

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

**ASPEKTY RESOCIOLIZACE
OSOB S PSYCHOTICKÝM ONEMOCNĚNÍM**

Aspects of resocialization of persons with psychotic disorders



Bakalářská diplomová práce

Autor: Mgr. Vendula Neumanová
Vedoucí práce: PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.

Olomouc
2014

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Aspekty resocializace u osob s psychotickým onemocněním“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

Ve Zlíně dne

Podpis.....

Za vedení bakalářské diplomové práce a poskytnutí cenných rad a námětů děkuji panu PhDr. Martinu Lečbychovi, Ph.D.

Mé poděkování rovněž patří uživatelům a terapeutům zařízení Horizont ve Zlíně a v Kroměříži.

OBSAH

ÚVOD	5
I TEORETICKÁ ČÁST	6
1 PSYCHOTICKÉ ONEMOCNĚNÍ	7
1.1 DRUHY PSYCHÓZ.....	7
1.2 SCHIZOFRENIE	9
1.2.1 Dělení schizofrenie.....	10
1.2.2 Epidemiologie	11
1.2.3 Příčiny vzniku onemocnění (etiopatogeneze)	12
1.2.4 Příznaky a průběh onemocnění	15
1.2.5 Léčba	18
2 MOŽNOSTI RESOCIALIZACE U OSOB S PSYCHOTICKÝM ONEMOCNĚNÍM	21
2.1 VYMEZENÍ POJMU RESOCIALIZACE	21
2.1.1 Socializace ve vztahu k duševnímu zdraví.....	22
2.2 SOCIÁLNÍ DOPADY PSYCHOTICKÝCH A SCHIZOFRENNÍCH PORUCH.....	24
2.2.1 Stigma psychotických poruch.....	28
2.3 NĚKTERÉ Z REALIZOVANÝCH VÝZKUMŮ MAPUJÍCÍCH SOCIÁLNÍ ASPEKTY SCHIZOFRENNÍHO ONEMOCNĚNÍ.....	29
3 MOŽNOSTI RESOCIALIZAČNÍCH (REHABILITAČNÍCH) INTERVENČÍ POSKYTOVANÝCH OSOBÁM S PSYCHOTICKOU PORUCHOU	33
3.1 ODBORNÁ POMOC PSYCHOLOGICKÁ A PSYCHOTERAPEUTICKÁ	34
3.2 SOCIÁLNÍ SLUŽBY	35
3.3 RODINA, BLÍZKÉ OSOBY A SVĚPOMOCNÉ SKUPINY	37
3.4 CENTRUM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB HORIZONT	38
II PRAKTICKÁ ČÁST	39
4 FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU	40
4.1 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	40
4.1.1 Výzkumné otázky.....	40
5 DESIGN VÝZKUMU	42
5.1 TYP VÝZKUMU.....	42
5.2 METODY TVORBY DAT.....	42
5.3 VÝBĚR VÝZKUMNÉHO SOUBORU	43
5.3.1 Individuální polostrukturované interview	44
5.3.2 Ohnisková skupina	44

5.4	POPIS VÝZKUMNÉHO SOUBORU.....	45
5.5	METODY ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZY DAT	46
5.6	ETIKA VÝZKUMU	47
6	ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT.....	49
6.1	ANALÝZA POLOSTRUKTUROVANÝCH INTERVIEW.....	49
6.1.1	Když se nemoc objeví	49
6.1.2	Léčba a její sociální aspekty.....	51
6.1.3	Jak to vnímáme my	52
6.1.4	Jak nás vidí blízcí.....	55
6.1.5	Ti ostatní kolem nás	57
6.1.6	Láska a partnerství (Nechceme být sami).....	58
6.1.7	Jistoty (v nemoci).....	60
6.1.8	Zaměstnání před a po	60
6.2	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ POLOSTRUKTUROVANÝCH INTERVIEW.....	61
6.3	ANALÝZA OHNISKOVÉ SKUPINY.....	65
6.3.1	Typický klient – „Oni jsou jiní“	65
6.3.2	Za vším stojí rodina.....	65
6.3.3	Oni a ostatní	66
6.3.4	Partnerství a rodičovství.....	68
6.3.5	Vyrovňávání se s nemocí	69
6.3.6	Léčba	70
6.3.7	Normální život	70
6.3.8	Jistoty nebo nejistoty?	71
6.4	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ OHNISKOVÉ SKUPINY.....	71
7	SROVNÁNÍ VÝSLEDKŮ	76
8	ODPOVĚDI NA VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	79
9	DISKUSE	82
9.1	DISKUSE O METODÁCH	82
9.2	DISKUSE O VÝSLEDCÍCH	82
10	ZÁVĚR.....	85
	SOUHRN	88
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	92
	SEZNAM TABULEK.....	93
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY	94
	PŘÍLOHY DIPLOMOVÉ PRÁCE	

ÚVOD

Psychiatrická onemocnění se dotýkají ročně až čtvrtiny obyvatel České republiky (Praško, 2011). Jedny z nejzávažnějších jsou pak psychotické poruchy, které hluboce vstupují do života nejen samotné postižené osoby, ale také řady dalších osob. U osob s psychotickou poruchou dochází k narušení vztahu s realitou. Nedokáží rozlišit, co je a co není pravda. Typické jsou poruchy vnímání a myšlení, které se dají farmakologickou léčbou zpravidla dobře zvládnout. Závažnější pro budoucí život jedince jsou ale méně nápadné a hůře zvládnutelné poruchy emocí a chování. Ty mohou často člověka trvale vyřadit z běžného života a odkázat ho na pomoc jiných osob.

V minulosti, v rámci svého povolání, jsem se často setkávala s cílovou skupinou osob s duševním onemocněním, kde se z velké části jednalo právě o osoby s psychotickou poruchou. U této skupiny osob byl návrat do života podobného tomu, jaký vedly před propuknutím nemoci výrazně obtížněji realizovatelný, než u jakéhokoliv jiného znevýhodnění. Rozklíčovat důvody těchto nezdarů pro mne bylo tehdy nesnadné. To mě to inspirovalo k hlubšímu zamyšlení nad touto problematikou a následně k vytvoření této bakalářské práce, která se pokouší o popsání aspektů, jež se podílejí na znovuzařazení těchto osob do života.

Tato bakalářská práce se tedy zabývá aspekty znovuzачlenění osob s psychotickou poruchou po odeznění akutní formy nemoci, tedy osobami v remisi. Teoretická část je věnována nejprve psychózám a jejich nejčastější formě schizofrenii, dále se zabývá sociálními aspekty psychotického onemocnění a možnostem rehabilitace. Teoretická část práce si klade za cíl najít a objasnit nejdůležitější psychosociální činitele, kteří významně ovlivňují proces znovuzачlenění osob s psychotickým onemocněním po odeznění akutních příznaků.

