem, kterého již v životě zažili více než dost. Další možností je ztráta sebedůvěry, která by byla v jejich případě zcela pochopitelná. Při dlouhodobé absenci výkonu nějaké pracovní činnosti samozřejmě ztrácejí řadu důležitých schopností a dovedností a ocitají se v začarovaném kruhu.

R2: „Uvažuju, co bych tak v té práci mohl dělat. Co by to bylo za práci. Já jsem si tak i představoval, že teď už nebudu tak divočít, že už sa nebudu tak dřít. Budu dělat jako pomalu, jako pianko, abych sa furt nehonil.“

R4: „Já jsem podnikala jako modelářka. Ale to už je dlouho. To už teď nehrozí, protože dneska je to podnikání úplně jiné, je to náročné a raději bych to neměla dělat.“

R5: „Vrací se to s tou prací. Před několika lety jsem pracoval v divadle, takže mám takové představy, jako že bych na to navázal, jo, že bych se tam třeba vrátil.“

R6: „Měl jsem teďka sny, že se vrátím k automechaničině, ale už v 45 letech sa mi to nepovede. A podle maminky bych měl dělat spíš málo, ty letáky jsou akorát, rozumíš jako.“

U části respondentů jsou denní sny o zaměstnání negativně zabarvené. V denních snech se vrací do svého bývalého zaměstnání (**negativní denní sny o bývalém zaměstnání**), ve kterém z nejrůznějších důvodů neuspěli, nebo v něm skončili proti své vůli či na základě zraňujících zkušeností. Takové zaměstnání pro ně mohlo být i stresorem, v důsledku jehož působení došlo k rozvoji schizofrenie, což by nebylo vůbec neobvyklé.

R2: „Objevují sa mi tam furt věci z minulosti, že jsem v práci dřel jak blbec. Zneužívali mňa, ale nemám to spojené s žádným člověkem jako, prostě s tou firmou.“

R5: „Vzpomínka je občas nepříjemná, je to na něco, co se mi nezdařilo, třeba když jsem do hry pustil jiný zvuk, než jsem měl a režisérovi se to nelíbilo.“

Plánování

Respondenti využívají denní snění také při plánování a organizování svých běžných každodenních činností. Vůbec nejčastěji využívají denní snění při plánování toho, co si budou připravovat k jídlu (**plánování výsledku činnosti**), toho, co v obchodě nakoupí (**plánování činnosti**) a jak budou postupovat při přípravě jídla (**postup při činnosti**). Respondenti si v denních snech některé konkrétní věci, jež budou nakupovat, skutečně představují – prakticky si vybaví, jak daná věc vypadá. Velmi často se hned poté v představách přesunují domů, k přípravě jídla. V rámci této činnosti si zase představují, jak s danou věcí manipulují, tak aby si připravili pokrm, který si představovali na úplném začátku.

R1: „Představuju si, co budu dělat odpoledne. Jakože třeba nakoupit, potom masáž, tak se začnu těšit, když mi to jde hlavou, potom už budu doma a budu se dívat na televizi, tam už i příjemné bezpečí toho domova a klid.“

R2: „Když jdu z tady, tak si představuju, jak půjdu do obchodu, to si nakúpím, to a to. Uvařím si pěkně a potom sa najím, lehnu si nebo sa podívnu na bednu.“... Já už si to procházím tak, že si to jako představuju, jak to bude vypadat.“

R4: „No tak já jdu do obchodu a už si představuju, co koupím za potraviny a co z nich udělám. Třeba, že koupím mléko, vajíčka, smetanu, brambory mám doma, tak udělám bramborové placky, smetanu už vím, že nebudu potřebovat, ale jdu dál, tak můžu udělat další

den omáčku z té smetany, mám knedlík doma a už se na to těším. To mám ráda. No a někdy se stane, že to udělám, jen si to tak představuju.“

Denní snění „plánovací“ však zahrnuje také **volnočasové aktivity**, výběr oblečení, chystání se do společnosti a řadu dalších individualizovaných obsahů. Všechny tyto situace si respondenti určitým způsobem představují a sní o nich. Jistě pro ně má význam, aby na večírku vypadali dobře, sní tedy o tom, že si oblečou to a to, budou vypadat hezky.

R3: *„Třeba si teď pořad přemýšlím, co udělám Hance, když odchází, a ještě jsem na to nepřišla. Pořád si představuju, jak by to mohlo vypadat, ta panenka nebo bych jí mohla udělat model mozku.“*

R4: *„Procházím si, co si obleču, když máme večírek nebo nějakou akci. Co si obleču nebo jaké boty si dám. Jako o těch hadrech mám takové snění, že mi to bude slušet, sama sobě, jak se budu i líbit a někdo mě pochválí třeba na tom večírku a podobně.“*

R6: *„Toš myslím na to, jak půjdu do sázkovky, jako kanceláře. To mám takové sny, že tam dám správné výhry a tiket mi vyjde, tak si představuju, že co tam dám za zápasy. Procházím si ty týmy a občas mi to ujede do výhry Zlína. A pak to tam tak dám na tiket, ale ne Zlín.“*

Obsahy „plánovacích“ denních snů jsou naplněny také projevy chování a komunikace (**plánování chování**) respondentů v určité sociální situaci, kterou buďto mají přímo naplánovanou nebo existuje možnost, že k určité sociální situaci dojde. Tyto obsahy mohou být spojeny s napětím a obavami, více k tomuto tématu popíšeme v podkapitole 6.2.3 Dopady denního snění.

R4: *„Asi i ten bývalý manžel mě štve. Představuju si třeba, co mu řeknu, až ho potkám. Začnu si představovat hádku s ním, jako co mu řeknu a teď zase přemýšlím, jak mu to řeknu a nakonec mu nic neřeknu.“*

R5: *„Říkal jsem si, že bych ho třeba navštívil v blízké budoucnosti (bratra). V blízké budoucnosti bych ho možná mohl navštívit s tím, to jsem si trochu sumíroval, abych trochu věděl dopředu, že bychom si to zkusili vyříkat nebo to spravit.“*

6.2.2 Charakteristiky denního snění

Kategorie charakteristiky denního snění je věnována takovým rysům, které jsou u procesu denního snění typické a sdílejí je všichni respondenti. Rozdělili jsme ji na tři podkategorie – *iniciativa při denním snění*, která je buďto volní nebo spontánní, *fáze denního snění*, ve které se zabýváme především okolnostmi vzniku denního snu, jeho průběhu a tím, jak končí

a vybrané aspekty denního snění, ve které shrnujeme všechny ostatní informace související s procesem denního snění.

Iniciativa při denním snění

Iniciativa je zásadní pro dopady denních snů na jejich prožívání respondenty. Kromě toho je v dynamickém vztahu s fázemi denního snění, tedy jeho počátkem, průběhem a koncem. V průběhu procesu je proměnlivá a závislá na řadě okolností, jako je stupeň lucidity snící osoby, podnětnost vnějšího prostředí, míra únavy snícího. Respondenti v závislosti na tom, mohou iniciativu ztrácet a být zcela bez ní, ale také ji získávat a držet si ji. V našem chápání zkušenosti respondentů plyne denní snění samovolně – spontánně (**spontánní iniciativa**).

R2: „Do těch snů já moc nevstupuju, nechávám je jen tak plynout.“

R3: „Já jedu jakoby na té vlně. Prostě se vezu na tom všem.“

R5: „Někdy tak a někdy tak, ale spíš pasivní. Jen to nechám běžet. Nezasahuju do toho, nechám to.“

Druhou možností je stav, kdy si respondenti denní snění zcela záměrně navozují, modelují či ukončují. Práce se snem podléhá jejich potřebám a přáním. Tendence do snů **zasahovat a modelovat** je, je patrná u všech respondentů. V takovém případě jej označujeme kódem **volní iniciativa**.

R1: „Já si myslím, že to rozvíjím, že to prostě nějak rozvíjím sama.“

R5: „Když vidím, že je to nějaká blbost nebo něco a já nemám čas, tak se od toho odpoutám.“

R6: „Já si to představuju, aby mi líp utekla cesta.“

Fáze denního snění

Fáze procesu denního snění jsme na základě přirozeného vývoje procesu označili kódy počátek, průběh a konec. U denního snění, které nám respondenti popisovali, je možné sledovat tyto tři dějové linky poměrně dobře. Najde se však i výpověď nedělitelná, ovšem z hlediska spontánního procesu denního snění skutečně ilustrativní, protože vyjádření respondenta R5 shrnuje rovnou celý průběh denního snového procesu:

„Většinou to začíná tak, že se prostě zamyslím, tak nějak se seknu a pak to prostě začne plynout, prostě sleduju ten sen a pak zase volně odejde a já zase pokračuji v práci.“

V celém procesu denního snění může kolísat intenzita respondentovy práce se snem od plného převzetí iniciativy až k její naprosté ztrátě. Tyto stavy silně souvisí s mírou poklesu

pozornosti, která je při denním snění obrácena dovnitř člověka, ale i zde může být buď plně uvědomovaná nebo naopak oblužená.

Počátek procesu denního snění můžeme v první řadě najít ve výrazném **poklesu pozornosti**. Pozornost klesá při výkonu **monotónní činnosti** nebo při činnosti, kterou má respondent **dokonale zvládnutou**. Typické je to při poslechu rádia, které hraje hudbu v rodném jazyce (dokonale zvládnutá dovednost), při četbě (opět dokonale zvládnuto) nebo v zaměstnání, když je pracovní náplň jednotvárná a opět dokonale zvládnutá.

R1: „*Z toho, že sedím a dělám něco monotónního a najednou mi to tam naběhne.*“

R2: „*Já si víc přemýšlím, než poslouchám hudbu a slova v ní. Mluvené slovo jo, ale texty písniček ne. Radši při té hudbě přemýšlím o člověku.*“

R3: „*Snění probíhá, i když poslouchám rádio nebo televizi.*“

R6: „*Většinou čtu v létě. Protože, když mám otevřené okno, tak se mi lepší dýchá, a hlavně se na to lepší soustředím, protože myšlenky tak neodbíhají.*“

Druhou zjištěnou variantou, jak může denní snění vzniknout je už výše popsaná **volní iniciativa**. Člověk zkrátka snít chce, a tak si snění vlastní vůli spustí, modeluje a ukončuje. V kterékoliv fázi samozřejmě může dojít ke ztrátě iniciativy a proměně obsahu.

Poslední zjištěnou možností **počátku** denního snění je **působení asociací**. Jedná se vždy o asociace s tématy, ke kterým má respondent nějaký vztah a často jsou součástí jeho opakujících se denních snů. Pokud se pak v životě setká s určitou situací nebo podnětem, který se v jeho denních snech obvykle vyskytuje, může to u něj denní snění spustit, a to v identickém režimu (obsah i doprovázející nálada), jako denní sny předchozí.

R3: „*Brácha, naposled, když jsem mu volala, tak tón hlasu, jakým se mnou mluvil, byl podobný jako jednoho z Nedvěďů v písničce Slunovrat, tak jsem si hned vybavila ty Nedvědy, ale pak jsem zase neposlouchala moc bráchu.*“

R4: „*Když třeba vidím uklízečku uklízet, tak si představuju to vytírání a zametání, že to není až tak těžké, že bych to taky mohla zkusit.*“

R6: „*Ta myšlenka většinou vyroste na ty ženské s tím, jak odejdu z domova, jak jedu trolejbusem, tak začnu čumět po ženských, tak potom.*“

Průběh procesu denního snění tvoří obsah, který jsme již popsali v rámci první kategorie – obsahy denního snění. Průběh je opět výrazně ovlivněný úrovní pozornosti, které je člověk

schopen. U některých denních snů je potřeba věnovat plnou pozornost procesu snění, u jiných nikoliv. Například v rámci nakupování je důležitá posloupnost nákupu potravin, která, zdá se odpovídá tomu, na co si respondenti zrovna vzpomenou, ale když je to možné, postupují v představách podle rozmístění produktů v daném obchodě. V rámci představy přípravy jídla si nejprve představí samotné jídlo, tedy jak vypadá v hrnci nebo třeba na talířku, až poté nastupuje představa chuti a vůně. Respondenti uvádějí, že k tomu, aby mohlo denní snění probíhat je nejnütnější klid (**potřeba klidu**). V případě, že jsou obklopeni podněty poutajícími pozornost, nemohou snít, ani kdyby sami chtěli.

R1: „Musíš mět na to klid, aby to mohlo probíhat. Tak jak když se mi při té práci chce spat. Jak já to držím, on to uřeže, zase držím, zase uřeže a zas dokola. A to je čtyři hodiny taková práce.“

R2: „Když ležím u bedny a odpočívám, to mám aj čas a nic mě neruší jako.“

R6: „Ráno na to není čas, to jako nemám nikdy nějaké snění. Ale v práci už mě to napadá, tam ten prostor mám.“

Konec procesu snění je v podstatě v opozici k počátku denního snění. Typické je, že denní snění končí potřebou zaměřit pozornost (**potřeba pozornosti**) vůči vnějším podnětům. Opět to může být buďto volní záležitost nebo respondenty z denního snění vytrhne něco z vnějšího prostředí.

R1: „Někdy to nedomyšlím do konce. Zase tě něco přeruší. Někdo něco řekne v práci, vedoucí něco chce a tak.“

R5: „Někdy to nenechám doběhnout do konce, ale prostě se od toho odpoutám.“

R6: „Většinou to skončí tím, že skončím v práci.“

K ukončení procesu na základě vůle respondentů dochází také v případech, kdy je jim nějaký obsah skutečně nepříjemný a zároveň si uvědomí, že se sněním mohou přestat. S tím se v nich probudí ona iniciativa a sen skutečně ukončí.

R1: „Třeba v tom snu někdo zemře. Tak takový sen prostě ukončím. A nechcu ho nějak rozvíjet. Prostě ho sama zastavím a říkám si: už dost, to bych neměla, to není dobré přemýšlet o takových věcech.“

R3: „Zasahuju do toho i tehdy, když mně je ten sen proti srsti, to mě vytrhne z toho a ukončím to. Ale ne vždycky. Někdy to tak udělám, ale nevím, proč někdy jo a stává se i, že nedělám nic.“

Vybrané aspekty denního snění

První vybranou charakteristikou denního snění je jeho frekvence. Tu jsme na základě analýzy případů rozdělili na dva typy, a to z hlediska dne, tedy 24-hodinového cyklu (kód **frekvence za den**) a z hlediska životního období (**frekvence za období**). V rámci **frekvence za den**, se denní sny objevují pravidelně ráno, dopoledne a večer. Nejvíce denních snů mají všichni respondenti jednoznačně večer s vrcholem před spánkem. Denní snění ráno je naopak krátké.