TEORETICKÁ ČÁST

1 PSYCHOTICKÉ ONEMOCNĚNÍ

Psychózy jsou duševní stavy, které jsou příznačné svou poruchou kontaktu s realitou. Změněné je vnímání, prožívání i myšlení postiženého člověka vůči sobě, ale také ve vztahu k sociálnímu okolí. *„V obecné terminologii je psychóza charakterizována bludy, halucinacemi a dezorganizovaným slovním projevem a chováním, v širším pojetí také poruchou vnímání reality“ (Češková, 2006, 181).*

J. Praško (2005) upozorňuje, že v průběhu psychotického onemocnění u postiženého dochází v různé míře ke změně všech základních kvalit duševního života postiženého. Dochází k narušení kontaktu s realitou, kdy postižená osoba jinak vnímá, prožívá a myslí. E. Malá (2005) upozorňuje, že pro psychotické onemocnění je typické rozsáhlé narušení či úplná absence vztahů pacienta. Jsou narušeny nejen vztahy k sobě samému a ostatním osobám, ale také vztahy k realitě. *„Poruchy vnímání reality jsou provázeny změnami chování, které nelze druhými empaticky pochopit. Psychóza se zdá být přerušením smyslu života“ (Malá, 2005, 9).*

Psychologický slovník pak definuje psychózu jako *„označení těžkých duševních chorob, při nichž z pravidla je ztracen kontakt jedince s realitou, vnímání, prožívání, cítění i vůle jsou těžce deformovány, chybí vědomí nemoci“ (Hartl, & Hartlová, 2004, 489).* Jedná se tedy o duševní onemocnění s řadou symptomů, které zásadně ovlivňuje kvalitu života postižené osoby v různých oblastech života, od somatických obtíží až po postižení v oblasti sociální.

1.1 Druhy psychóz

Dle MKN-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů, v originále International Classification of Diseases and Related Health Probleme) spadají hlavní psychotické poruchy převážně pod kód F20 – F29 – Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy (Schizofrenie, Schizotypální porucha, Trvalé duševní poruchy s bludy, Akutní a přechodné psychotické poruchy, Indukovaná porucha s bludy, Schizoafektivní poruchy, Jiné neorganické psychotické poruchy, Nespecifická neorganická psychóza). Ostatní viz níže.

Schizofrenie (F20) – viz níže.

Schizotypální porucha (F21) je příznačná výstředním chováním a poruchami afektu a myšlení. Podle MKN-10 je podobná schizofrenii, ale bez výskytu určitých charakteristických symptomů (např. bludů). Průběh a vývoj je obdobný jako u poruch osobnosti. DMS – IV řadí schizotypální poruchu (Schizotypal Personality disorder 301.22) na rozdíl od MKN-10 mezi poruchy osobnosti. Je popisována příznačnou potřebou sociální izolace, úzkostí v sociálních situacích a podivínským chováním s nekonvenčními názory. Tyto osoby problematicky udržují užší sociální vztahy. V některých případech se může jednat o předstupeň schizofrenie. Onemocnění se objevuje od rané dospělosti a projevuje se přesvědčením o nadpřirozených schopnostech jedince, neobvyklé vjemové zkušenosti, zvláštnostech v myšlení a řeči, podezřívavosti nebo paranoidních myšlenkách, výstředním chováním a vzhledem, absencí blízkých přátel a nadměrnou sociální úzkostí (DSM-VI).

Trvalé duševní poruchy s bludy (F22), kdy dominantní klinickou charakteristikou jsou dlouhodobě přetrvávající bludy.

Akutní a přechodné psychotické poruchy (F23) představují poruchy s náhlým výskytem do dvou a méně týdnů, obsahující psychotické symptomy jako bludy, halucinace, poruchy vnímání a také závažné poruchy chování. U těchto poruch byl vyloučen organický základ. Uzdravení zpravidla přichází během několika týdnů či měsíců. Pokud se tak nestane, dochází ke změně klasifikace onemocnění. Poměrně časté je spojení se stresovou událostí.

Indukovaná porucha s bludy (F24) postihuje dvě a více osob, jež jsou v blízké emoční vazbě. Pouze jedna z osob ovšem trpí skutečnou psychotickou poruchou. Po přerušení kontaktu osob příznaky indukované poruchy u druhé osoby mizí.

Schizoafektivní poruchy (F25) zahrnují poruchy epizodického charakteru se zřejmými, jak afektivními, tak schizofrenními příznaky, kdy nejde jednoznačně diagnostikovat ani schizofrenii a ani depresivní či manické epizody.

Jiné neorganické psychotické poruchy (F28) a Nespecifická neorganická psychóza (F29), pod které spadají poruchy, které neopravňují diagnózu jiných, výše popsaných poruch (MKN-10).

Příčiny vzniku onemocnění jsou u duševních poruch s bludy a indukovaných poruch s bludy přičítány psychologickým faktorům a také premorbidní osobnosti jedince. U akutních a přechodných psychotických poruch se za příčinu považuje akutní stres a také genetická predispozice (Češková, 2006).

Psychotické příznaky se ale také vyskytují u řady dalších duševních poruch, kde působí jako přidružené symptomy. Podle klasifikace MKN-10 se jedná o:

- Jiné duševní poruchy, způsobené poškozením mozku, jeho dysfunkcí a somatickou nemocí – organická halucinóza (F06.0) a organická porucha s bludy – podobná schizofrenii – (F06.2) a neurčené organické nebo symptomatické duševní poruchy (F09).
- Poruchy duševní a poruchy chování, způsobené užíváním psychoaktivních látek (F10-F19) – 5 psychotická porucha, 7 psychotická porucha reziduální a s pozdním nástupem.
- Mohou se rovněž vyskytovat u afektivních poruch a poruch nálady – mánie s psychotickými symptomy (F30.2), bipolární afektivní porucha, současná fáze manická s psychotickými symptomy (F31.2), bipolární afektivní porucha, současná fáze těžká deprese s psychotickými symptomy (F31.5), těžká depresivní fáze s psychotickými příznaky (F32.3), periodická depresivní porucha, současná fáze je těžká s psychotickými příznaky (F33.3).
- Dále u pervazivních vývojových poruch – atypická dětská psychóza – atypický artismus (F84.1), jiná dětská dezintegrační porucha – dezintegrační psychóza, symbiotická psychóza (F84.3).

1.2 Schizofrenie

„Schizofrenní jednání charakterizuje lidi, kteří se nemohou uvolnit ze životní situace a přitom se rozpadají, když se snaží současně odpoutat i být při tom, nenechat se ovládat a současně se podrobit, být současně přítomní i nepřítomní, v extrémním stažení do sebe“ (Dorner, & Plog, 1999, 87).

Mezi nejčastější psychotické duševní onemocnění se jednoznačně řadí schizofrenie. Schizofrenní poruchy jsou v současnosti diagnostikovány až u 25 % psychiatrických hospitalizací a u 50 % všech přijatých osob do psychiatrických zařízení v České republice (Češková, 2006). Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, které se úzce dotýká téměř všech psychických funkcí. Mezi nejzávažnější projevy se řadí porucha myšlení a vnímání, oploštělá nebo nepřiměřená emotivita a také poruchy chování a jednání (Češková, 2006). Schizofrenie spadá mezi duševní onemocnění psychotického charakteru.

Světová zdravotnická organizace v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) popisuje onemocnění schizofrenního charakteru následovně:

Schizofrenické poruchy jsou obecně charakterizovány podstatnou a typickou deformací myšlení a vnímání. Afekty jsou nepřiměřené nebo otupělé. Jasně vědomí a intelektuální kapacita jsou obvykle zachovány, ačkoliv určité kognitivní defekty se mohou v průběhu doby vyvinout. Nejdůležitější psychopatologické fenomény zahrnují ozvučování myšlenek; vkládání nebo odnímání myšlenek; vysílání myšlenek; bludné vnímání a bludy ovládnutí; pasivita nebo ovlivňování; sluchové halucinace, které komentují nebo diskutují o pacientovi ve třetí osobě; poruchy myšlení a negativní příznaky. Průběh schizofrenických poruch je buď trvalý nebo epizodický s narůstajícím nebo trvalým defektem, anebo může být jedna nebo více atak s úplnou nebo neúplnou remisí.

1.2.1 Dělení schizofrenie

Schizofrenie (F20) je pro svou variabilitu typických příznaků dále MKN-10 dělena na schizofrenii paranoidní, hebefrenní, katatonní, nediferencovanou, postpsychotickou, reziduální a symplexní.

Paranoidní schizofrenie (F20.0) Jedná se o nejčastější typ schizofrenního onemocnění. Příznačnou je pro ni dominance bludů, které jsou doprovázeny nejčastěji sluchovými halucinacemi (Češková, 2006). Zpravidla se pak vůbec nevyskytují nebo pouze omezeně poruchy afektivní, poruchy vůle, řeči a katatonní symptomy (MKN-10). Paranoidní schizofrenie je poměrně snadno diagnostikovatelná.

Hebefrenní schizofrenie (F20.1) Tento podtyp schizofrenie je typický časným nástupem onemocnění v dospívání až rané dospělosti. Její diagnostikování je složité pro svou podobnost s pubertálními projevy. Jsou nápadné afektivní změny. Charakteristické je neodpovědné a nepředvídatelné chování a manýrismus. Bludy a halucinace, pokud se vyskytují, nejsou dominantními projevy (Češková, 2006). Nálada je nepřiměřená a plochá. Často se projevuje tendencí k sociální izolaci. Prognóza je obvykle špatná kvůli rychlému rozvoji negativních symptomů a především oploštění afektů a omezení vůle (MKN-10).

Katatonní schizofrenie (F20.2) U této formy jsou patrné poruchy motoriky ve smyslu zvýšené či bezcílné pohybové aktivity (hyperkinéza), grimasování, manýrování, či ve smyslu stuporu. Časté jsou také stereotypie ve slovním projevu a chování (Češková, 2006).

Období aktivity mohou být kombinovány snovými stavy a s živými scénickými halucinacemi (MKN-10).

Nediferencovaná schizofrenie (F20.3) Jedná se o stavy splňující kritéria schizofrenie, ale nelze je zařadit do žádného z podtypů, nebo pokud se objevují příznaky více podtypů.

Postpsychotická deprese (F20.4) Depresivní stav přetrvávající po schizofrenním onemocnění. Některé z příznaků, pozitivních či negativních, jsou stále přítomny, ale nedominují. V tomto stavu se zvyšuje riziko suicidálních tendencí (MKN-10).

Reziduální schizofrenie (F20.5) Jedná se o chronický stav po odeznění typických příznaků schizofrenní ataky. Příznačnými projevy jsou podivínství a zanedbávání sebe i okolí (Češková, 2006). Přetrvávají negativní symptomy jako psychomotorické zpomalení, otupělost afektu, pasivita a ztráta iniciativy, chudá řeč a omezení neverbální komunikace (MKN-10).

Simplexní schizofrenie (F20.6) Podle MKN-10 se schizofrenie simplex projevuje pozvolným, ale progresivním rozvojem podivností v chování, nedostatečným vyhovováním společenských požadavků a celkovým úpadkem projevu.

Jiné schizofrenie (F20.8) Zde řadíme cenestopatickou schizofrenii.

Schizofrenie NS (F20.9)

Dalším, specifickým druhem schizofrenního onemocnění, je schizofrenie vznikající v dětství. Jedná se o závažnou duševní poruchu narušující vývoj dítěte v mnoha oblastech. Prognóza je u tohoto druhu onemocnění horší než u schizofrenií rozvíjejících se v dospělosti. U dětí se objevuje úzkostnost, autistické projevy, poruchy afektivity a narušené je rovněž pojetí vlastní identity (Vágnerová, 2002).

V praxi je ovšem mnohdy, pro velkou variabilitu příznaků a proměnlivost onemocnění, velmi složité jednotlivé typy schizofrenie rozpoznat a správně diagnostikovat.

1.2.2 Epidemiologie

Jedná se o poměrně časté onemocnění, kdy celoživotní prevalence se odhaduje kolem 1 – 1,5 % celosvětové populace. Výskyt onemocnění není vázaný na vyspělost kultury ani na mentální schopnosti jedince. Rovněž výskyt mezi muži a ženami je totožný. Rozdíl je pouze v průměrném období výskytu první ataky, kdy u mužů dochází k počátku

schizofrenie nejčastěji mezi 15 až 25 lety, u žen pak ve věku 25 až 35 let (Praško, 2005). U žen je popsán obecně mírnější průběh onemocnění než u mužů, kdy tyto lépe reagují na léčbu a dochází k méně častým hospitalizacím a k lepšímu sociálnímu začlenění. Tento jev je přičítán vlivu estrogenů na dopaminergní systém (Češková, 2006).

1.2.3 Příčiny vzniku onemocnění (etiopatogeneze)

Jako příčiny vzniku schizofrenního onemocnění bývá označována celá řada faktorů od osobnostních predispozicí, genetické zátěže, vliv sociální, situační až po vliv prostředí. Jedná se o tzv. biopsychosociální model vzniku psychického onemocnění, kdy současně může působit více rizikových činitelů, které se dle J. Praška (2011) dělí do čtyř základních okruhů: biologických, psychologických (osobnost, terapeutický vztah aj.), užších sociálních (rodina) a širších sociálních. Y. O. Alanen (1997, in Pěč, & Probstová, 2009) vnímá schizofrenii jako komplexní problém, kdy se nemoc rozvíjí na základě reakce na životní krizi u jedince s „horší“ psychologickou a biologickou výbavou.

J. Libiger (2002) za hlavní teorie původu a podstaty tohoto onemocnění považuje evoluční teorii, neurovývojový a neurodegenerativní model a teorii funkčního rozpojení.