R2: „Po ránu, ale aj přes den, aj večer, nejvíc před spaním.“

Tyto skutečnosti patrně vyplývají z toho, že ráno si respondenti krátce po probuzení berou indikovanou medikaci, která denní snění ovlivňuje spíše pozitivně, protože je utlumí a z toho důvodu je snění v tuto dobu jednotně pravidelné, na druhou stranu však pijí kávu, chystají se do práce nebo sociálních služeb. Jsou tedy celkově aktivizováni a denní snění nedostává velký prostor.

Dopoledne se všem respondentům nabízí pro denní snění prostor buď v rámci zaměstnání, nebo činností v sociální rehabilitaci (nácviky pracovních dovedností). Tento čas pravidelně využívají především k plánování si činností po odchodu ze sociální služby a práce. Denní sny v průběhu odpoledne respondenti podle našeho názoru neuvádějí proto, že mají opět práci, na kterou se musejí soustředit (např. nakupování, komunikace s lidmi).

Večer respondenti opět užívají medikaci, která na ně působí spíše tlumivě, navíc mají poměrně dost času, protože už nikam nespěchají. Tato kombinace vede k tomu, že snění zde nabývá na četnosti i na úpornosti. Respondenti se snění nedokáží „zbavit“ tak snadno, jako v předchozích částech dne, navíc jsou denní sny v podvečer a večer laděné spíše negativně. Podle našeho názoru je to dáno hlavně tím, že jsou již více unavení, ale působit může také úbytek denního světla. Před spánkem nastupuje vrchol negativity obsahů a respondenti ruminují, dokud neusnou nebo neužijí další psychofarmaka.

R1: „Večer už se ubírají aj ty špatné, už se vkrádají.“

R4: „Sním nejvíc ráno a pak večer, před tím, než jdu spát, ale trvá mi dlouho, než se toho zbavím.“

R5: „Co se týká částí dne, tak ono je to pokaždé jinak, ale řekl bych, že nejvíc nebo nejčastěji to mívám večer.“

R6: „*Myslím, že večer. Večer je toho úplně nejvíc, protože sním léky. Kolem šesté se blbě soustředím. Tam mi odbíhají myšlenky.*“

V rámci **frekvence za období** se denní sny objevují s rozdílnou četností na základě individuálních specifíků. Respondenti však sdílejí právě to, že každý z nich má nějaké specifikum, ve kterém se mění frekvence denního snění. Vůbec nejčastějším obdobím tohoto typu jsou roční období. Je to podle nás způsobeno citlivostí respondentů vůči změnám. Konkrétně citlivost vůči ročním obdobím je u osob s onemocněním schizofrenie celkem běžná.

R1: „*U mě je to závislé na sezoně. Když mám špatné období, to je třeba zima a jaro, i podzim trochu, tak to sním víc. Je tam víc těch špatných snů a ty trvají déle, a to hlavně před tím spaním no.*“

R6: „*No v létě je víc práce. To su na zahradě. Tam je toho míň, toho denního snění. Není čas na denní snění.*“

Z hlediska délky či rozsahu (**délka procesu za den**) denního snění udávají respondenti mezi zhruba hodinou až třemi hodinami za den. Takové hodnoty se jeví jako enormně vysoké a předpokládáme, že v porovnání se zdravou populací bude denní snění respondentů mnohonásobně rozsáhlejší.

R1: „*No to budou hodiny. Můžou to být dvě hodiny, hodina určitě. Ono se to naskládá.*“

R3: „*Já sním pořád, takže to může být třeba tři hodiny za den, jak kdy, ale spíš víc než míň.*“

R4: „*No maximálně tři hodiny, ale to je maximum.*“

R6: „*No, dost. Možná aj tři hodiny. Dvě až tři.*“

Jednotlivé denní sny trvají (**délka snu**) v rozpětí od několika sekund až ke zhruba třiceti minutám. Vzhledem k tomu, že se jednalo o velmi jistý projev, můžeme brát odhad půl hodiny jako skutečnost. Taková délka jednoho denního snu je ovšem opět enormně velká.

R2: „*Jako vím, že to trvá dlouho, asi půl hodiny. To sem si tak všiml aj podle bedny, jak uplyne nějaký pořad třebas.*“

R4: „*No bývá to třeba půl hodiny, když je to negativní.*“

R5: „*Většinou jsou to okamžiky. Tak do dvou minut maximálně. Jsou to okamžiky většinou několika vteřin.*“

6.2.3 Dopady denního snění

Když píšeme dopady denního snění, máme na mysli to, jakým způsobem proces ovlivňuje život respondentů. Do jejich života samozřejmě zahrnujeme také zdravotní stav, především ten psychický, který je zatížený schizofrenií. Dopady se v základu dají rozdělit na pozitivní a negativní. Negativní v námi provedeném výzkumu přece jen převažují. Je ovšem nutné zohledňovat i další okolnosti a vlivy, které na respondenty působí, což celou situaci komplikuje.

Negativní dopady

Zjistili jsme, že škodlivost denního snění spočívá hlavně v **negativním ovlivnění pozornosti**, což se prakticky projevuje tak, že respondenti nevnímají čtený text, sledování televize či poslech rádia a nesoustředí se na činnost, kterou vykonávají. Nejpodstatnější to může být při podávání pracovního výkonu, vliv to má určitě i na bezpečnost. Dopadem s významnou škodlivostí je **ruminace**. Ta s sebou nese nepříjemné emoce a respondentům způsobuje potíže se spánkem. Nedostatek spánku pak dále snižuje výkon pozornosti, již tak oslabené psychofarmaky a případně i probíhajícím procesem denního snění. Souběžně s ní dochází ke změnám nálady, v tomto případě **zhoršování nálady**. Respondenti se z negativně laděných denních snů „dostávají“ mnohem obtížněji a zabere jim to více času. I přesto mají tendence se k nim vracet, což není neobvyklé.

R1: „*Strach. Strach z toho, co bude. Nervozita, roztěkanost., to je zase z toho strachu. A ty negativní ti delší dobu leží v hlavě.*“

R2: „*Objevují sa mi tam věci z minulosti. Myslím furt na babičku, jak umřela. Jak ona umřela, tak to se mňů dopadlo špatně, no. To pak nemožu spat, někdy dlúho do noci a furt dokola to mi to tam nabíhá. Převaluju sa, ale nezaberu, někdy mě pomože ďalší Rivotril ale.*“

R3: „*Já se nemůžu soustředit někdy na nic jiného než na to snění, co mi jede hlavou.*“

R4: „*Když si něco čtu, tak se mi stává, že začnu první dva řádky a u třetího nevím, co jsem četla. Někdy totiž začnu to snění, přemýšlení nad různými věcmi, které nemají souvislost s tím čtením.*“

R5: „*Tak ztráta pozornosti, jakože mě něco v tom denním snění zaujme, a tak se nesoustředím na to ostatní.*“

R6: „*Mám z toho blbé pocity, no, co ti mám vykládat, prostě takové zklamání, že to nedokážu (udržet pozornost), ani takovou blbost někdy.*“

Ve spojitosti se spánkovými obtížemi to, podle nás může vést ke zhoršování psychického stavu a při kumulaci dalších zatěžujících faktorů (toxikomanie, tělesné onemocnění, psychosociální stresory a jiné stresory - např. fobie, deprese, neurózy) to může vést až k relapsu schizofrenie. Pro relaps onemocnění však může být dostačující skutečně pouze denní snění, respektive může stát na počátku potíží nebo ke zhoršenému stavu přispět. Obrázek č. 10 pro ilustraci shrnuje vztahy mezi jednotlivými oblastmi uvnitř kategorie dopady denního snění.

R4: „*Ne, ne, mám denní snění a pak se mi rozjede ta nemoc. Jsou tam nějaké myšlenky, a to mi nedělá dobře, to jsou ty špatné. Potom začne ta nemoc nabývat na síle.*“

Pozitivní dopady

Z druhé strany však podle našich zjištění působí síly úzdravné. Pozitivně laděné denní snění vede také ke změnám nálady, v tomto případě jejímu zlepšování (**zlepšování nálady**). Respondenti zažívají příjemné pocity, kterými si mnohdy kompenzují jejich nedostatek v přirozené podobě (viz kategorie obsahy denních snů). Denní snění kromě toho příznivě působí na schopnost **řešení problémů** – plánovat, organizovat, dává prostor k seskládání informací a jejich využití v životě. Respondenti této schopnosti běžně využívají každý den. V poslední řadě může mít příznivý dopad na **motivaci** respondentů. Denní sny zaměřené na řešení problémů a v rámci toho hlavně na plánování, mohou respondentům vytvářet odrazové můstky směřující k aktivitě. Mobilizují je k akci a mohou pomoci se změnami navyklých nefunkčních schémat.

R1: „*Má to vliv na uvědomění, že všechno není, jak si člověk myslí, že to bude dobré. Myslím tak na ty zadní vrátka, že se něco může stát, mně, blízkým. Ted' je to tak, ale zase z toho nějak vyjdu a bude to lepší.*“

R2: „*Řekl bych, že aj pomáhá. Třeba před nakupováním, že vím, že si koupím maso, toto, rohlíky, nějaké sýry a pak co si uvařím doma.*“

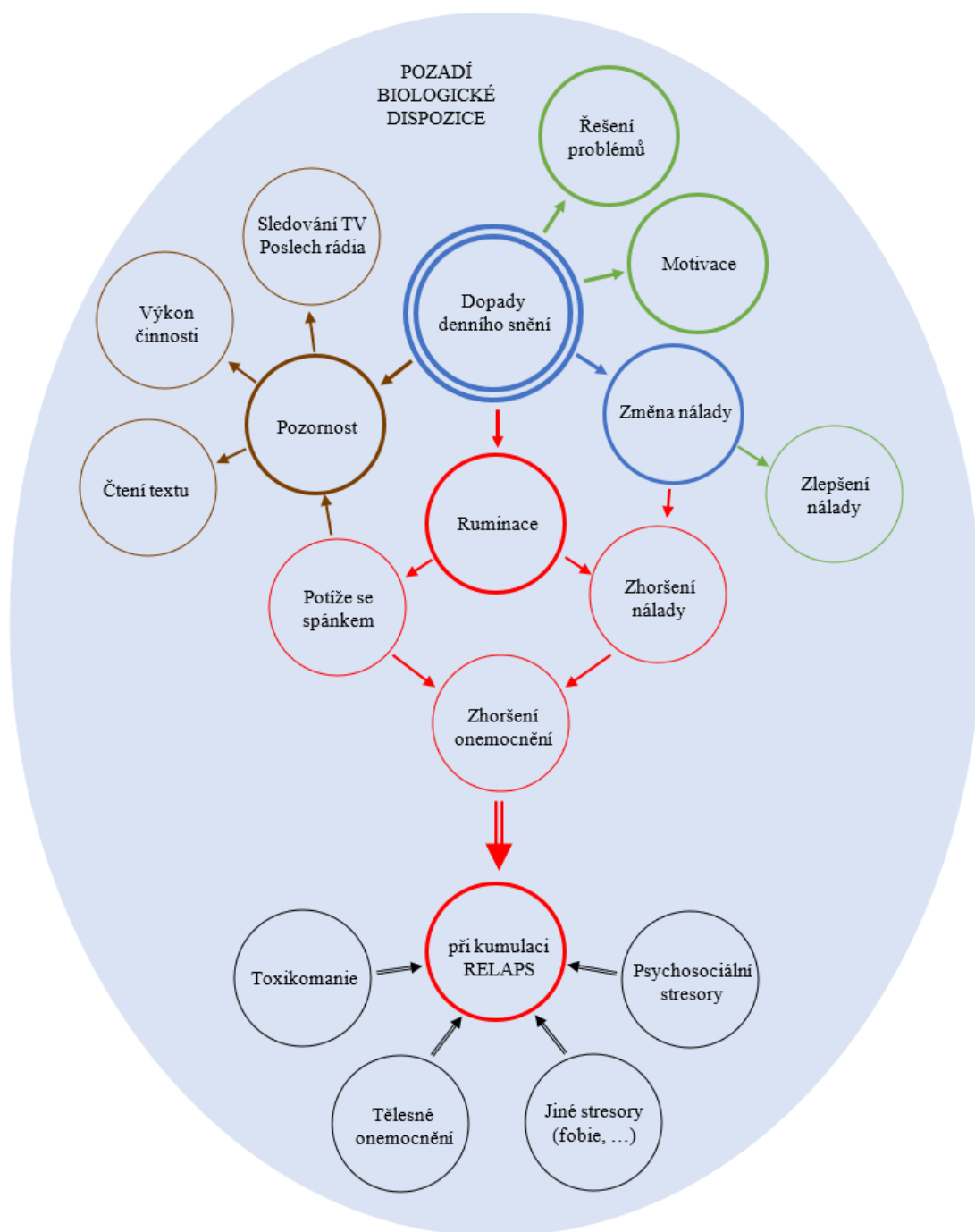
R2: „*I mě to donutí něco udělat, zajdu na hřbitov. Ten sen mi to spíš připomene a já už sa podle toho zařídím.*“

R3: „*Jako takovou motivaci, že mě to nutí dostat se k něčemu, co chci dosáhnout.*“ *Nutí mě to přemýšlet o tom a vědět o tom, co chci.*“

R4: „Já jsem dlouho snila o dovolené na horách, jak to tam bude vypadat, hotel, pokoj. A jednou jsem si vzala katalog zimních dovolených. Chtěla jsem, aby tam jela se mnou sestra s Lenkou, ale nechtěly. Později mi ale sestra řekla, že pojedeme a už to máme naplánované.“

R5: „No, třeba jsou to takové situace, kdy plánuji do budoucna. Momentálně sháním práci, takže je to takový jakoby sen, co udělám, jakým způsobem budu pokračovat v životě.“

R6: „Ty sny ti změni náladu, pak máš další dobré sny, a to tě udrží být dobrý, jako zdravý.“



Obr. 10 - Schéma vztahů uvnitř kategorie dopady denního snění

6.3. Odpovědi na výzkumné otázky

V této podkapitole zodpovíme stanovené výzkumné otázky. Základním zdrojem při hledání odpovědí byla provedená analýza a interpretace dat.