– Evoluční teorie se zamýšlí nad skutečností, že i přes to, že je onemocnění do určité míry genetickou záležitostí a osoby s touto poruchou mívají méně potomků, i přes to se rovnoměrně udržela v populaci dodnes. Podle teorie T. Crowa (Höschl, Libiger, & Švestka, 2002, 386-387) je schizofrenie:

...specificky lidské onemocnění. Jeho symptomy mají základ v narušených schopnostech kognitivních a komunikačních. Toto narušení je důsledkem nadměrné variability evolučně nedávné genetické vlohy pro hemisferální asymetrii. Ta se projevuje funkční lateralizací a specializací mozkových hemisfér. Onemocnění je výlučně lidským fenoménem a vzniklo v důsledku „adaptivní“ mutace genu, která umožnila asymetrický vývoj hemisfér... Extrémní varianty vysoce polymorfního genu pro mozkovou asymetrii jsou pak spojeny s hraničními osobnostními strukturami a dispozicemi, které se mohou projevit jako psychóza.

Schizofrenie podle Crowova pojetí by se dala definovat jako „genetická encefalopatie“, kdy vzhledem k funkční lateralizaci hemisfér nedošlo k dostatečnému

rozvinutí funkce levé hemisféry, což má za následek sníženou schopnost symbolické komunikace, řeči a modulace sociálních vztahů (Höschl et al., 2002).

– Neurovývojový a neurodegenerativní model vzniku schizofrenie se zaměřuje na epidemiologické nálezy, klinickou zkušenost a zjištění z oblasti neuroanatomie, neurofyzologie a neuropsychologie. Podle neurodegenerativního pojetí má onemocnění počátek v průběhu dospívání nebo v dospělém věku a probíhá jako proces úpadku duševních schopností. Naproti tomu neurovývojové pojetí předpokládá, že dispozice k onemocnění je přítomna od fetálního stadia vývoje jedince či období perinatálního. Příznaky jsou pak jako mírné kognitivní nebo sociální poruchy přítomny prakticky již od dětství a psychóza je pak jen vývojovým stadiem onemocnění. Jako příčiny se pak vedle genetické dispozice mohou řadit komplikace při porodu (hypoxie) a virová onemocnění matky ve druhém trimestru těhotenství. Za další rizikové faktory se považuje preeklampsie, inkompabilita Rh faktoru, podvýživa matky v prvním trimestru těhotenství, horečky matky aj. Tato vrozená nebo časně získaná vloha společně se specifickou zátěží rozvíjí samotné psychotické onemocnění (Höschl et al., 2002).

– Teorie funkčního rozpojení. Podle jedné z teorií D. R. Weingergera & B. Bogertse je zásadním patogenickým mechanismem porucha propojení mezi limbickým systémem a prefrontální mozkovou kůrou. Podle druhé teorie T. Crowa porucha propojení souvisí se specificky lidskou, geneticky danou nerovnováhou mezi pravou a levou hemisférou. Třetí teorie C. D. Fritha & S. A. Spence považuje za zásadní kortikální „rozpojení“ a nesoulad mezi korovými oblastmi, podílejícími se na plánování, a těch, které jsou spojeny mezi provedením samotné činnosti (Höschl et al., 2002).

V současnosti je rozvíjen názor, že jedinec, kterého postihlo toto onemocnění, má určitou specifickou biologickou náchylnost pro tuto poruchu, která vlivem určité zátěže vede k rozvoji onemocnění. Tento rozvoj je častý v období puberty, kdy dochází k prudkým změnám fyzickým a psychickým. Tato náchylnost je nejčastěji vrozená nebo získaná v raném vývojovém období jedince. Může být jednak geneticky podmíněná, kdy riziko onemocnění výrazně stoupá v případě onemocnění blízkých rodinných příslušníků, nebo získaná vlivem prostředí, například u osob s poporodními komplikacemi, při prodělaném virovém onemocnění matky v průběhu těhotenství, narušeném vývoji plodu,

hypoxii apod. Zátěž, která zapříčiní manifestaci onemocnění, může být nejrůznějšího rázu od biologického (nemoc, alkohol, drogy) až po psychosociální (akutní stres, špatné vztahy aj.) (Češková, 2006).

Některé studie přichází s oživením hypotézy, že za vznikem schizofrenního onemocnění mohou stát také virová onemocnění matky, prodělaná během těhotenství. Tyto teorie by mohly vysvětlit řadu klinických, genetických a epidemiologických aspektů, jako jsou například zvýšená pravděpodobnost výskytu schizofrenie u osob narozených v zimě a na jaře, regionální rozdíly a rozdíly ve městech a na venkově. Přímé studie virových infekcí a přítomností protilátek u osob s psychiatrickou diagnózou tento jev ovšem doposud spolehlivě nepotvrdily (Yolken, & Torrey, 1995). J. Libiger (2002) za významnou považuje především virovou nákazu chřipkou, prodělanou ve druhém trimestru těhotenství matky. Se zvýšeným výskytem schizofrenní poruchy je také spojováno onemocnění toxoplazmózou v latentním stadiu. Existuje předpoklad, že výskyt toxoplazmózy zvyšuje dopaminergní aktivitu mozku (Flegr et al., 2003, Gaskell et al., 2009, in Horáček et al., 2012).

Zvýšené riziko genetické zátěže přenášené z rodičů na děti bylo prokázáno řadou studií. Je známo, že trpí-li touto poruchou jeden či oba rodiče, je rovněž jejich potomek vystaven zvýšenému riziku, že u něj nemoc během života propukne. J. Praško (2005) uvádí, že v případě onemocnění jednoho rodiče je riziko rozvoje nemoci přibližně 10 %. U osob, jejichž oba rodiče mají diagnostikovanou schizofrenii, je pravděpodobnost onemocnění pak 30 až 40 %. Různé studie se pak v těchto údajích mnohdy rozcházejí, vliv dědičnosti je ovšem prokázáný, a to nejen z rodičů na dítě, ale také u sourozenců, dvojčat i vzdálenějších příbuzných, kdy ve zvýšené míře hrozí rozvoj poruch schizofrenního spektra. (Malá, 2005). U jednovaječných dvojčat byla nalezena konkordance pro onemocnění schizofrenií 48 %, u dvojčat dvouvaječných je prokázána konkordance 4 – 10 %. U příbuzných pacientů se schizofrenií existuje také vyšší riziko onemocnění rovněž jiným typem duševního onemocnění, především pak tzv. poruchami schizofrenního spektra (Höschl et al., 2002).

U osob se schizofrenií lze často zobrazit řadu strukturálních a funkčních abnormalit. MR může být zobrazeno snížení objemu některých mozkových struktur, jako je temporální lalok, amygdala, dorzolaterální prefrontální kortex (Češková, 2006). U pacientů se schizofrenií dochází k prokazatelnému rozšíření komorového systému a k regionálnímu

rozšíření mozkových rýh. U třetí mozkové komory se jedná až o 83 % pacientů (Höschl et al., 2002).

Bylo také opětovně zjištěno narušení neurotransmitterových systémů, konkrétně dopaminu, jehož nadbytek v mozku způsobuje přenos neúnosného množství informací. To vede k neschopnosti mozku odlišit důležité informace od nedůležitých a informace přicházející z vnějšího světa od informací, které vstupují z jiných částí mozku (Praško, 2006). Mezi další biochemické látky, které se mohou podílet na vzniku a průběhu psychotického onemocnění, patří neuropřenašeče serotonin, noradrenalin, glutamát, kyselina γ -aminomáselná aj. (Höschl et al., 2002).

Zajímavé poznatky k prevalenci a etiologii psychotických onemocnění se zobrazují také v sociální oblasti. Byl zjištěn vztah mezi vyšším výskytem schizofrenního onemocnění a hůře placeným povoláním, což se ale spíše považuje za důsledek onemocnění než za jeho příčinu. Některé studie hovoří o vyšším výskytu závažných životních událostí přibližně čtvrt roku před relapsem onemocnění. Vliv je také přikládán míře emoční expresivity (EE) u osob pečujících a poruchám komunikace v rodinách nemocných (Höschl et al., 2002).

1.2.4 Příznaky a průběh onemocnění

U poruch schizofrenního okruhu dochází k narušení většiny psychických funkcí. Za hlavní příznak psychotických poruch se může pokládat tzv. „dezintegrace funkcí já“, jejímž důsledkem je ztráta testování reality, tedy odlišení vnitřního od vnějšího (Pěč, & Probstová, 2009). Příznaky schizofrenie se dále dělí na pozitivní, negativní, kognitivní a afektivní.

Pozitivní příznaky, také jinak nazývané psychotické (Češková, 2006), jsou příčinou hospitalizací. Řadí se mezi ně poruchy vnímání (halucinace). *Halucinace* se objevují nejčastěji sluchové. Vyskytují se také halucinace intrapsychické, zrakové, čichové, chuťové a tělesné. Dále poruchy obsahu myšlení – *bludy*, které obsahují mylné a nevývratné přesvědčení člověka o pronásledování, nadpřirozenosti, vkládání myšlenek aj. Řadí se zde také *poruchy chování*, které pramení z bludů a halucinací vyskytujících se u nemocných osob. Češková (2006) uvádí, že pozitivní příznaky jsou úzce propojeny s regionálně zvýšenou dopaminergní aktivitou. Pozitivní příznaky dobře reagují na farmakologickou

léčbu. Převažují v raných stádiích onemocnění, nebo u osob v relapsu či u chronicky nemocných (Praško, 2005).

Negativní příznaky představují především *snížení emotivity a volní složky*. Projevují se snížením motivace, apatií, sociální izolací, snížením prožitku radosti, ochuzením řeči a myšlení. Negativní příznaky mají za následek dlouhodobé snížení kvality života nemocného. Tento typ příznaků souvisí s regionálně sníženou dopaminergní aktivitou na úrovni frontálního kortexu (Češková, 2006).

Negativní příznaky oproti pozitivním v mnohem větší míře ovlivňují sociální i pracovní zařazení pacientů, včetně jejich celkové kvality života. Oploštělá emotivita, ochuzení řeči, anhedonie, nedostatek vůle či psychomotorické zpomalení výrazně postihují schopnosti pacientů i v době, když pozitivní příznaky schizofrenie již vymizely. Větší závažnost negativních příznaků v začátku onemocnění také souvisí s nepříznivým průběhem onemocnění. I když míra ovlivnění negativních příznaků pomocí antipsychotik druhé generace je významnější než u antipsychotik generace první, i přesto je považována z klinického hlediska za neuspokojivou. Nedostatečně účinná léčba negativních příznaků je v současnosti považována za jeden z největších problémů léčby schizofrenie (Příkryl, & Kučerová, 2008, 350).

Kognitivní příznaky Češková (2006) považuje za základní příznaky přítomné ještě před samotnou manifestací psychózy a za hlavní příčinu sociálního nepřizpůsobení po překonání pozitivních příznaků. Váží se na regionální, strukturální, funkční abnormality CNS. Kognitivní příznaky zahrnují poruchy paměti, exekutivních funkcí (schopnost plánování a řešení úkolů) a poruchy pozornosti. Kognitivní příznaky se neobjevují před začátkem onemocnění a často mají trvalé následky u postižených osob.

Další skupinou jsou afektivní příznaky. Ty se mohou objevit kdykoliv v průběhu onemocnění. Zahrnují deprese, mánie, úzkosti. Tyto příznaky mohou vést k suicidálním pokusům. Podobně jako u poruch kognitivních funkcí mají afektivní příznaky často celoživotní působení a mohou ovlivňovat začlenění do běžného života (Praško, 2005).

Příznaky u jednotlivých osob jsou velmi různorodé a v průběhu onemocnění se mohou proměňovat. Rovněž průběh onemocnění se u jednotlivých osob může značně odlišovat.

Projevy onemocnění se dají mírnit léčbou. U jedné třetiny osob dojde po jedné či několika atacích k úplnému ústupu příznaků onemocnění a k návratu do běžného života. Jedna třetina osob zažívá střídání opakovaných relapsů, kdy dochází v průběhu života k opětovnému návratu psychotických příznaků a neúplných remisí. Tyto osoby se již mnohdy nedokážou vrátit do běžného života, zaměstnání a studia. Bývá jim přiznáván invalidní důchod. U poslední třetiny osob i přes léčbu nedojde k odstranění příznaků psychózy a zůstávají odkázány na pomoc rodiny či zdravotnického zařízení. Kvalita života u těchto osob je zásadně narušena (Češková, 2006).

Nejčastěji k onemocnění dochází v období dospívání a časně dospělosti. Častěji se onemocnění rozvíjí postupně s tzv. prodromálními příznaky, které předchází samotnému onemocnění. Tyto příznaky trvají od tří do pěti let. Prodromy se často kryjí s osobnostními rysy nebo se specifickým vývojovým obdobím jednice, takže jsou často pro sociální okolí špatně rozpoznatelné. Může se jednat o uzavřenost, pasivitu, introvertnost, dále poruchy pozornosti, bolesti hlavy a svalů, slabost aj. Později se objevují další příznaky, zaujetí sebou, zaujetí vírou, hloubavost, zvláštnosti v oblékání, podrážděnost, vztahovačnost, úzkostnost, neklid, nespavost, bludy a halucinace. Dochází k postupnému stupňování těchto příznaků, až k propuknutí psychotické ataky (Praško, 2005).