1. Jak jedinci se schizofrenií zakoušejí průběh denního snění?

Denní snění u jedinců se schizofrenií probíhá vždy ve třech fázích, kterými jsou počátek, průběh a konec. Pro počátek procesu denního snění je nezbytný útlum organismu a pokles pozornosti. K poklesu pozornosti a počátku denního snění dochází při výkonu monotónní činnosti nebo takové činnosti, kterou má snící jedinec dokonale zvládnutou. U respondentů dochází k těmto situacím v rámci výkonu zaměstnání nebo sledování televize, poslechu rádia, cestování i jiných běžných situací. Dalším spouštěcím faktorem denního snění je vystavení jedince podnětům, které v něm vyvolají asociaci a vedou jej k zasnění. Kromě těchto dvou uvedených spouštěčů bdělého snění je však možné navodit si jej také záměrně, vlastní vůlí, což je u respondentů zcela běžné. Pokračování denního snění vyžaduje klidné prostředí bez podnětů, jež by odpoutávaly pozornost, která je v tu chvíli zaměřená na vnitřní proces denního snění. Konec procesu denního snění nastává typicky tehdy, když dojde k upoutání pozornosti podnětným jevem, a to z prostředí nejen vnějšího, ale i vnitřního. K druhému uvedenému případu dochází tehdy, když si jedinec uvědomí, že sní sen, který snít nechce, např. protože je mu nepříjemný (obsahy spojené s umíráním nebo smrtí blízkých či sebe sama a podobně).

V průběhu dne se denní sny objevují pravidelně ráno, dopoledne, večer a ve vůbec největším množství a intenzitě před usnutím. Denní snění ráno je naopak nejkratší. Patrně proto, že se námi oslovení respondenti musejí soustředit na řadu úkonů (snídaně, hygiena, oblékání) před odchodem do zaměstnání nebo sociální služby. Jednotlivé denní sny trvají mezi několika sekundami až ke třiceti minutám. Za celý jeden den nasní respondenti mezi jednou až třemi hodinami obsahu. Denní snění probíhá po celý rok s určitými změnami v četnosti a délce, které podléhají vlivu ročních období. Délkou snění i jeho frekvencí je proces nejúspornější v letních měsících. Obsahy snů jsou v tomto období většinou příjemné. Naopak je tomu v průběhu podzimu, zimy a jara. Denní snění se tady prodlužuje, je četnější a více negativně laděné.

Emoce a nálada před počátkem denního snění výrazně ovlivní to, zda je obsah laděný pozitivně nebo negativně. V průběhu denního snění však může docházet ke změnám emocí, protože ty v tu chvíli již kopírují snové obsahy, jejichž vývoj je nepředvídatelný. Pokud jsou

negativní, promítne se to i v emočním rozpoložení snícího a naopak. Emoce prožívané v průběhu denního snění po jeho skončení přetrvávají, i když v mírnější podobě. Oproti pozitivně laděným obsahům perseveruje negativní ladění po konci snění mnohem déle.

2. Co je obsahem denního snění u jedinců se schizofrenií?

Obsahem denních snů jedinců se schizofrenií jsou především mezilidské vztahy, zdraví respondentů, sex a intimita, práce a plány činností. Všechny snové obsahy jsou spojeny s reálným prožíváním emocí. Ty víceméně kopírují emoce obsažené ve snu. Na základě toho je můžeme rozdělit na obsahy laděné pozitivně, obsahy laděné negativně a obsahy, v rámci nichž se oba póly emočního ladění mohou střídát. V některých snových obsazích je možné zaregistrovat poškozující momenty, které vedly k rozvoji duševního onemocnění.

Mezilidské vztahy jsou z hlediska témat nejdominantnější oblastí denního snění. Pravidelně jsou v nich zastoupeni nejbližší příbuzní, hlavně rodiče a vysnění partneři. Denní sny o rodičích jsou obsahově bohaté na nejrůznější drobné rozhovory, setkání, události, běžné denní zážitky, a to především společné. Sdíleným rysem je fakt, že téměř všichni respondenti už své rodiče nemají. Obsah je často silně emočně zbarvený. Zhruba polovina denních snů obsahuje vzpomínky, které vyvolávají nepříjemné pocity, i přesto se k nim respondenti vracejí. Velké množství denních snů je však pro snící příjemné a vracejí se k nim rádi.

Sex a intimita je v denních snech všech respondentů. Muži jsou k tématu sdílnější a obsahy denních snů vyjadřují explicitněji. Ženy – respondentky sní více romanticky a obsahy snění jsou naivní, čehož jsou si vědomi a dělají to tak cíleně. Sexuální obsahy jsou obvykle dlouhé (dva respondenti uvádějí dokonce půl hodiny). Obsah je ztvárněný poměrně konkrétně (pěkné nohy, černé vlasy) a řídí se podle tužeb snícího.

Součástí obsahů denního snění je práce. Jedná se o práci, kterou lidé vykonávali v minulosti a ve které se objevují silné stresory. Obsahy denních snů jsou v takovém případě negativně zbarvené. Denní snění obsahuje i práci, kterou by respondenti chtěli mít v budoucnosti s pozitivním emočním doprovodem. V denních snech je ztvárňována vždy s ohledem na duševní onemocnění snícího.

Plány činností se obsahově týkají konkrétních podnětů a aktivit. Jsou obvykle velmi přesné. Vždy obsahují představu vysněného výsledku, obsahově přesně naplánovanou činnost a postup při jejím dosahování. Obsah bývá krátký a účelný. Plány činností jsou dále zaměřeny na plánování volnočasových aktivit (výběr oblečení, chystání se na večírek) a řešení problémů. „Plánovací“ denní sny mají velký přesah do skutečného života.

3. Co vede jedince se schizofrenií k provádění denního snění?

Oslovení jedinci se schizofrenií si obsahy denních snů kompenzují různé nedostatky, které pociťují. V tomto kontextu se jedná o obsahy sexuální, vztahové – partnerské, vztahové – rodinné, pracovní a zdravotní. S různou četností a intenzitou tak bděle-snová kompenzace zahrnuje všechny oblasti obsahů procesu denního snění. Úporné jsou obsahy vztahové – rodinné. Právě rodina je patrně jedním z prvků, které mohou ovlivnit rozvoj onemocnění. Respondenti se v denních snech do období, kdy byli oni sami mnohem mladší, nebo kdy ještě žili rodiče, vracejí z důvodu, že si mohou představovat, jak odlišně by se v některých dávno minulých situacích zachovali, řekněme tak, aby je mohli přijímat jako ego-syntonní. Za povšimnutí zde stojí intuitivní orientace tím správným směrem. Z interview vyplynulo, že si větší část respondentů oněch vlivných momentů není vědoma, ale v denních snech k nim přitom opakovaně míří. Kompenzace chybějících partnerských vztahů je zcela přirozená a v obsazích denních snů velmi častá. Stejně tak je tomu u obsahů sexuálních. Obě oblasti jsou pro respondenty opravdu důležité, ale ve skutečném životě jich nejsou schopni dosahovat. Ke kompenzaci v oblasti zdraví respondenty vede jejich duševní onemocnění. Uvědomují si, v čem všem je limituje, což se projevuje i v oblasti obsahů pracovních. K dennímu snění o práci je vede také její přirozenost ve společnosti, kterou si dobře uvědomují.

K dennímu snění dále vede potřeba řešit různé problémy, plánovat a organizovat svou aktivitu. Denní snění lidem umožňuje tyto kognitivní procesy provádět, čehož respondenti využívají zcela běžně mnohokrát za den. Jedná se o nezbytný nástroj zvládnutí života, umožňující rozvíjet různé scénáře, zahrnující třeba interpersonální komunikaci, nakupování nebo přípravu na cestu MHD. Kromě toho může příznivě ovlivňovat motivaci snícího.

Jedinci se schizofrenií prostřednictvím procesu bdělého-snění chtějí, potřebují a v případě ruminace dokonce musí prožívat zase a znovu události minulé, přítomné i budoucí. Denní snění je vždy spojeno s prožíváním, které je laděné buď pozitivně nebo negativně. Respondenty tedy vede potřeba prožívat emoce, které krystalizují podle toho, o jaké snové obsahy se jedná. Provádění denního snění je v tomto případě otázkou jejich vlastní vůle, chtějí to tak oni sami. Odlišným případem je ruminace, kdy prožívat hlavně nepříjemné pocity v podstatě musí i přesto, že už nechtějí. Vede je k tomu patrně fakt, že různé vztahové záležitosti a běžné i životní úkoly nedokončili a zůstaly otevřené (efekt Zeigarnikové v praxi).

4. Jaká je zkušenost jedinců se schizofrenií s vlivem denního snění na jejich duševní onemocnění?

Jedinci se schizofrenií připouštějí vliv denního snění na průběh onemocnění schizofrenie. Uvědomují si vliv obsahů laděných negativně i pozitivně. Vtíravé, úporné a nepříjemné obsahy se koncentrují při ruminaci. Stav s ní spojené jsou respondenty poměrně dobře registrovány a z jejich hlediska by právě ruminace mohla být reprezentativním původcem zhoršení jejich psychického stavu. Na základě provedené analýzy lze skutečně najít spojitost mezi obsahy denního snění a průběhem schizofrenie. Roli zde hraje řada dalších faktorů, o kterých v rámci našeho výzkumu nemáme přehled, nicméně denní snění je ze zkušenosti nemocných modulátorem změn nálady. Náladu pak ovlivňuje řada dalších oblastí, zpětně obsahy denních snů (vytvoření bludného kruhu), velký dopad má na spánek (problémy s usínáním). Od toho se odvíjí snížení schopnosti podat potřebný pracovní či jiný výkon. Na něj má vliv i zhoršení pozornosti, které je přímým důsledkem denního snění. Zhoršení pozornosti má kromě toho negativní dopad také na vnímání čteného textu, televize nebo rádia. Na základě zhoršení nálady či problémy s usínáním jsou respondenti mnohdy nuceni užít další medikaci. Kumulace všech uvedených obtíží může ve výsledku vést k mírnému i závažnějšímu zhoršení onemocnění. U dvou respondentů vedlo negativně zbarvené denní snění dokonce k relapsu onemocnění.

Vliv denního snění na duševní onemocnění schizofrenií je naproti tomu také protektivní a úzdravný. Pozitivně laděné obsahy denních snů mohou redukovat působení jeho vlastních negativních dopadů, ale i řady jiných nepříznivých faktorů (u respondentů psychosociální stresory nebo somatická onemocnění). Na základě zkušeností respondentů má pozitivní denní snění zprostředkovaný vliv na onemocnění, v jehož rámci vedou převažující pozitivně laděné obsahy přirozeně k úbytku těch negativních. Denní snění umožňuje řešit problémy, plánovat či organizovat, což posiluje kompetence respondentů, jejich autonomii a samostatnost. Denní snění má také vliv na motivaci, kdy na základě určitého bdělého obsahu člověk přikročí k akci a to, o čem sní, se snaží realizovat. Respondenti zapojení do výzkumu tuto dobrou zkušenost mají. Bohužel v nepoměrně menším objemu oproti tomu, kolik pozitivně laděných obsahů prožívají.

7 DISKUZE

Cílem bakalářské práce byla explorace a deskripce zakoušených aspektů procesu denního snění u jedinců se schizofrenií. Nalezená stěžejní témata nyní podrobíme diskuzi srovnávající dosažené výsledky s výsledky jiných studií, popíšeme potencionální zdroje nepřesností, praktickou využitelnost a doporučení pro další výzkum.

Na základě provedeného výzkumu se do centra naší pozornosti dostaly pozitivní a negativní aspekty denního snění, které mohou mít vliv na průběh duševního onemocnění respondentů. Mezi negativní dopady řadíme pokles či zhoršení nálady. Existuje řada studií, které se věnují právě prokazování negativního působení denního snění na náladu (Killingsworth & Gilbert, 2010; Smallwood & O'Connor, 2011; Stawarczyk, Cassol, & D'Argembeau, 2013; Hobbiss, Fairnie, Jafari, & Lavie, 2019). Denní snění je považováno dokonce za jeden z generátorů vzniku depresivních symptomů (Marchetti, Van de Putte, & Koster, 2014). Výzkumníci to připisují na vrub příliš velkému zaměření na sebe sama a ruminaci. Respondenti ruminují běžně před spánkem, toto úporné denní snění vede k tomu, že často nemohou usnout, usínání jim trvá neúměrně dlouho a může je přinutit užít další indikovanou medikaci. Ke stejnému zjištění dospěla také studie nespavosti u schizofrenie (Chiu et al., 2015). Spánek nemůže být dostatečně osvěžující a patrně to přispívá ke snadnější unavitelnosti na kterou si lidé se schizofrenií často stěžují.

Dalším námi popsaným negativním aspektem, který se projevoval napříč všemi případy, je zhoršení pozornosti. Výjimečně zde panuje naprostá shoda, že tento projev patří mezi typické důsledky denního snění, mimo to, je velmi dobře prozkoumaný, aktuálně např. Hobbiss, Fairnie, Jafari, & Lavie (2019). Prakticky se zhoršení pozornosti projevuje tak, že respondenti nevnímají čtení textu, což potvrzuje studie Unswortha, McMillanové, Brewera, & Spillerse (2012). Všichni respondenti jsou nepozorní také při sledování televize nebo poslechu rádia a pozornost je snížena nebo úplně absentuje také při výkonu činnosti. Značné dopady to může mít při výkonu zaměstnání a na bezpečnost vlastní i jejich okolí (Barron, Riby, Greer, & Smallwood, 2011; He, Becic, Lee, & McCarley, 2011).

Kumulace obtíží se změnami (zhoršováním) nálady, ruminací a snížením pozornosti, může vést k mírnému i k závažnějšímu zhoršení onemocnění. O negativním vlivu denního snění na psychotickou symptomatiku hovoří na základě výzkumu mimo jiné Kaskie, Graziano & Ferrarelli (2017). Stran námi realizovaného výzkumu je nejzajímavější studie, kterou

provedl Shin et al. (2015), zabývající se negativními dopady denního snění na osoby se schizofrenií. Studie prokázala kladnou korelaci mezi frekvencí denního snění a závažností pozitivních příznaků.

Bez poklesu pozornosti by samozřejmě k dennímu snění nemohlo dojít a je nutné vzít na vědomí, že bdělé snění má kromě negativních aspektů, také ty pozitivní. Není pochyb o tom, že by bez něj nemohlo docházet k řadě prospěšných a nezbytných mentálních procesů. Pozitivním aspektem denního snění je podle našich zjištění zlepšování nálady. Respondenti mohou prožívat příjemné pocity, kterých mají v reálném životě zřejmě nedostatek. Pozitivní dopad denního snění na náladu je opakovaně šetřen řadou studií, které tento efekt potvrzují. Franklin et al. (2013) jej vykládá jako důsledek prožívání zajímavého obsahu. Výzkum, který provedli Spronken, Holland, Figner, & Dijksterhuis (2016) dokázal, že je pozitivní denní snění během nepříjemných činností asociováno s pozitivně laděnou náladou, tu zlepšují obsahy prezentující blízkost jiných lidí (Poerio, Totterdell, Emerson, & Miles, 2015).

Denní snění dále příznivě působí na schopnost řešení problémů, plánování a organizování, čehož respondenti využívají běžně každý den. Uvedenou schopnost považujeme za zcela nezbytnou pro vytváření vnitřní motivace. Představa určitého cíle podle nás vytváří hybnou sílu, která při dostatečné koncentraci může vést snícího k aktivitě a hmatatelné snaze představu realizovat. Uvedené vlastnosti denního snění jsou opakovaně ověřovány a potvrzovány četnými výzkumy: Schooler et al. (2011); Smallwood, Ruby, & Singer (2013); Marcusson-Clavertz, Cardeña, & Terhune (2016).

V reakci na studii Shina et al. (2015), popisující zhoršení pozitivní psychotické symptomatiky participantů vlivem denního snění, uvádíme studii Chena et al. (2019), které se toto zjištění prokázat nepodařilo a v rámci frekvence denního snění dokonce zjistila jejich nižší četnost v rámci experimentální skupiny (osoby se schizofrenií) oproti kontrolní neschizofrenní skupině. Dopad denního snění na pozitivní symptomatiku schizofrenie je tedy sporný. Dva respondenti ovšem referují relaps onemocnění na základě negativně laděného denního snění.

Obsahem denního snění respondentů jsou mezilidské vztahy (převážně zesnulí rodiče a vysnění partneři), jejich zdraví, sex, práce, postupy při řešení problémů a plánování. Tyto zjištěné oblasti odpovídají tématům popsaným výzkumem, v němž se Bigelsenová, Lehrfeld, Joppová, & Somerová (2016), zabývali maladaptivní formou denního snění. Z této

studie vyplynulo, že denní sny participantů bez maladaptivních projevů tvoří z 39 % obsahy založené na jejich reálném životě anebo na konkrétním splnění přání (34 % obsahů), což potvrzují i námi zjištěná data.

Zhoršená nálada podle nás vyplývá z negativně laděných obsahů. Právě tento sled ukazuje analýza dat jako nejobvyklejší. Ke stejnému zjištění dospěla také studie Killingswortha & Gilberta (2010) provedená na vzorku 5 000 respondentů. Negativně laděné obsahy se často týkají minulosti respondentů, a to především oblasti vztahové a pracovní, což odpovídá dosaženým výsledkům řady studií (Poerio, Totterdell, & Miles, 2013; Stawarczyk, Cassol, & D'Argembeau, 2013), které ukazují na to, že negativní konotaci vyvolávají právě obsahy zaměřené na minulost, obsahy směřující k budoucnosti, jsou pak spíše pozitivní, stejně jako tomu bylo také v řadě studií (Ruby, Smallwood, Engen, & Singer, 2013; Hoffmann, Banzhaf, Kanske, Bermpohl, & Singer, 2016). I tento jev můžeme v námi provedené studii pozorovat a týká se všech obsahových oblastí (vztahy, sex, práce, zdraví, řešení problémů a plánování).

Průběh procesu denního snění (s fázemi počátek, průběh a konec), který jsme na základě provedeného výzkumu popsali je ovlivňován iniciativou snící osoby. Tato zjištění odpovídají nálezům studie o záměrnosti či naopak spontánnosti procesu (Seli, Risko, Smilek, & Schacter, 2016). Denní snění je možné rozdělit tímto způsobem na základě kolísající aktivity snícího, který do procesu může zasahovat velmi výrazně, ale může být i zcela pasivní a samozřejmě cokoliv mezi tím. K takto rozdílným průběhům dochází v procesu denního snění respondentů zcela běžně, nicméně oni sami je nejsou schopni kvantifikovat.

Počátek denního snění je podmíněný útlumem organismu a poklesem pozornosti, což odpovídá výsledkům práce Smallwooda & Schoolera (2015) a dalších. K tomu může dojít při výkonu monotónní nebo dokonale zvládnuté činnosti či vyvoláním asociace, což dokazují i další výzkumy (Unsworth, McMillan, Brewer, & Spillers, 2012; Unsworth & McMillan, 2017). Poslední možností, která z našeho výzkumu vyplynula, je situace, kdy si denní snění respondent navodí vlastní vůlí. Ke stejnému zjištění dospěli mimo jiné i Seli, Risko, Smilek, & Schacter (2016). Z našeho výzkumu dále vyplývá, že průběh denního snění vyžaduje prostředí bez podnětů, které by narušovaly zaměření pozornosti do vlastního nitra. Konec denního snění je výsledkem odpoutání pozornosti k jinému vnějšímu nebo vnitřnímu podnětu (v případě snových obsahů, které jsou snícímu nepříjemné a zároveň je chce ukončit), totožný průběh a konec procesu popisují mimo jiné i Smallwood & Schooler (2015)

Výsledky výzkumu ukázaly, že v rámci celého jednoho dne se denní sny objevují pravidelně ráno (pouze krátce), dopoledne, večer a s největší četností a intenzitou před spánkem. K podobným výsledkům dospěla také studie kolísání míry denního snění v průběhu dne provedená metodou *thought-sampling*, ovšem u běžné neschizofrenní populace (Smith, Mills, Paxton, & Christoff, 2018). Průběh denního snění u jedinců se schizofrenií a u zdravé populace je tedy totožný. Naproti tomu se zdá, že je denní snění u osob se schizofrenií frekventovanější než u lidí zdravých. K tomuto zjištění dospěla studie Shina et al. (2015), která srovnávala četnost denních snů mezi experimentální a kontrolní skupinou. Jiná studie (Chen et al., 2019) ovšem ukazuje pravý opak, a sice větší frekvenci denního snění u kontrolní skupiny (bez diagnózy schizofrenie) v porovnání se skupinou experimentální (s diagnózou schizofrenie). Rozpory mezi výsledky experimentů dáváme na vrub metodologické rozdílnosti uvedených výzkumů.

Z hlediska délky denního snění za jeden celý den udávají respondenti mezi jednou až třemi hodinami v souhrnu. Taková hodnota se jeví jako enormně veliká. Předpokládali jsme proto, že v porovnání se zdravou populací bude denní snění respondentů mnohonásobně rozsáhlejší. Bylo také otázkou, zda tento fakt nepůsobí škodlivě. Náš předpoklad se však nenaplnil. Studie (Bigelsen, Lehrfeld, Jopp, & Somer, 2016) zabývající se maladaptivní formou denního snění ukazuje, že běžně lidé tráví denním sněním 16 % jejich bdělého stavu. V případě maladaptivní formy, která je spojena s některými psychiatrickými diagnózami (ADHD, OCD) tvoří denní sny více než 57 % veškerých bdělých obsahů. Na tuto hranici respondenti vůbec nemohou dosáhnout a zjištěné rozsahy denních snů jsou proto normativní.

Z hlediska vlivu ročních období se denní snění prodlužuje a více negativně zabarvuje na podzim, v zimě a na jaře, což by podle nás mohlo souviset s tím, že denní snění je opakovaně zkoumáno jako spouštěč depresivních symptomů a nejrůznějších poruch nálady (Marchetti, Van de Putte, & Koster, 2014) a tyto poruchy nálady jsou dávány do souvislosti s ročními obdobími, které jako problematické referují respondenti. Výzkum sledující změny nálady v závislosti na střídání ročních období (Ohayon & Hong, 2006) přitom jakékoliv dopady na dotčené osoby s poruchami nálad vyvrací. Tento rozpor může být daný malým počtem respondentů nebo odlišnou cílovou skupinou respondentů.

Možným zdrojem nepřesností ve výzkumu, může být zvolená metoda výběru výzkumného souboru – výběr přes instituci. Podle Miovského (2006) je zatížena nedostatky v tom, že osoby využívající dané instituce představují pouze omezený výsek zamýšlené cílové skupiny. Výsledky výzkumu není možné přenášet na celou populaci osob se schizofrenií,

nicméně přináší informace, které mohou vzít v úvahu, jak sami nemocní, tak lidé z jejich životního prostoru. Zásadní je, že závěry vzešlé z analýzy jsou v IPA vždy „dočasné“ a prozatímní, což činí analýzu nutně subjektivní (Řiháček, Čermák, & Hytych, 2013).

Námi stanovený výzkumný problém zabírá celou šíři poměrně složitého procesu. A i přesto, že jsme dosáhli všech stanovených cílů, bylo by v budoucnu vhodnější zaměřit se pouze na jednu konkrétní oblast. Široké pojetí problematiky totiž vedlo k tomu, že i přes aplikaci kvalitativního přístupu, jsme se pohybovali spíše u jejího povrchu.

U diskuze výsledků i jiných částí bakalářské práce jsme naráželi na problém, který vyplývá ze skutečně minimálního vědeckého zaměření na oblast denního snění u schizofrenie. Některá z našich zjištění tak nebylo možné diskutovat s analogicky orientovanými výzkumy. Při budoucím plánování podobně zaměřených výzkumů proto doporučujeme mít tyto skutečnosti na zřeteli a počítat s nutností provést skutečně obsáhlou rešerši zahraničních zdrojů.

V rámci budoucích výzkumů denního snění u schizofrenie připadá v úvahu zajištění kvantifikace zvláště volního a zvláště spontánního průběhu procesu. Existuje několik studií, které se zabývají celkovým souhrnem denního snění za určité období (Bigelsen & Schupak, 2011; Bigelsen, Lehrfeld, Jopp, & Somer, 2016 a další), nicméně jsme nenalezli žádnou, která by se zabývala takto specificky postaveným výzkumným problémem. Zajímavý by mohl být také výzkum vlivu iniciativy snící osoby při denním snění na její náladu po skončení snu. Na základě naší čerstvé zkušenosti předpokládáme, že možnost být aktivní u snících zachovává pocit autonomie, který by mohl hrát roli v sebepojetí a pozitivnímu zabarvení nálady po ukončení snění.

Pro budoucí zkoumání dále navrhujeme práci s ekvivalentním výzkumným problémem ověřovaným kvantitativně orientovaným přístupem na české populaci osob se schizofrenií. Taková studie by mohla zajistit data zobecnitelná pro Českou republiku či alespoň určitou komunitu, a navíc by v rámci tuzemska byla originální.

Opakující se denní sny s kladným či záporným emočním nábojem mají podle našeho názoru potenciál při procesu uzdravy nebo alespoň stabilizaci psychického stavu. Respondenti s těmito bděle–snovými obsahy pracují spíše výjimečně a za doprovodu pozitivně laděného obsahu. Přitom v rámci toho, že už se do realizace svého denního snu pustí, zažívají drobné i větší úspěchy.

Možnosti uplatnění výsledků této práce vidíme v zavedení otázek na obsahy denních snů do procesu individuálního plánování při poskytování sociální služby. Na základě vlastní zkušenosti a z rozhovoru s pracovníky sociální rehabilitace víme, že hledání cílů, kterých by klient prostřednictvím služby potřeboval dosahovat, je pro něj náročné. Provedení klientů plánováním za pomoci snových obsahů by mohlo pomoci objevit jádro potřeb.

Výsledky této práce budou účastníkům výzkumu nabídnuty k nahlédnutí. Mohou jim posloužit jako zpětná vazba a zprostředkovat náhled na sebe sama, který lidem se schizofrenií často chybí. Společně s tím jim bude nabídnuta jejich konzultace za účasti realizátora interview, v případě zájmu respondentů taktéž za přítomnosti jejich klíčového pracovníka či klinické psychologičky.

8 ZÁVĚRY

Cílem výzkumné části diplomové práce byla deskripce procesu denního snění osob se schizofrenií, která by poskytla ucelený přehled těch nejzásadnějších aspektů z perspektivy osobní zkušenosti nemocných. Provedená analýza dat odhalila několik rysů, které jsou společné všem účastníkům našeho výzkumu.

- Denní snění respondentů lze obecně rozdělit na pozitivně a negativně orientované.
- Obsahy denních snů se pojí hlavně s oblastí mezilidských vztahů, zdraví respondentů, sexu, erotiky a intimity, práce a řešení problémů.
- Z hlediska vztahů se obsah denních snů nejsilněji a nejčastěji dotýká zesnulých rodičů a vysněných partnerů a bývají primárně spojeny v prvním případě s nepříjemnými emocemi, ve druhém případě s emocemi pozitivními.
- Denní sny se sexuálně laděnými obsahy prožívají všichni respondenti. Muži explicitněji a častěji, obsahy sexuálních denních snů respondentek jsou idealizované, což si uvědomují.
- Obsahy týkající se zdraví jsou spojeny se sněním o životě bez duševního onemocnění a konsekvencemi do oblastí vztahů, práce a financí.
- Denní sny zaměřené na řešení problémů a plánování ztvárňují postupy a chování v běžných situacích (nákupy, vaření, oblékání) i v interpersonálních vztazích (setkání s expartnerem, bratrem, dcerou).
- Ve výpovědích respondentů chybí oblast přátelství. Důležité bylo toto téma jen pro jediného respondenta (R5). Zbývající respondenti vnímají přátelské vztahy jako zatěžující nebo k otázce neměli vůbec co říct.
- Emoční rozpoložení po skončení procesu, se mění podle obsahu denních snů.
- Negativně laděné obsahy jsou dominantnější a doprovodné emoce ovlivňují náladu snícího po delší dobu v porovnání se sny laděnými pozitivně.
- Denní snění je možné rozdělit na volní a spontánní. Rozhodující je iniciativa snícího, která může v průběhu procesu snění značně kolísat od aktivního zasahování do průběhu snění a modelování jeho obsahu, přes vědomé zaměření na vnitřní podněty až po pasivní obluzenost.
- Počátek procesu denního snění souvisí s poklesem pozornosti při výkonu monotónní nebo dokonale zvládnuté činnosti a na základě působení asociací.

- Průběh procesu denního snění vyžaduje klid, respektive minimalizaci vnějších i vnitřních rušivých elementů poutajících pozornost a strhujících mysl.
- Konec procesu denního snění souvisí s potřebou zaměřit pozornost vůči vnějším podnětům či na základě snění velmi nepříjemného obsahu.
- Z hlediska 24hodinového denního cyklu se denní sny pravidelně vyskytují ráno, dopoledne, večer a před usnutím. Nejvíce denních snů se objevuje večer a před spánkem, jsou negativně laděné a perzistentní.
- Četnost denního snění a jeho emocionální zabarvení souvisí také s jednotlivými ročními obdobími – obecně méně časté a pozitivněji laděné je denní snění v létě.
- V rámci 24hodinového denního cyklu trvá denní snění v souhrnu mezi jednou a třemi hodinami, jednotlivé denní sny mezi několika sekundami až po zhruba třicet minut.
- Škodlivost denního snění spočívá hlavně v negativním dopadu na pozornost, zhoršování nálady a ruminaci, především před spánkem.
- Pokles pozornosti způsobuje potíže při vnímání čteného textu, televize či rádia a výkonu nejrůznějších činností, např. pracovních.
- Prospěšnost denního snění spočívá ve zprostředkování příjemných pocitů, což vede ke zlepšování nálady, příznivě působí na schopnost řešit problémy – plánovat, organizovat, inkubovat a pozitivní dopad má také na motivaci, která pomáhá mobilizovat organismus a vede až ke konkrétní činnosti (realizace studia, dovolené, hledání partnera a dalších).
- Dopady denního snění mohou být škodlivé i prospěšné a obě tyto vlastnosti soustavně působí proti sobě navzájem. Vyváženost pak pravděpodobně ovlivňuje i vychýlení psychické kondice směrem k nemoci nebo naopak ke zdraví.
- Negativně i pozitivně laděné denní sny mají podle našeho názoru velký potenciál. V případě cílené práce s jejich obsahy, by respondenti mohli dosáhnout kladné změny svého duševního stavu.