Schizofrenie zpravidla probíhá jako epizodické onemocnění s relapsy. Ataky bývají vyprovokovány stresem, nebo zátěžovou situací. Příznivější prognóza je u osob, které onemocněly náhle a převažují u nich pozitivní příznaky. Méně příznivá prognóza je u osob s plíživým počátkem onemocnění a převážně negativními příznaky. Pro příznivou prognózu je velmi důležitá spolupráce s rodinou i blízkými osobami. Velký vliv má také to, jestli má nemocná osoba fungující partnerství či stabilní zaměstnání nebo studium (Praško, 2005). M. Češková (2006) upozorňuje, že k nepříznivým prognostickým faktorům se řadí také mužské pohlaví, nízký věk počátku onemocnění, nepřítomnost spouštěcích činitelů, život bez partnera, schizofrenie v rodinné anamnéze, užívání návykových látek a dysfunkční rodina s vysokým emočním napětím.

Recidivy se vyskytují až u 60 % osob s psychotickým onemocněním. Kritické období pro vznik nové ataky je devět až dvanáct měsíců po skončení nemoci (Kalina, 1987).

1.2.5 Léčba

Léčba duševního onemocnění je zpravidla dlouhodobý proces vyžadující spolupráci nemocného i jeho nejbližších. Často je zdůrazňován komplexní přístup v léčbě psychotických poruch, kdy farmakologickou část léčby doplňuje psychosociální intervence. M. Češková (2006) rozlišuje tři fáze léčby schizofrenie. Akutní léčba, kdy dochází k odstranění pozitivních příznaků. Jedná se o relativně krátké období (4 – 8 týdnů). Akcent je kladen na léčbu farmakologickou. Fáze stabilizace, kdy je primární snahou udržení výsledků akutní léčby. I v této fázi obvykle přetrvávají negativní a kognitivní příznaky. Třetí fází je fáze stabilní, jejímž cílem je prevence relapsu a dosažení remise.

R. Cohen (2002) přibližuje postup léčby následovně. Základem je biologická léčba neuroleptiky a psychoterapie. Dalšími kroky jsou sociální opatření, ambulantní léčba, krizová intervence. Dále terapie činnostní a pracovní, na kterou navazují chráněné dílny, denní centra, chráněné bydlení, finanční podpora a podpora pro pacienty, příbuzné a pečující osoby.

Mezi další možnost léčby se řadí repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS), která má podle R. Příkryla (2011) pozitivní účinky při léčbě schizofrenních, zejména negativních příznaků, které současná farmakologická léčba ovlivňuje jen v pouze omezené míře.

Léčba farmakologická

Léčba psychofarmaky je dlouhodobý, u chronických průběhů celoživotní proces. M. Češková (2006) uvádí, že při vysazení farmak je riziko relapsu trojnásobné. Relapsy jsou potom dehonestující aspekt léčby, jelikož snižují lékovou odpověď a vedou k rezistenci na léčbu.

K léčbě psychotických onemocnění se využívají především antipsychotika (dřívější název neuroleptika), v současnosti jsou preferována antipsychotika dalších generací, která efektivněji ovlivňují nejen pozitivní příznaky, ale také negativní a afektivní příznaky (Janů, 2004, in Raboch, 2004). Tato léčiva fungují na principu blokády dopaminových receptorů v konkrétních oblastech mozku (Praško, 2005). Léčiva jsou poskytována formou tablet, kapek, injekčním podáním a některé z léků také formou depotní injekce. Antipsychotika mohou způsobovat řadu nežádoucích účinků. Jedny z nejčastějších jsou postižení

pohybového aparátu, jako záškuby, křeče a celkový neklid. Později se může objevovat strnulost svalstva, třes, zvýšené slinění. Při dlouhodobém užívání vysokých dávek léčiv se mohou vyskytnout mimovolní, stereotypní pohyby. Mezi další možné nežádoucí účinky se řadí sucho v ústech, zácpa, snížení krevního tlaku a poruchy krevního oběhu. U užívání některých léků se můžou projevit změny v krvetvorbě, alergie a kožní vyrážky, snížení potence, poruchy menstruačního cyklu, laktace a rozmazané vidění (Hell, & Fischer-Felten, 1997).

Podle J. Lužného *„mezi závažné negativní dopady při dlouhodobém působení antipsychotik především I. generace se řadí postupné oslabování kognitivních funkcí. Tento fenomén je eliminován u antipsychotik dalších generací (např. Zyprexa – antipsychotikum VI. generace), u kterých se ovšem vyskytuje vyšší riziko vzniku mozkových příhod“* (přednáška: Novinky z kognitivní neuropsychiatrie – Mírná kognitivní porucha, PN v Kroměříži, 29. října 2013).

Léčba nefarmakologická

Druhou, neméně důležitou částí léčby, je psychosociální intervence. Jedná se o dlouhodobý, často celoživotní proces podpory postižené osoby v nejrůznějších oblastech jejího života. *„Po akutní psychotické fázi (jedné nebo několika) je další vývoj určován ve vzájemném působení s výchozími charakteristikami osobnosti pravděpodobně převážně psychosociálními faktory, odkud plyne též enormní rozmanitost průběhů od úplného uzdravení, přes různě výrazné reziduální stavy až po těžkou chronifikaci“* (Ciompi, 1982 in Dorner & Plog, 1999, 88).

Mezi základní přístupy řadí J. Praško (2005) podpůrnou psychoterapii, psychoedukaci a rodinnou psychoedukaci, rehabilitaci kognitivních funkcí, nácvik sociálních dovedností, intenzivní individuální komunitní péči, zaměstnání s podporou, chráněné bydlení a v některých případech také kognitivně behaviorální psychoterapie.

Při léčbě psychóz je obvykle využívána také psychoterapie. Nejprve se začíná tzv. individuální psychoterapií. Teprve po vyhasnutí akutních příznaků psychózy může dojít k začlenění do skupinové psychoterapie (Kalina, 1987). Podle I. Strossové (1984) se zaměřuje skupinová psychoterapie u psychotických pacientů na psychodrama, psychogymnastiku, arteterapii, muzikoterapii a na část diskusí, jejíž náplní mohou být

aktuální problémy, mohou být tematické anebo interakční. V současnosti se jedná převážně o krátkodobé skupinové psychoterapie na akutních odděleních zdravotnických zařízení a dlouhodobé skupiny v ambulancích a denních stacionářích. Uplatňovanými směry jsou skupinově analytické, gestalt, interaktivní behaviorální trénink, podpůrné a řada dalších (Pěč, 2009).

Jednotlivým psychosociálním postupům se věnují následující kapitoly.

2 MOŽNOSTI RESOCIALIZACE U OSOB S PSYCHOTICKÝM ONEMOCNĚNÍM

Každé chronické onemocnění i závažné trvalé zdravotní postižení není pouze problémem zdravotnickým nebo sociálním. Nemoc, orgánový nebo funkční handicap znamená oslabení sociálních rolí člověka ve společnosti a může být příčinou vzniku sekundární defektivy, tedy patologického vývoje osobnosti postiženého vlivem sociální izolace a psychické deprivace (Novosad, 1997, 4).