SOUHRN

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části je nejprve detailně popsáno duševní onemocnění schizofrenie, které patří do skupiny psychotických poruch.

Schizofrenie má vliv především na vnímání, myšlení, emoce a chování (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2015) a zásadním způsobem ovlivňuje emoční, osobnostní, intelektový a sociální život nemocného (Malá & Pavlovský, 2010). Prevalence schizofrenie se pohybuje okolo 1 % (Laursen, Nordentoft, & Bo Mortensen, 2014).

Dispozice může být dána dědičně nebo funkční či morfologickou odchylkou získanou v prenatálním, perinatálním, ale i postnatálním období a v navazujících vývojových stádiích (Raboch & Pavlovský, 2012). Hosák, Hrdlička, & Libiger (2015) vykládají etiopatogenezi jako důsledek spolupůsobení chorobné vlohy a vnějších stresorů.

Diagnostika schizofrenie je založena na psychiatrické anamnéze a vyšetření duševního stavu. Významným diagnostickým nástrojem je psychologické vyšetření. Na závěr by měla následovat diferenciálně diagnostická rozvaha (Češková, 2012). Na základě převažující psychopatologie se schizofrenní poruchy dělí na několik klinických forem.

Terapie schizofrenie je cílena na komplexní úzdravu. Léčebný program tudíž zahrnuje farmakoterapii, psychoterapii a socioterapii (Bankovská Motlová & Španiel, 2017).

Průběh schizofrenie je rozdělen do několika fází: prodromální, ataky, remise a případně relapsu onemocnění (Petr & Marková, 2014). Rozeznáváme několik skupin symptomů: pozitivní (např. bludy a halucinace), negativní (např. oploštění emocí, úpadek vůle), kognitivní poruchy a poruchy nálady (Bankovská Motlová & Španiel, 2017).

V teoretické části je dále popsáno denní snění. Je charakteristické vznikem snových myšlenek a obrazů při odvrácení pozornosti od vnějších podnětů k vnitřnímu a silně personalizovanému proudu vědomí (McMillan, Kaufmann, & Singer, 2013). K dennímu snění se sbíhá několik dalších psychických procesů, jako imaginace, představivost a fantazie. Zahraniční zdroje, které jsou stěžejním zdrojem informací, označují denní snění termíny *daydreaming* a *mind wandering*.

Katalyzátorem denního snění je podle Singera (1975) výkon monotónních a zautomatizovaných činností. Může vycházet také z pocíťovaných nedostatků v životě a ze sensorické deprivace (Nakonečný, 2015). Z hlediska psychoanalytického pojetí stojí za

vznikem denních snů pudová přání, otevřené záležitosti, nedávné zážitky a smyslové podněty (Plháková, 2013). Odborníci spojují denní snění se střídáním rytmů aktivity mozku a oscilací pozornosti (Pope & Singer, 1978; Duchniewska & Kokozska, 2003).

Denní snění je výzkumníky spojováno s negativními i pozitivními dopady na člověka. Mezi nežádoucí dopady denního snění patří zhoršení kognitivních funkcí, změny nálady, negativní vliv má také při řízení vozidel či hodnocení vlastního výkonu (Mooneyham & Schooler, 2013). Mezi příznivé dopady denního snění patří vytváření plánů a řešení problémů (Zimbardo, Weber, & Johnson, 2003), ovlivnění procesu inkubace (Tengteng, Hong, Chuansheng, & Jin, 2015), ovlivnění procesu kreativity (Zedelius & Schooler, 2016). Jeho význam spočívá i ve funkci integrační a kompenzační (Plháková, 2004), což se odráží i v psychoterapeutickém pojetí denního snění a práce s denními sny.

Denní snění u schizofrenie a jeho dopady jsou předmětem zájmu úzkého okruhu badatelů. Výzkumníci využívají metody *thought sampling* a počítačových testů SART (O'gráda et al., 2009). Negativní dopady denního snění na osoby se schizofrenií prokázané Shinem et al. (2015) spočívají v posilování pozitivních symptomů onemocnění. Vliv na symptomy negativní prokázán nebyl, byť nemocní dle výzkumu tráví denním sněním signifikantně více času. Negativní dopady naopak neprokázal výzkum Chena et al. (2019). Studie nezjistila žádné statisticky významné vztahy mezi procesem denního snění a výskytem pozitivních či negativních symptomů schizofrenie.

V rámci praktické části jsme stanovili výzkumný problém jako aspekty denního snění u osob se schizofrenií. Cílem výzkumu byla deskripce denního snění jedinci se schizofrenií. Na základě cíle výzkumu jsme formulovali čtyři výzkumné otázky, a to: Jak jedinci se schizofrenií zakoušejí průběh denního snění? Co je obsahem denního snění u jedinců se schizofrenií? Co vede jedince se schizofrenií k provádění denního snění? Jaká je zkušenost jedinců se schizofrenií s denním sněním a jeho vlivem na onemocnění schizofrenie?

Vzhledem k řešené problematice byl zvolen kvalitativní výzkum, vybraným typem výzkumu je případová studie. Metodou získávání dat bylo polostrukturované interview s předem připraveným seznamem 21 otevřených otázek. Získaná data byla následně zpracována opakovaným poslechem a transkripcí. Na základě řešené problematiky, specifity skupiny respondentů, stanoveného výzkumného problému, cíle a znění výzkumných otázek, byla jako nejvhodnější metoda zpracování a analýzy dat vybrána interpretativní fenomenologická

analýza. V rámci jejího zpracování byla v první fázi provedena analýza jednotlivých případů a ve druhé fázi hledání společných charakteristických rysů napříč všemi případy.

Výzkumu se účastnilo 6 respondentů, kteří byli vybráni nepravděpodobnostními metodami výběru. V první řadě byla využita metoda záměrného výběru, a to stratifikovaný záměrný výběr přes instituci, v průběhu realizace sběru dat došlo také k použití metody příležitostného výběru. Pro potřeby výzkumu bylo stanoveno několik kritérií specifikujících cílovou skupinu respondentů, mimo jiné diagnóza paranoidní schizofrenie a stabilizovaný psychický stav.

Při zpracovávání empirické části práce byly dodrženy veškeré etické požadavky, které jsou na realizovaný psychologický výzkum kladeny a byla zajištěna ochrana soukromí podle zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů.

Výsledky výzkumu jsme rozdělili do tří podkapitol: perspektiva jednotlivých případů, analýza a interpretace dat, odpovědi na výzkumné otázky. Z hlediska jednotlivých případů shrneme a komentujeme ty nejvýznamnější informace, které o sobě a svých denních snech poskytl každý z respondentů. V rámci analýzy a interpretace dat shrneme a interpretujeme nejvýznamnější společná témata napříč všemi šesti případy.

Analýza ukázala, že data lze rozdělit do tří kategorií, a to: obsahy denních snů, jejich charakteristiky a dopady denního snění. Významnými obsahy denních snů jsou vztahy, zdraví, sex, práce a plánování. Obsahy denních snů se obecně drží reálných základů, byť někdy málo pravděpodobných. Pouze velmi výjimečně se respondenti pouštějí do snění vyloženě bizarního. Všechny obsahy mají pozitivní nebo negativní citové zabarvení, které se přenáší do skutečného emočního rozpoložení snícího. Některé snové obsahy nesou informace o „kritických“ momentech, které dříve nebo později vyústily v rozvoj schizofrenie. Mezilidské vztahy jsou vůbec nejvýznamnější snovou náplní. Sexuální obsahy jsou běžnou součástí denních snů všech respondentů, které věnují poměrně velký prostor. Obsahy týkající se práce jsou zaměřeny na minulost - v takovém případě nesou emoce negativně laděné. Kromě toho jsou zaměřeny i do budoucnosti a jsou spíše pozitivně laděné. Plánování a řešení problémů je spojeno s konkrétními podněty a činnostmi. Na respondenty mají příznivý dopad, protože je motivují k aktivitě, která je nárazově natolik výrazná, že vysněného obsahu dosáhnou i ve skutečnosti.

V rámci charakteristik denního snění jsme zjistili, že je denní snění možné rozdělit na takové, které je ovládáno snící osobou a takové, které probíhá samovolně, v podstatě bez

zásahů snícího. Rozhodující je v tomto ohledu iniciativa snícího. Ta může v průběhu procesu denního snění značně kolísat od aktivního zasahování do průběhu snění po úplnou pasivitu se značným poklesem lucidity. Počátek procesu denního snění je závislý na poklesu pozornosti. K tomu může dojít při výkonu monotónní nebo dokonale zvládnuté činnosti. Další spouštěčem je působení různých asociací. Průběh procesu denního snění vyžaduje klid, respektive minimalizaci vnějších i vnitřních rušivých elementů poutajících pozornost a strhujících mysl. Konec procesu denního snění souvisí s potřebou zaměřit pozornost vůči vnějším podnětům či na základě snění s velmi nepříjemnými obsahy, které nabudí pozornost snící osoby a převzetí iniciativy. Z hlediska 24hodinového denního cyklu se denní sny pravidelně vyskytují ráno, dopoledne, večer a před usnutím. Četnost denního snění a jeho emocionální zabarvení souvisí s ročními obdobími.

Dopady denního snění na respondenty mohou být značné. A to buď negativní, od mírnějšího zhoršení onemocnění až k relapsu schizofrenie nebo pozitivní, ve smyslu podpůrné síly stabilizace psychického stavu či dokonce úzdravy.

Z hlediska negativních dopadů ovlivňuje bdělé snění zcela jednoznačně pozornost. Nesoustředěnost vůči vnějším podnětům se prakticky projevuje při sledování televize, poslechu rádia, a především podávání pracovního výkonu v zaměstnání. Denní snění má přímý vliv na změny nálady, v případě negativních obsahů vede ke zhoršování nálady. Škodlivý dopad má také ruminace, který je spojena s prožíváním nepříjemných, a při delším trvání, i nechtěných emocí. Ruminace má tendenci přetrvávat poměrně dlouhou dobu, způsobuje pokles nálady a protože se objevuje nejčastěji před usnutím, vede ke spánkovým obtížím a únavě.

Pozitivní dopad denního snění spočívá v jeho schopnosti zlepšovat náladu snící osoby na základě působení příjemných obsahů. Stimuluje schopnost řešit problémy, plánovat a organizovat, a to v horizontu nejbližších okamžiků i řady let. Příznivě ovlivňuje motivaci respondentů, když pozitivními obsahy zvyšuje aktivitu snících až do takové míry, že se odhodlají k akci a vysněného obsahu dosáhnou v reálném životě. Všechny pozitivní dopady působí proti celé řadě vnějších i vnitřních stresorů a pomáhají tak respondentům udržet si svoji psychickou kondici v co nejlepším stavu, v ideálním případě vedou ke stabilizaci a dlouhodobé úzdavě.

Výsledky výzkumu z převážné části odpovídají předchozím výzkumným zjištěním. Výzkum objasňuje proces denního snění u jedinců se schizofrenií v oblasti jeho průběhu, dopadů,

obsahů denních snů a obecných charakteristik. Na výzkum by bylo možno navázat kvalitativním výzkumem, který by platnost uváděných zjištění ověřoval v rámci většího výzkumného vzorku, v úvahu připadá výzkum kvantifikace rozsahu zvlášť volního a zvlášť spontánního procesu nebo výzkum dopadu pasivity a aktivity v průběhu denního snění na náladu snícího.

Možností uplatnění výsledků výzkumu je zahrnutí otázek k obsahům denních snů klientů do individuálního plánování sociální služby, jakožto podpůrného prvku mapování jejich potřeb. Výsledky této práce budou účastníkům výzkumu nabídnuty k nahlédnutí. Mohou jim posloužit jako zpětná vazba a zprostředkovat náhled na sebe sama, který lidem se schizofrenií často chybí.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- Ambroz, P., Janoutová, J., Machaczka, O., Kovalová, M., Pohlídalová, A., Vařechová, K., . . . Janout, V. (2017). Jsou rizikové faktory v prenatálním a perinatálním období důležité pro vznik schizofrenie? *Česká gynekologie(1)*, 82, 24-27. Získáno 8. září 2019, z <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=28252307&lang=cs&site=ehost-live>
- Antrobus, J. S., Singer, J. L., Goldstein, S., & Fortgang, M. (1970). Mindwandering and cognitive structure. *Transactions of the New York Academy of Science*, 2(32), 242-252. doi:<https://doi.org/10.1111/j.2164-0947.1970.tb02056.x>
- Bankovská Motlová, L., & Španiel, F. (2017). *Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, Terapie pro 21. století (3., přepracované a doplněné vydání)*. Praha: Mladá fronta.
- Barlow, D., Mueser, K., & Marcello Duva, S. (2014). Schizophrenia. In *The Oxford Handbook of Clinical Psychology Updated Edition (2. vyd.)*: Oxford University Press. Získáno 8. září 2019, z Oxford Handbooks Online
- Barron, E., Riby, L. M., Greer, J., & Smallwood, J. (2011). Absorbed in Thought: The Effect of Mind Wandering on the Processing of Relevant and Irrelevant Events. *Psychological Science*, 22(5), 596–601. doi:10.1177/0956797611404083
- Bertossi, E., & Ciaramelli, E. (2016). Ventromedial prefrontal damage reduces mind-wandering and biases its temporal focus. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 11(11), 1783-1791. doi:10.1093/scan/nsw099
- Bertossi, E., Peccenini, L., Solmi, A., Avenanti, A., & Ciaramelli, E. (2017). Transcranial direct current stimulation of the medial prefrontal cortex dampens mind-wandering in men. *Scientific Reports*, 7(1), 1-10. doi:10.1038/s41598-017-17267-4
- Bezdíček, 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 29. září 2019, z <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=1010>
- Bigelsen, J., & Schupak, C. (2011). Compulsive fantasy: Proposed evidence of an under-reported syndrome through a systematic study of 90 self-identified non-normative fantasizers. *Consciousness and Cognition*, 20(4), 1634–1648. doi:10.1016/j.concog.2011.08