2.1 Vymezení pojmu resocializace

Pro potřeby této práce je užíváno pojmu resocializace i přes jeho často pejorativní chápání většinou i odbornou veřejností. Toto chápání vychází z častého užívání pojmu u procesů znovuzačleňování osob společensky nepřizpůsobivých anebo osob využívajících ústavní péče. Přitom resocializace zahrnuje také proces reintegrace a opětovného získání sociálních návyků u osob, které byly určitým způsobem vytrženy z běžného sociálního života a hledají cestu zpět. Mezi ně s určitostí patří také osoby po prodělání psychotické poruchy, kdy bylo ve velké míře změněno jejich vnímání světa, došlo často k narušení osobnosti jedince a také byly zpřetrhány či poškozeny dosavadní sociální vztahy. Lidé po prodělání duševního onemocnění hledají cestu zpět a učí se žít „normální život“.

M. Nakonečný (2003) uvádí, že součástí sekundární socializace je také resocializace, kdy se jedná o zvláštní případ socializace, který představuje zbavení jedince nežádoucích tendencí sociálního charakteru. Podle P. Hartla & H. Hartlové (2004, 507) je resocializací chápána „*opětná socializace u člověka propuštěného z dlouhodobé péče ústavní, vězeňské, nemocniční aj.*“. L. Novosad (2000) za reintegraci, nebo také resocializaci považuje opětovnou a náročnou integraci. Samotnou integraci pak vnímá jako: „*komplexní jev, který zahrnuje integraci osobnosti i integraci sociální, kulturní, pedagogickou i profesně-pracovní*“ (Novosad, 2000, 22).

Za určité ekvivalenty pojmu resocializace mohou být ve vztahu k duševnímu onemocnění považovány také pojmy zotavení, rehabilitace či znovuzačleňování. Zotavení podle O. Pěče & V. Probstové (2009) zahrnuje jedinečné životní procesy, kdy se osoba s diagnózou schizofrenie snaží opětovně svému životu dát obsah. Nejedná se v tomto pojetí

o výsledek poskytnuté pomoci ostatními lidmi, ale především o její vlastní aktivní kroky vedoucí k pozitivnímu obratu v životě. Zotavení spočívá v přeměně identity „pacienta“ v identitu „občana“ a zahrnuje také zotavení ze sociálního stigmatu. *Klienti definují svoje zotavování často jako překonání pocitů hlubokého zoufalství a bezmocnosti. Je to učení se používat symptomy a stresory, znovuzískání kontroly nad vlastním životem, opětovné přijetí odpovědnosti, zvýšení sebeúcty, pocit, že mohou něco znamenat pro druhé a že jsou uznáváni jako osobnost. Pro proces zotavování je nepostradatelná naděje, perspektiva, podpora a pozitivní očekávání rodiny a přátel* (Pěč, Probstová, 2009, 20).

Gagne (2004, in Pěč, & Probstová, 2009) popisuje čtyři fáze procesu zotavení, které zahrnují přemožení nemoci, zápas s nemocí, život s nemocí a život mimo nemoc.

Zotavování tedy obsahuje především osobní psychologické hledisko. Naproti tomu rehabilitace je definována jako zaměření se na konkrétní oblasti praktického života a její součástí jsou otázky vztahující se k bydlení, zaměstnání, vzdělávání a sociálním kontaktům. (Pěč, & Probstová, 2009). D. Hell & M. Fischer-Felten (1997) rehabilitaci osob s duševním onemocněním schizofrenního spektra vnímají především ve znovuzafazení v oblasti bydlení, práce a rodiny.

2.1.1 Socializace ve vztahu k duševnímu zdraví

Pouze osoba, která cítí oporu ve svém okolí, má zdravé vztahy s rodinou i širším sociálním okolím, tedy zvládne alespoň do určité míry socializační proces, má nastavené podmínky ke kvalitnímu prožití života. V opačném případě se zvyšuje riziko vzniku nežádoucích sociálně patologických jevů, či rozvoje duševní poruchy.

Resocializace vychází z pojmu socializace. Socializace je celoživotní, dlouhodobý proces, kdy se jedinec, ať už dítě, či dospělý, přizpůsobuje okolním sociálním podmínkám, které vyplývají z dané společnosti. Jedinec si osvojuje zvyky, tradice, postoje, normy, hodnoty, víru, ideály a další aspekty dané kultury, ve které přebývá. Jedná se o složitý proces vrůstání do konkrétní společnosti, který ovlivňuje řada činitelů, a to především primární rodina. Psychologický slovník socializaci definuje jako *„postupné začleňování jedince do společnosti prostřednictvím nápodoby a identifikace, zprvu v nukleární rodině,*

dále v malých společenských skupinách, až po zapojení se do nejširších, celospolečenských vztahů“ (Hartl, & Hartlová, 2004, 548). J. Musil (2005) socializaci označuje jako:

Ontogenetický proces, během kterého jedinec vrůstá do společnosti, osvojuje si její poznatky, zvyky, postoje, víry, normy, ideály a internalizuje hodnoty a způsoby nahlížení světa převládající ve skupině, osvojuje si kulturu... současně s procesem socializace jedince probíhá proces jeho individuace, podmíněný jednak jeho sociální interakcí, jednak vnitřním zráním jeho psychických struktur (28).

Socializace představuje proces, při kterém vzniká „socializované Já s vlastní strukturou: sebehodnocení – obraz o sobě – sebedůvěra – přiměřené sebevědomí – sebeuplatnění – sebeúcta, tzn. sociálně zralá osobnost s adekvátní sebekoncepcí, přiměřeným sebecitem a předpokladem objektivní sebereflexe“ (Musil, 2005, 35).

Hlavním cílem socializace je naučit se být v souladu s danou společností tak, aby jedinec společensky obstál. Zahrnuje bezkonfliktní fungování jedince, tedy minimalizaci jeho vnitřních a vnějších rozporů a také osobnostních selhání. To vše je možné, pouze pokud člověk disponuje schopnostmi přiměřené komunikace ve svém sociálním okolí a pokud vhodně naplňuje jemu dané sociální role. Většině osob se to více či méně daří. Existují všem i takoví, kteří toho nejsou z nerůznějších důvodů schopni. Jedná se například o osoby s odlišným psychickým založením, jako jsou osoby psychopatické a sociopatické, u nichž byl s největší pravděpodobností narušen proces primární socializace. Ale jsou to také osoby duševně nemocné (např. psychotické onemocnění). U těchto osob potom vyvstává otázka vhodnosti záměrného socializačního působení v dospělosti (resocializace). Většina osob ovšem od raného věku usiluje o sociální přizpůsobení se (adjustaci), která umožňuje běžný, bezproblémový život (Nakonečný, 2003).