- Bigelsen, J., Lehrfeld, J. M., Jopp, D. S., & Somer, E. (2016). Maladaptive daydreaming: Evidence for an under-researched mental health disorder. *Consciousness and Cognition, 42*, 254–266. doi:10.1016/j.concog.2016.03.017
- Blouin-Hudon, E.-M. C., & Zelenski, J. M. (2016). The daydreamer: Exploring the personality underpinnings of daydreaming styles and their implications for well-being. *Consciousness and Cognition, 44*, 114-129. doi:10.1016/j.concog.2016.07.007
- Cartwright, R. D. (1972). Sleep fantasy in normal and schizophrenic persons. *Journal of Abnormal Psychology, 80(3)*, 275-279. doi:10.1037/h0033738
- Cooper, J. D., Ozcan, S., Gardner, R. M., Rustogi, N., Wicks, S., van Rees, G. F., . . . Bahn, S. (2017). Schizophrenia-risk and urban birth are. *Tranlational Psychiatry(7)*, 1290. doi:10.1038/s41398-017-0027-0
- Černoušek, M. (1988). *Sen a snění*. Praha: Horizont.
- Češková, E. (2012). *Schizofrenie a její léčba: průvodce ošetřujícího lékaře (3., rozš. vyd)*. Praha: Maxdorf.
- Demler, T. L. (2011). Challenging the Hypothesized Link to Season of Birth in Patients with Schizophrenia. *Innovations in Clinical Neuroscience, 8(9)*, 14-19. Získáno 20. září 2019, z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3196325/>
- Domhoff, G. V. (2003). The scientific study of dreams: Neural networks, cognitive development, and content analysis. *American Psychological Association*. Washington, DC. doi:http://dx.doi.org/10.1037/10463-000
- Duchniewska, K., & Kokozska, A. (2003). The protective mechanisms of the basic rest-activity cycle as an indirect manifestation of this rhythm in waking: preliminary report. *International Journal of Neuroscience, 113(2)*, 153-163. doi:10.1080/00207450390162001
- Edwards, A. C., Bigdeli, T. B., Doeherty, A. R., Bacanu, S., Lee, D., de Candia, T. R., . . . Fanous, A. H. (2016). Meta-analysis of Positive and Negative Symptoms Reveals Schizophrenia Modifier Genes. *Schizophrenia Bulletin(42)*, 279-287. doi:https://doi.org/10.1093/schbul/sbv119
- Fade, S. (2004). Using interpretative phenomenological analysis for public health nutrition and dietetic research: a practical guide. *Proceedings of the Nutrition Society, 63(4)*, 647–653. doi:10.1079/pns2004398

- Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.
- Fontana, D. (2000). *Tajemný jazyk snů: názorný klíč ke snům a jejich významům (Vyd. 2)*. Praha: Paseka.
- Franklin, M. S., Mrazek, M. D., Anderson, C. L., Smallwood, J., Kingstone, A., & Schooler, J. W. (2013). The silver lining of a mind in the clouds: interesting musings are associated with positive mood while mind-wandering. *Frontiers in Psychology*, 4(583), 1-5. doi:10.3389/fpsyg.2013.00583
- Freud, S. (2003). *Výklad snů*. Pelhřimov: Nová tiskárna.
- Fromm, E. (1999). *Mýtus, sen a rituál*. Praha: Aurora.
- Galderisi, S., Vita, A., Rossi, A., Stratta, P., Leonardi, M., Maj, M., & Invernizzi, G. (2000). Qualitative MRI findings in patients with schizophrenia: a controlled study. *Psychiatry Research: Neuroimaging Section*, 98(2000), 117-126. doi:https://doi.org/10.1016/S0925-4927(00)00047-0
- Gejman, P., Sanders, A., & Kendler, K. (2011). Genetics of Schizophrenia: New Findings and Challenges. *Annual Review of clinical psychology*(12), 121-144. doi:10.1146/annurev-genom-082410-101459
- Giambra, L. M. (1977). A factor analytic study of daydreaming, imaginal process, and temperament: a replication on an adult male life-span sample. *32(6)*, 675-680. doi:10.1093/geronj/32.6.675
- Giambra, L. M. (1980). A factor analysis of the items of the imaginal processes inventory. *Journal of Clinical Psychology*, 36(2), 383-409. doi:10.1002/jclp.6120360203
- Giambra, L. M. (1980). Sex differences in daydreaming and related mental activity from the late teens to the early nineties. *The International Journal of Aging and Human Development*, 10(1), 1-34. doi:10.2190/01bd-rfne-w34g-9eca
- Gopher, D., & Lavie, P. (1980). Short-term rhythms in the performance of a simple motor task. *Journal of Motor Behavior*, 12(3), 207-219. doi:10.1080/00222895.1980.10735221
- Green, M. F., & Harvey, P. D. (2014). Cognition in schizophrenia: Past, present, and future. *Schizophrenia research. Cognition*, 1(1), e1–e9. doi:10.1016/j.scog.2014.02.001
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2009). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.

- He, J., Becic, E., Lee, Y. C., & McCarley, J. S. (2011). Mind Wandering Behind the Wheel: Performance and Oculomotor Correlates. *Human Factors*, 53(1), 13-21. doi:10.1177/0018720810391530
- Hendl, J. (2008). Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. Praha: Portál.
- Hillman, J. (1999). Sny a podsvětí: nový pohled na sny rozšiřující klasické teorie S. Freuda a C.G. Junga. Praha: Portál.
- Hobbiss, M. H., Fairnie, J., Jafari, K., & Lavie, N. (2019). Attention, mindwandering, and mood. *Consciousness and Cognition*, 72, 1–18. doi:10.1016/j.concog.2019.04.007
- Hoffmann, F., Banzhaf, C., Kanske, P., Bermpohl, F., & Singer, T. (2016). Where the depressed mind wanders: Self-generated thought patterns as assessed through experience sampling as a state marker of depression. *Journal of Affective Disorders*, 198, 127-134. doi:10.1016/j.jad.2016.03.005
- Hosák. (2010). Novinky v elektrokonvulzivní terapii. *Psychiatrie pro praxi*, 11(1), 22-24. Načteno z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2010/01/06.pdf>
- Hosák, L., Hrdlička, M., & Libiger, J. (2015). *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum.
- Hosáková, K., Viktorová, L., & Lečbych, M. (2017). Nové metody k diagnostice negativních symptomů u schizofrenie: Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms (CAINS) - ověření základních psychometrických vlastností české verze. *Československá psychologie*, 61(3), 245-256. Načteno z <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,url,uid&db=a9h&AN=124164414&lang=cs&site=eds-live>
- Huba, G., & Tanaka, J. (1983). Confirmatory Evidence for Three Daydreaming Factors in the Short Imaginal Processes Inventory. *Imagination, Cognition and Personality*, 3(2), 139-147. doi:10.2190/vumw-3jwn-ywqt-bbcm
- Chan, R. C., Chen, E. Y., Cheung, E. F., Chen, R. Y., & Cheung, H. K. (2004). A Study of Sensitivity of the Sustained Attention to Response Task in Patients with Schizophrenia. *The Clinical Neuropsychologist*, 18(1), 114-121. doi:10.1080/13854040490507208
- Chatterjee, A., & Coslett, B. (2013). The roots of cognitive neuroscience: Behavioral neurology and neuropsychology. 284-304. New York: Oxford University Press.

- Chen, T., Qin, X.-j., Cui, J.-f., Li, Y., Liu, L., Wang, P., . . . Chan, R. C. (2019). Mind wandering in schizophrenia: A thought-sampling study. *Consciousness and Cognition, 74*, 1-8. doi:10.1016/j.concog.2019.102774
- Chiu, V. W., Harvey, R. H., Sloan, N. B., Ree, M., Lin, A., Janca, A., & Waters, F. (2015). Cognitive and Behavioral Factors Associated With Insomnia in Inpatients With Schizophrenia and Related Psychoses. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 203*(10), 798-803. doi:10.1097/NMD.0000000000000370
- Christoff, K. (2012). Undirected thought: Neural determinants and correlates. *Brain Research, 51*-59. doi:10.1016/j.brainres.2011.09.060
- Jackson, J. D., & Balota, D. A. (2012). Mind-wandering in younger and older adults: Converging evidence from the sustained attention to response task and reading for comprehension. *Psychology and Aging, 27*(1), 106-117. doi:10.1037/a0023933.
- Janoutová, J., Hálová, A., & Janout, V. (2017). Vliv životního stylu na epigenetické regulace: implikace pro psychické poruchy. *Psychiatrie pro praxi, 18*(3e), 3-8. Získáno 20. září 2019, z https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-201790-0002_Vliv_zivotniho_stylu_na_epigeneticke_regulace_implikace_pro_psychicke_poruchy.php
- Johansson, V., Hultman, C. M., Kizling, I., Martinsson, L., Borg, J., Hedman, A., & Cannon, T. D. (2018). The schizophrenia and bipolar twin study in Sweden (STAR). *Schizophrenia Research*(204), 183-192. doi:<https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.08.001>
- Jung, C. G. (1995). *Člověk a duše*. Praha: Academia.
- Jung, C. G. (2017). *Člověk a jeho symboly*. Praha: Portál.
- Jung, C. G. (2017). *Výbor z díla I. - Základní otázky analytické psychologie a psychoterapie v praxi*. Praha: Nadační fond Holar.
- Kaiser, D. A. (2008). Ultradian and Circadian Effects in Electroencephalography Activity. *Biofeedback, 4*(36), 148-151. Získáno 14. listopadu 2019, z <https://www.aapb.org/files/publications/biofeedback/2008/biof-36-04-148-151.pdf>
- Karlsson, H., Dal, H., Gardner, R. M., Torrey, E. F., & Dalman, C. (2019). Birth month and later diagnosis of schizophrenia. A population-based cohort study in Sweden. *Journal of Psychiatric Research, 116*, 1-6. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.05.025>.

- Kaskie, R., Graziano, B., & Ferrarelli, F. (2017). Schizophrenia and sleep disorders: links, risks, and management challenges. *Nature and Science of Sleep*, 9, 227-239. doi:10.2147/nss.s121076
- Kašpárek, T. (2009). Predikce průběhu léčby schizofrenie. *Psychiat. pro Praxi*, 10(4), 163-166.
- Kieran, C., Nijeboer, S., Solomonova, E., Domhoff, G., & Christoff, K. (2013). Dreaming as mindwandering: evidence from functional neuroimaging and first-person content reports. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7(412), 1-18. doi:10.3389/fnhum.2013.00412
- Killingsworth, M., & Gilbert, D. (2010). A Wandering Mind Is an Unhappy Mind. *Science*, 330(6006), 932-932. doi:10.1126/science.1192439.
- Klein, R., & Armitage, R. (1979). Rhythms in Human Performance: 1 1/2- Hour Oscillations in Cognitive Style. *Science*, 204(4399), 1326-1328. doi:10.1126/science.451541
- Kolařík, M., Dolejš, M., Dostál, D., Charvát, M., Pechová, O., Seitlová, K., . . . Vtípil, Z. (2019). *Manuál pro psaní diplomových prací na Katedře psychologie FF UP v Olomouci*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Koukolík, F. (2013). *Já. O mozku, vědomí a sebeuvědomování*. Praha: Karolinum.
- Kratochvíl, S. (2017). *Základy psychoterapie (7. vydání)*. Praha: Portál.
- Kučerová, H. (2013). *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada.
- Kunzendorf, R., Hartmann, E., Cohen, R., & Cutler, J. (1997). Bizarreness of the dreams and daydreams reported by individuals with thin and thick boundaries. *Dreaming*, 7(4), 265-271. doi:10.1037/h0094482
- Látalová, K. (2018). Terapeutické přístupy v léčbě farmakorezistentní. *Psychiatrie pro praxi*, 19(1), 17-21. Načteno z <https://www.solen.cz/pdfs/psy/2018/01/04.pdf>
- Laursen, T., Munk-Olsen, T., & Vestergaard, M. (2012). Life expectancy and cardiovascular mortality in persons with schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 83-88. doi:10.1097/YCO.0b013e32835035ca
- Laursen, T., Nordentoft, M., & Bo Mortensen, P. (2014). Excess Early Mortality in Schizophrenia. *Annual review of clinical psychology*(10), 425-448. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032813-153657

- Lindström, L. H., Gefvert, O., Hagberg, G., Lundberg, T., Bergtröm, M., Hartvig, P., & Langström, B. (1999). Increased dopamine synthesis rate in medial prefrontal cortex and striatum in schizophrenia indicated by L-(β-11C) DOPA and PET. *Biological Psychiatry*, 46(5), 681-688. doi:[https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(99\)00109-2](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(99)00109-2)
- Malá, E., & Pavlovský, P. (2010). *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese. (Vyd. 2.)*. Praha: Portál. Praha: Portál.
- Marcusson-Clavertz, D., Cardeña, E., & Terhune, D. (2016). Daydreaming style moderates the relation between working memory and mind wandering: Integrating two hypotheses. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 42(3), 451-464. doi:10.1037/xlm0000180
- Marchetti, I., Van de Putte, E., & Koster, E. H. (2014). Self-generated thoughts and depression: from daydreaming to depressive symptoms. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8(131), 1-10. doi:10.3389/fnhum.2014.00131
- McMillan, R., Kaufmann, S. B., & Singer, J. L. (2013). Ode to positive constructive daydreaming. *Frontiers in Psychology*, 626(4), 1-9. doi:<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00626>
- Meli, G., Öttl, B., Paladini, A., & Cataldi, L. (2012). Prenatal and perinatal risk factors of schizophrenia. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 25(12), 2559–2563. doi:10.3109/14767058.2012.699118
- Merkunová, A., & Orel, M. (2008). *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. Praha: Grada.
- Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2019). Světová zdravotnická organizace schválila jedenáctou revizi Mezinárodní klasifikace nemocí. Načteno z http://www.mzcr.cz/dokumenty/svetova-zdravotnicka-organizace-schvalila-jedenactou-revizi-mezinarodni-klasifik_17669_3970_1.html
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů : desátá revize : obsahová aktualizace k 1.1.2018. (2018). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.

- Mooneyham, B. W., & Schooler, J. W. (2013). The Costs and Benefits of Mind-Wandering: A Review. *Canadian Journal of Experimental Psychology / Revue canadienne de psychologie expérimentale*, 67(1), 11-18. doi:10.1037/a0031569
- Moritz, S., & Woodward, T. S. (2007). Metacognitive training for schizophrenia patients (MCT): A pilot study on feasibility, treatment adherence, and subjective efficacy. *German Journal of Psychiatry*, 10(3), 69-78. Načteno z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4903058/>
- Moskowitz, A., & Heim, G. (2011). Eugen Bleuler's Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias (1911): A Centenary Appreciation and Reconsideration. *Schizophrenia Bulletin*, 37, (3), 471-479. doi:<https://doi.org/10.1093/schbul/sbr016>
- Motlová, L., & Koukolík, F. (2004). *Schizofrenie: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén.
- Nakonečný, M. (2013). *Lexikon psychologie*. Praha: Vodnář.
- Nakonečný, M. (2015). *Obecná psychologie*. Praha: Triton.
- Neal, M. J. (2015). *Medical Pharmacology at a Glance*. Vol. Eighth edition. At a Glance. Chichester, West Sussex, UK: Wiley-Blackwell. Načteno z <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=1079676&lang=cs&site=ehost-live>
- Nolen-Hoeksema, S. (2012). *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda (Vyd. 3., přeprac.)*. Praha: Portál.
- Nordgaard, J., Arnfred, S., & Handest, P. (2008). The Diagnostic Status of First-Rank Symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 34, (1), 137-154. doi:<https://doi.org/10.1093/schbul/sbm044>
- Obereignerů, R., Obereignerů, K., Gajdačková, R., Šmídová, M., Divéky, T., Čáp, D., & Praško, J. P. (2011). Projevy schizofrenie v testu kresby lidské postavy. *Psychiatr. praxi*, 12(3), 120-123. Získáno 28. září 2019, z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2011/03/09.pdf>
- O'gráda, C., Barry, S., McGlade, N., Caragh, B., Farhan, H., Hayden, J., . . . Donohoe, G. (2009). Does the ability to sustain attention underlie symptom severity in schizophrenia? *Schizophrenia Research*, 107(2-3), 319-323. doi:10.1016/j.schres.2008.07.013

- Ohayon, M. M., & Hong, S. C. (2006). Prevalence of major depressive disorder in the general population of South Korea. *Journal of Psychiatric Research, 40*(1), 30-36. doi:10.1016/j.jpsychires.2005.02.003
- Orel, M. (2016). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše (2., aktualizované a doplněné vydání)*. Praha: Grada.
- Orel, M., & Procházka, R. (2017). *Vyšetření a výzkum mozku: pro psychology, pedagogy a další nelékařské obory*. Praha: Grada.
- Otová, B., & Panczak, A. (2013). *Lékařská biologie a genetika*. Praha: Karolinum. Načteno z <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=862169&lang=cs&site=ehost-live>
- Ottaviani, C., & Couyoumdjian, A. (2013). Pros and cons of a wandering mind: a prospective study. *Frontiers in Psychology, 4*(524), 1-9. doi:10.3389/fpsyg.2013.00524
- Parnas, J. (2011). A Disappearing Heritage: The Clinical Core of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 37*(6), 1121-1130. doi:10.1093/schbul/sbr081
- Pavlovský, P. (2013). Akutní psychotické poruchy, diagnostika a léčba. *14*(2), stránky 54-57. Získáno 8. září 2019, z https://psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-201302-0002_Akutni_psychoticke_poruchy_diagnostika_a_lecba.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3D%26sfrom%3D30%26spage%3D30
- Pěč, O., & Probstová, V. (2009). *Psychózy - psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton.
- Perälä, J., Suvisaari, J., Saarni, S., Kuoppasalmi, K., Isometsa, E., Pirkola, S., . . . Lönnqvist, J. (2007). Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Archives of General Psychiatry*(64), 19-28. doi:10.1001/archpsyc.64.1.19
- Petr, T., & Marková, E. (2014). *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada.
- Petrová, A., & Plevová, I. (2008). *Kapitoly z obecné psychologie I (2. vyd)*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Phillips, R. C., Salo, T., & Carter, C. S. (2015). Distinct neural correlates for attention lapses in patients with schizophrenia and healthy participants. *Frontiers in Human Neuroscience, 9*(510), 1-10. doi:10.3389/fnhum.2015.00502

- Plháková, A. (2004). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia.
- Plháková, A. (2013). *Spánek a snění: vědecké poznatky a jejich psychoterapeutické využití*. Praha: Portál.
- Poerio, G. L., Totterdell, P., Emerson, L. M., & Miles, E. (2013). Mind-wandering and negative mood: Does one thing really lead to another? *Consciousness and Cognition*, *22*(4), 1412–1421. doi:10.1016/j.concog.2013.09.012
- Poerio, G. L., Totterdell, P., Emerson, L. M., & Miles, E. (2015). Love is the triumph of the imagination: Daydreams about significant others are associated with increased happiness, love and connection. *Consciousness and Cognition*, *33*, 135-144. doi:10.1016/j.concog.2014.12.011
- Pope, K. S., & Singer, J. L. (1978). *The Stream of Consciousness: scientific Investigations into the Flow of Human Experience*. New York: Plenum Press. Získáno 13. listopadu 2019, z https://books.google.cz/books?id=_23SBwAAQBAJ&pg=PR5&lpg=PR5&dq=978-1-4684-2466-9&source=bl&ots=Xhf2_IcUrZ&sig=ACfU3U1u9K_Qy7rRvArN_P3cZ4nYrm1mhA&hl=cs&sa=X&ved=2ahUKEwiEyfOZhOjlAhVOY1AKHefsDyEQ6AEwBHoECBEQAQ#v=onepage&q=978-1-4684-2466-9&f=false
- Probstová, V., & Pěč, O. (2014). *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál.
- Raboch, J., & Pavlovský, P. (2012). *Psychiatrie*. Praha: Karolinum.
- Ruby, F. J., Smallwood, J., Engen, H., & Singer, T. (2013). How Self-Generated Thought Shapes Mood—The Relation between Mind-Wandering and Mood Depends on the Socio-Temporal Content of Thoughts. *PLoS ONE*, *8*(10), 1-7. doi:10.1371/journal.pone.0077554
- Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita.
- Sadock, B., Sadock, V., & Ruiz, P. (2016). *Kaplan & sadock's concise textbook of clinical psychiatrie*. Získáno 8. září 2019, z ProQuest
- Scarone, S., Manzone, M. L., Gambini, O., Kantzas, I., Limosani, I., D'Agostino, A., & Hobson, A. J. (2007). The Dream as a Model for Psychosis: An Experimental Approach Using Bizarreness as a Cognitive Marker. *Schizophrenia Bulletin*, *34*(3), 515-522. doi:10.1093/schbul/sbm116

- Seli, P., Risko, E. F., Smilek, D., & Schacter, D. (2016). Mind-Wandering With and Without Intention. *Trends in Cognitive Sciences*, *20*(8), 605-617. doi:10.1016/j.tics.2016.05.010
- Shelley, H. (2. 7 2008). How "Thin" Are Your Boundries? Psychology Today. Získáno 3. 2 2020, z <https://www.psychologytoday.com/intl/blog/life-art/200807/how-thin-are-your-boundaries>
- Shin, D. J., Lee, T. Y., Jung, W. H., Kim, S. N., Jang, J. H., & Kwon, J. S. (2015). Away from home: the brain of the wandering mind as a model for schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *165*(1), 83-89. doi:10.1016/j.schres.2015.03.021
- Schooler, J. W., Smallwood, J., Christoff, K., Handy, T. C., Reichle, E. D., & Sayette, M. A. (2011). Meta-awareness, perceptual decoupling and the wandering mind. *Trends in Cognitive Sciences*, *15*(7), 319-326. doi:10.1016/j.tics.2011.05.006
- Singer, J. L. (1966). *Daydreaming: An Introduction to the Experimental Study of Inner Experience*. New York: Random House.
- Singer, J. L. (1975). Navigating the stream of consciousness: Research in daydreaming and related inner experience. *American Psychologist*, *30*(7), 727-738. doi:http://dx.doi.org/10.1037/h0076928
- Slováková, A., Španiel, F., & Bankovská. (2015). Prognóza schizofrenie. *Psychiatrie*, *19*(3), 153-160. Získáno 27. září 2019, z http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2015/03/07_slovakova_psych_3-15.pdf
- Smallwood, J., & O'Connor, R. C. (2011). Imprisoned by the past: Unhappy moods lead to a retrospective bias to mind wandering. *Cognition & Emotion*, *25*(8), 1481–1490. doi:10.1080/02699931.2010.545263
- Smallwood, J., & Schooler, J. W. (2015). The Science of Mind Wandering: Empirically Navigating the Stream of Consciousness. *Annual Review of Psychology*, *66*(1), 487-518. doi:10.1146/annurev-psych-010814-015331
- Smallwood, J., Ruby, F. J., & Singer, T. (2013). Letting go of the present: Mind-wandering is associated with reduced delay discounting. *Consciousness and Cognition*, *22*(1), 1–7. doi:10.1016/j.concog.2012.10.007
- Smith, G. K., Mills, C., Paxton, A., & Christoff, K. (2018). Mind-wandering rates fluctuate across the day: evidence from an experience-sampling study. *Cognitive research: principles and implications*, *3*(54), 1-20. doi:10.1186/s41235-018-0141-4

- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research*. London: Sage.
- Smolík, P. (2002). *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf.
- Spronken, M., Holland, R. W., Figner, B., & Dijksterhuis, A. (2016). Temporal focus, temporal distance, and mind-wandering valence: Results from an experience sampling and an experimental study. *Consciousness and Cognition*, *41*, 104-118. doi:10.1016/j.concog.2016.02.004
- Stawarczyk, D., Cassol, H., & D'Argembeau, A. (2013). Phenomenology of future-oriented mind-wandering episodes. *Frontiers in Psychology*, *4(425)*, 1-12. doi:10.3389/fpsyg.2013.00425
- Sternberg, R., & Zhang, L.-f. (2001). *Perspectives on Thinking, Learning, and Cognitive Styles*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Svoboda, M., Češková, E., & Kučerová, H. (2015). *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy (Vydání třetí)*. Praha: Portál.
- Šebela, A., Dorazilová, A., Voráčková, V., Knytl, P., Rodriguez, M., Jonáš, J., . . . Mohr, P. (2019). Prevalence symptomů vyššího rizika rozvoje psychózy v populaci adolescentů: česká verze prodromálního dotazníku. *Československá psychologie*, *4*, 430-444.
- Tabak, N. T., Horan, W. P., & Green, M. F. (2015). Mindfulness in schizophrenia: Associations with self-reported motivation, emotion regulation, dysfunctional attitudes, and negative symptoms. *Schizophrenia Research*, *168(1-2)*, 537-542. doi:10.1016/j.schre.2015.07.030
- Takahashi, H., Higuchi, M., & Suhara, T. (2006). The Role of Extrastriatal Dopamine D2 Receptors in Schizophrenia. *Biological Psychiatry*, *59(10)*, 919-928. doi:https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.01.022
- Tengteng, T., Hong, Z., Chuansheng, C., & Jin, L. (2015). Mind Wandering and the Incubation Effect in Insight Problem Solving. *Creativity Research Journal*, *27(4)*, 375-382. doi:10.1080/10400419.2015.1088290
- Torrey, E. F., Miller, J., Rawlings, R., & Yolken, R. H. (1997). Seasonality of births in schizophrenia and bipolar disorder: a review of the literature. *Schizophrenia Research*(28), 1-38. doi:https://doi.org/10.1016/S0920-9964(97)00092-3

- Unsworth, N., & McMillan, B. D. (2017). Attentional disengagements in educational contexts: a diary investigation of everyday mind-wandering and distraction. *Cognitive Research: Principles and Implications*, 2(32), 1-20. doi:10.1186/s41235-017-0070-7
- Unsworth, N., McMillan, B. D., Brewer, G. A., & Spillers, G. J. (2012). Everyday attention failures: An individual differences investigation. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 38(6), 1765–1772. doi:10.1037/a0028075
- Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Vrbová, K., Praško, J., Ocisková, M., & Šmejkalová, M. (2014). Kognitivně behaviorální terapie chronických halucinací. *Psychiatrie pro praxi*, 15(3), 117-124. Načteno z <https://www.solen.cz/pdfs/psy/2014/03/06.pdf>
- Vymětal, J. (2004). *Obecná psychoterapie*. Praha: Grada.
- Whitbourne, S. K. (leden 2013). Why and How You Daydream. Načteno z https://www.psychologytoday.com/us/blog/fulfillment-any-age/201301/why-and-how-you-daydream#comments_bottom
- Zedelius, C. M., & Schooler, J. W. (2016). The Richness of Inner Experience: Relating Styles of Daydreaming to Creative Processes. *Frontiers in Psychology*, 6. doi:10.3389/fpsyg.2015.02063
- Zhiyan, T., & Singer, J. L. (1997). Daydreaming styles, emotionality and the big five personality dimensions. *Imagination, cognition and personality*, 16(4), 399-414. doi:10.2190/ATEH-96EV-EXYX-2ADB
- Zimbardo, P. G., Weber, A. L., & Johnson, R. J. (2003). *Psychology: core concepts* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Zwicker, A., Denovan-Wright, E. M., & Uher, R. (2018). Gene-environment interplay in the etiology of psychosis. *Psychological Medicine*, 48(12), 1925-1936. doi:10.1017/S003329171700383X

SEZNAM TABULEK

Tab. 1: Srovnání vybraných rizikových faktorů u nemocných a v kontrolní skupině. (Ambroz et al., 2017)

Tab. 2: Příklady dezorganizace řeči a formální poruchy myšlení u schizofrenie. (Bankovská Motlová & Španiel, 2017)

Tab. 3: Diagnostické otázky. (Bankovská Motlová & Španiel, 2017)

Tab. 4: Diagnostická kritéria pro schizofrenii podle MKN-10. (Smolík, 2002)

Tab. 5: Testy MATRICS pro vyšetření 7 kognitivních funkcí u schizofrenie

Tab. 6: Faktory ovlivňující prognózu schizofrenie. (Slováková, Španiel, & Bankovská Motlová, 2015)

Tab. 7: Faktory a obsahy denního snění. (Singer, 1966)

Tab. 8: Vztahy mezi typem denního snění a osobností. (Zhiyan & Singer, 1997)

Tab. 9: Přehled výzkumů s pozorovanými deficity ovlivněnými denním sněním (Mooneyham & Schooler, 2013)

Tab. 10: Spearmanova korelace charakteru myšlenek a symptomatiky schizofrenie. SPANS = škála pozitivních a negativních symptomů; /S = souhrnná; /P = pozitivní symptomy; /N = negativní symptomy; /O = symptomy obecně. (Chen et al., 2019)

Tab. 11: Základní charakteristika výzkumného souboru

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1 - Dopaminergní (vlevo) a serotoninergní dráhy v lidském mozku. (Chatterjee & Coslett, 2013)

Obr. 2 - PET – syntéza dopaminu u souboru nemocných (n = 12) bez farmakoterapie a souboru zdravých jedinců (n = 10). (Lindström et al., 1999)

Obr. 3 - PET – distribuce dopaminu. Vysoké hodnoty zaznamenány ve striatu, střední hodnoty v thalamu a nízké v kůře. (Takahashi, Higuchi, & Suhara, 2006)

Obr. 4 - MRI – vlevo mozek nemocného jedince s atrofií u prefrontálního laloku a zvětšenou I. a II. komorou, vpravo mozek zdravého jedince pro srovnání. (Galderisi et al., 2000)

Obr. 5 - Průběh schizofrenie. Červená linka znázorňuje symptomy pozitivní, zelená negativní a modrá kognitivní. (Petr & Marková, 2014)

Obr. 6 - Skupinové rozdíly u četnosti denního snění a korelace mezi denním sněním a četností klinických proměnných. (Shin et al., 2015)

Obr. 7 - Metoda thought-sampling (Chen et al., 2019)

Obr. 8 - Vztahy mezi kategoriemi

Obr. 9 - Schéma členění kategorií a podkategorií

Obr. 10 - Schéma vztahů uvnitř kategorie dopady denního snění

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Abstrakt v českém jazyce

Příloha č. 2: Abstrakt v anglickém jazyce

Příloha č. 3: Informovaný souhlas

Příloha č. 4: Ukázka transkripce dat

Příloha č. 1: Abstrakt v českém jazyce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Denní snění u jedinců se schizofrenií

Autor práce: Mgr. Ondřej Váňa

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

Počet stran a znaků: 131, 254 624

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 146

Abstrakt (800–1200 zn.):

Diplomová práce je zaměřena na zkušenosti lidí se schizofrenií s denním sněním. Důraz je kladen zejména na stěžejní aspekty procesu, kterými jsou jeho dopady, obsahy a další charakteristiky. Teoretická část je věnována popisu schizofrenie, její etiopatogenezi, patofyziologii, neurobiologickým změnám, symptomatologii, formám schizofrenie, diagnostice, terapii, průběhu a prognóze. Dále vymezení denního snění, charakteristikám, pozitivním a negativním důsledkům, využití v psychoterapeutickém procesu. Dále dennímu snění u schizofrenie. Výzkumná část obsahuje kvalitativní výzkum s cílem deskripce denního snění u jedinců se schizofrenií. Metodou získávání dat polostrukturované interview realizované se šesti respondenty. Analýza a interpretace dat proběhla v souladu s IPA sledováním perspektivy jednotlivých případů a analýzou a interpretací dat napříč případy. Výsledky výzkumu ukazují na pozitivní i negativní dopady denního snění a jeho vliv na průběh onemocnění. Obsahy se pojí s oblastmi mezilidských vztahů, zdraví, sexu, práce a řešení problémů.

Klíčová slova: denní snění, schizofrenie, dopady, obsahy, charakteristiky

Příloha č. 2: Abstrakt v anglickém jazyce

ABSTRACT OF THESIS

Title: Daydreaming in individuals with schizophrenia

Author: Mgr. Ondřej Váňa

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

Number of pages and characters: 131, 254 624

Number of appendices: 4

Number of references: 146

Abstract (800–1200 characters):

This thesis is focused on the experience of people with schizophrenia with daydreaming. Emphasis is placed on the key aspects of the process, which are its impacts, contents and other characteristics. The theoretical part is devoted to the description of schizophrenia, its etiopathogenesis, pathophysiology, neurobiological changes, symptomatology, forms of schizophrenia, diagnostics, therapy, course and prognosis. Furthermore, the definition of daydreaming, characteristics, positive and negative consequences, use in the psychotherapeutic process. Furthermore, daydreaming in schizophrenia. The research part contains qualitative research aimed at describing daydreaming in individuals with schizophrenia. Method of data acquisition semi-structured interview conducted with six respondents. Data analysis and interpretation was performed in accordance with IPA, monitoring the perspective of individual cases and analyzing and interpreting data across cases. The results of the research show positive and negative effects of daydreaming and its influence on the course of the disease. The content relates to the areas of interpersonal relationships, health, sex, work and problem solving.

Key words: daydreaming, mind-wandering, schizophrenia, impacts, contents, characteristics

Příloha č. 3: informovaný souhlas

Informovaný souhlas s účastí na výzkumu v rámci diplomové práce

Název práce: Denní snění u jedinců se schizofrenií

Autor práce: Mgr. Ondřej Váňa

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

Termín realizace: 26. 2./ 2. 3. 2020

Místo realizace: Zlín

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s podmínkami účasti na výzkumu „Denní snění u jedinců se schizofrenií“ a že se jej chci dobrovolně zúčastnit.

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

Souhlasím se zaznamenáním rozhovoru na paměťové zařízení, s jeho následným zpracováním, analyzováním a interpretací v anonymizované podobě.

Jsem si vědom, že pokud nebudu chtít odpovídat na kteroukoliv z pokládaných otázek, mohu odmítnout odpovědět.

Rovněž беру na vědomí, že mohu z výzkumu kdykoli, podle svého vlastního uvážení, vystoupit.

Dne.....

Podpis.....

Příloha č. 4: ukázka transkripce dat

Transkripce R2

O čem jsou ty tvoje denní sny, co je jejich obsahem?

Když jedu z tadyma, tak si představuju, jak půjdu do obchodu, to si nakúpím, to to. Uvařím si pěkně a potom se najím, lehnu si a takové. Nebo sa podívu na bednu. Objevují sa mi tam aj věci z minulosti. Že sem sa v práci dřel, jak blbec. U Pedersna a toto. Ani sem neodpočíval. Dvě mrtvičky jsem měl, víš. Protože já sem sa furt přepínal, víš Ondro. Tak jsem si představoval, že už nebudu tak divočít, že už sa nebudu tak dřít. Budu dělat jako pomalu, jako pianko, abych sa nehonil furt.

Opakuji se některé ty denní sny?

Ano. Opakuji. Myslím furt na babičku, jak umřela. Já sem sa Ondro o ňu staral právě o babičku. Jak ona umřela, tak sem dopadl špatně no. My sme byli na sobě závislí. Já sem ju měl rád. Na dědu myslím také. Oni už umřeli chudáci oba dva.

A co ti jde hlavou snění o babičce a dědovi?

Že myslím na ně furt. Stýská se mi po nich. Vybavuji si momenty a situace, co jsme spolu zažili.

Jak si vysvětluješ to, že se ti některé denní sny opakují?

Nevím právě. Ani sem nad tím eště nepřemýšlal. Ale vzpomínám na ně furt, protože byly důležití. Matka o mňa nestála a nestojí, aj se sestrama. Takže proto byly pro mňa dědeček aj babička důležití. Matka mě aj okrádala o hodně peněz, i babičku také okrádala. Vlastní matku. Ale na ně já nemyslím na matku a na sestry.

Snažíš se dělat něco pro to, aby to nebyl jenom sen, ale aby se to stalo skutečností?

Po vzpomínkách na babičku a dědu sem smutný. I mě to donutí něco udělat, zajdu na hřbitov. Do Napajedel. Chodím tam tak jednou za měsíc za dva. A snažím sa, abych sa seznámil s nějakou děvčicou. Chci si povídat s ňou a tak. V obchodě bych leda tak mohl potkat nějakou. Ale zatím proto asi nedělám dost. Ale to by bylo dobré mět děvčicu! Budu si muset zajít ke kadeřníkovi, mám to hrozné ty vlasy.

Pocit'uješ nějaké změny emocí před začátkem denního snění?

Někdy su smutný, potom mě začne to snění. Někdy mám denní snění a potom su smutný. Ale když si představím třeba tu ženskou, tak mám dobrou náladu.

Máš nějaké denní sny o práci? Zaměstnání?

Myslím na to, že se mnou házali, že sem dělal děvčicu pro všechno. Zneužívali mňa. Uvědomil sem si to už před delší dobú. O tomto přemýšlám každý den, jak sem tam dřel, jak mě zneužívali. Po ránu, ale i večer, nejvíc před spaním, ale i dopoledne, když jsem tady. Já sem tam dělal 15 let. Na lisovně. Lisoval jsem balíky papíru, igelitu, komunál jsem vyhazoval a tak. To zaměstnání, dávno jsem tam už dělal a tak tam mě začalo to, schizofrenie. Ale nemám to spojené s žádným člověkem, prostě tou firmou. Oni mě nechali makat aj v Makru. Sem tam chodil z firmy, tam jsem také dřel.

A co denní snění o zdraví?

Mám Ondro. Abych se jako vyléčil pořádně, ale celé tělo myslím. Ne enom srdce, ale aj hlavu, a naopak ne enom hlavu. Prostě to zdraví si představuju, že je zase dobré nebo jak by to vypadalo, kdyby bylo dobré.

Co se týče vztahu, máš nějaké denní sny o vztazích?

Sním o té ženské, že bych si našel nějakou ženskou. Chtěl bych nějakú děvčicu, chodit s ňú, starat se o ňu. Pomáhat jí ze vším, nakupovat, prat. Tak si to představuju. Chtěl bych mět rodinu. Nějaké děvčice a ogary, o tom sním každý den. Mám to tak asi odjakživa, co si pamatuju no.

Je v té představě něco, co by naopak ona dávala tobě?

To tam je taky. Aby ona pomáhala mě. Taková hodná, aby byla.

Máš v denním snění nějaké sexuální obsahy? Sníš během něj o sexu?

To také, no. Každý den na to myslím. Týká se to té partnerky, co si představuju, jako moju ženu. Představuju si to hlavně navečer. Je to snění pro mě příjemné, mám potom dobrou náladu. Jako vím, že to trvá dlúho, třeba půl hodiny. Asi to zabírá i víc času než ty sny o té rodině.

Transkripce R4

Jak vypadá tvoje organizování plánování si činnosti pomocí denního snění?

No tak já jdu do obchodu, koupím tam nějaké potraviny a už si představuji, co z nich udělám, třeba koupím mléko, vajíčka, smetanu, brambory mám doma, tak udělám bramborové placky, smetanu nepoužiji. A jako tak už si to plánuji, co udělám dneska a zítra udělám tu omáčku z té smetany. Mám knedlík doma, takže tak jako si to naplánuji. No a někdy se to jako nestane, že to udělám. Někdy jsem líná. Já bych potřebovala někdy, aby mi někdo pomohl, že to až tak jako všechno, ten nákup a tu práci nezvládám. Třeba doma mám nepořádek, já bych potřebovala, aby mi někdo vysál jo, pomohl. A nikdo mi nepomůže. Tak potom si jako buď uvařím anebo uklidím. Jedno nebo druhé. Ještě já spím, spím i přes den, odpočívám a dívám se na televizi.

Je něco, o čem sníš a je to víc v budoucnosti?

Tak sním třeba o dovolené, že pojedu na dovolenou. Na dovolenou k moři, to už nechci jet, protože jsem celý život jezdila k moři a už toho mám jako /odmlčí se/. Tak bych někdy chtěla zkusit lyžovat a jít na hory. To jsem si představovala v jednom tom snu. Lyžuji a teď mi spadnou lyže, pomozte mi, zachraňte mě /smích/.

A to bylo ze srandy nebo to bylo ze strachu?

To bylo ze strachu, že mi spadnou ty lyže a já se budu koulet ze svahu. A budu řvát. Ale tak bych na ty hory třeba i bez lyžování šla. Jenom se jako podívat.

A proč si to představuješ takhle, že by to skončilo takhle špatně?

Já nevím, prostě si to tak představuji. Já nevím proč. Vždycky hledám tragédii. Hledám ji ve všech věcech.

Je ještě něco jiného o čem sníš do budoucna?

Jako chtěla bych i něco dělat, jako pracovat, ale myslím si, že to už nezvládnu. Že už na to nemám fyzický fond, a tak mě to mrzí, jenom si to představuji, že třeba uklízím ty schody v barácích, jinou práci bych ani nezvládla. Vydělala bych si něco, měla bych větší komfort. Jinak už nevím.

Opakují se některé denní sny?

O té práci. O tom moři, že tam nechci. O té mamce. To se opakuje. A o manželovi. A taky plánuji ty nákupy třeba.

Jak si vysvětluješ, že některé ty sny se opakují?

Že na to začnu myslet. Třeba souseď po mně jel. A pořád mě zvonil na zvonek. Já jsem ho odmítla A řekla jsem mu, že prostě nejsem připravená na nový vztah. A přitom jak jsme se nějak nedohodli, tak jsem si vzpomněla na mamku, jak nám nadávala.

Takže nějaká událost, ke které došlo ti vyvolala tu vzpomínku. A ještě bys dokázala popsat něco jiného z denního snění a počátek, co ti ten sen vyvolalo?

Třeba když vidím uklízečku uklízet, tak si říkám, že bych to mohla zkusit. Jednou jsem kvůli tomu byla na bytovém družstvu, ale oni mi řekli, že teď nemají nic volného. Že jsem to chtěla zkusit a třeba bych to zvládla. A když uvidím uklízečku uklízet, tak si na to vzpomenu, že to není až tak těžké vymést to smetít a vytrít to a tak si to představuju, že to dělám já, jakoby jak ona.

Tak to vypadá, že se ti vrací sny o tom, co je pro tebe důležité?

Asi jo, asi i ten bývalý manžel mě štvě tak se mi to zase vrací a zase si začnu představovat hádku s ním, jako co mu řeknu a teď zase přemýšlím, jak mu to řeknu, a nakonec mu nic neřeknu. Je to jeho život, ať si ho žije, jak chce.

Pracuješ anebo jsi v minulosti pracovala s obsahem denních snů?

Tak kdyby mě někdo řekl, že jsem kurva, tak by mě to určitě ranilo. S tím člověkem, co by mě to řekl, bych se přestala bavit.

A co se týká té dovolené, tam s tím nějak pracuješ?

Tak chtěla bych jít do zimy na hory, kde je sníh. Teď není sníh, tak toužím po tom sněhu. No, že bych teda nelyžovala, aby nebyla katastrofa. Že bych se tam jenom procházela a svezla bych se na sáňkách. A, no to je asi všechno.

Takže se nesnažila to nějak realizovat? Aby se z toho snu stala skutečnost, víš, nějaká činnost, která by ti pomohla toho dosáhnout...?

Jednou jsem si vzala katalog, nějaký Krevel či co, a tam jsem hledala jako nějaké ty dovolené. A byly tam levné, jet na ty hory. Na 3 dny, na týden. Ale pak jsem chtěla, aby se mnou jela ségra nebo Lenka /neteř/. Ale oni jet nechtěly, takže to tím jakoby skončilo. To bylo v létě. Ale ségra mi teď říká, že pojedeme, až bude hezky, protože ona nemá ráda sníh a zimu. Tak pojedeme tam, kde jsme se narodili, to bylo na horách. A budeme tam na tři dny. Už jsme domluvené, co a jak, a ještě se budeme domlouvat.