Socializace probíhá na dvou úrovních. Nakonečný (2003) popisuje primární socializaci jako tu, která začíná od věku novorozence a odehrává se především v rámci rodinné výchovy. Jedná se v podstatě o sociální učení neboli získávání zkušeností v rámci sociálních interakcí. Za hlavní úkoly primární socializace je především považováno osvojení si základních kulturních návyků, mezi něž se řadí mj. základní hygienické a sebeobslužné návyky, zásady slušného chování aj. Osvojení si mateřského jazyka, který usnadňuje přímou komunikaci, ale také rozvoj myšlení a nabývání řady dalších dovedností. Dalším úkolem primární socializace je získání orientace v základních hodnotách dané

společnosti a její kultury, tedy aby dítě rozlišilo, co je a co není slušné, morální atd. Dítě také přebírá a uskutečňuje role vázající se k jeho pohlaví a věku dle daných standardů konkrétní společnosti. Dítě také postupně a přiměřeně svému věku zvládá sebeovládání a chování v souladu s požadavky rodičů, de facto s požadavky společnosti.

Po primární socializaci nastupuje socializace sekundární, dle Nakonečného (2003) se jedná o socializaci dospělých osob, a navazuje na socializační proces zahájený v rodině a škole. Na mnoho sociálních úkolů, které se objevují v průběhu dospělosti, jedince rodina ani škola připravit nemůže. Sekundární socializaci se úžeji věnuje vědní obor andragogika. O. G. Brim & S. Wheller (1974, in Nakonečný, 2003) upozorňují na to, že interpersonální situace se mohou kvůli přibývajícím mobilitě značně měnit, což vyžaduje aplikaci nových vzorců chování. Nové sociální přístupy vyžaduje také změna sociální pozice. Podněty k sekundární socializaci vychází také ze skupin, kterých je jedinec součástí. Jedná se o skupiny vrstevnické, pracovní, rodinné, zájmové aj. Součástí sekundární socializace je právě také resocializace, kterou nazývají „socializací po dětství“.

Každý jedinec disponující jakoukoliv odchylkou je v procesu socializace značně znevýhodněn. Jedná se o jedince s osobnostními psychickými odchylkami, dále o osoby, které se dostaly do svízelné životní a sociální situace (osoby propuštěné z výkonu trestu, mladé lidi opouštějící dětské domovy či výchovné ústavy apod.), osoby se somatickými obtížemi a také o osoby procházející či trvale ovlivněny onemocněním tělesného či duševního charakteru. Resocializace, tedy sekundární socializace, se zaměřuje na působení na jedince za účelem jeho sociální regulace. Její snahou je osoby nepřizpůsobivé, či osoby, u kterých byla socializace z nejrůznějších důvodů narušena, opětovně začlenit do společnosti tak, aby byly schopny samostatného a plnohodnotného života.

2.2 Sociální dopady psychotických a schizofrenních poruch

Jakákoliv lidská odlišnost může být důvodem k zhoršenému sociálnímu uplatnění až k úplnému sociálnímu vyloučení. Duševní onemocnění jsou obecně velmi stigmatizující a osobám, které duševním onemocněním trpí, přináší řadu komplikací také v oblasti sociálního začlenění. Longitudinální studie z roku 1986 prováděná na sedmdesáti osobách se schizofrenií uvádí, že u 37 % z nich se dva roky po vzniku onemocnění vyskytovaly

těžké sociální poruchy a u dalších 35 % poruchy středně těžké (Schubart et al., 1986, in Roder Brenner, Kienzle, & Hodel, 1993).

Psychózy a poruchy schizofrenní patří mezi jedny z nejzávažnějších duševních onemocnění, která vedou k narušení sociálních vztahů. Bludy a halucinace, pocity pronásledování, to vše vzbuzuje nedůvěru vůči lidem v osobě nemocného. Snížení prožívání, zájmu o okolí, komunikačních schopností a poruchy nálad vedou k sociálnímu odcizení. Řada oblastí života člověka s psychotickou poruchou se zásadně mění. Lidé přichází o finanční příjmy v podobě mzdy a stávají se závislími na sociálních dávkách či invalidních důchodech. Často jim je také odebrána způsobilost k řízení motorových vozidel.

„Každá ataka nemoci znamená velkou zátěž a změnu nejen pro nemocného, ale i pro jeho okolí. Dochází ke změnám v psychice i fungování ve všech oblastech života nemocného... Během choroby se změnil kontakt nemocného s okolím; ztratil řadu přátel, zaměstnání, školu“ (Praško, 2005, 18). J. Praško (2005) dále zdůrazňuje, že pro příznivou prognózu onemocnění je důležitá nejen spolupráce nemocného s odborníky, ale také spolupráce jeho blízkých osob.

I po prodělání akutní formy onemocnění u řady osob přetrvávají chronické obtíže, které vyžadují nepřetržitou pomoc. Tato pomoc může být poskytována v komunitních ubytovacích zařízeních (která nejsou v ČR příliš rozšířena), v denních centrech, prostřednictvím zdravotnických pacientů a nepostradatelná je také podpora přirozené sociální sítě (Cohen, 2006).

Za velmi významný faktor, působící na budoucí vývoj sociálních schopností, je považována míra poškození poznávacích funkcí nemocných osob. *„Výzkumy ukázaly, že kognitivní dysfunkce je nejdůležitější faktor nemoci, který souvisí se sociálními dovednostmi. Narušení kognitivních funkcí je spojováno s nepříznivou prognózou onemocnění, s nízkou kvalitou života a s neschopností pacienta vést samostatný a nezávislý život“* (Češková, 2006, 192-193). Dalším důsledkem kognitivního deficitu je častá neschopnost najít si a udržet zaměstnání. Samotné pozitivní příznaky pak působí na obtíže v pracovním uplatnění jen částečně (Češková, 2006).

Porucha pracovní paměti může být klíčovým faktorem při selhávání v každodenních činnostech. Může vést k omezení sociální komunikace. Nemocní si nejsou jisti, o čem

hovoří, a tak raději mlčí. Porucha řídicích funkcí vede k tomu, že nemocnému není jasné, jaké jsou jeho plány a co dělá. Není tak schopen dokončit úkol, nebo vyřešit problém. Porucha pozornosti způsobuje, že nemocní jsou snadno rozptylováni, zejména jsou-li obklopeni irelevantními podněty a informacemi. U pacientů se dále objevuje zhoršená sociální percepce, včetně schopnosti rozpoznávat klíčové situační parametry. Mají problémy s vnímáním a interpretací mimických projevů a emocí. Sociální fungování a kvalitu života lze ovlivnit zlepšením kognitivních funkcí. Snížení kognitivního poškození může pacientům pomoci ve znovuzapojení do běžného života a umožnit jim vest plnohodnotný život (Češková, 2006, 193).

Ve velké míře bývají u schizofrenních poruch omezeny sociální kompetence, a to především u pacientů, u kterých probíhá první epizoda onemocnění. Omezení sociálních kompetencí se může také objevovat u osob před propuknutím onemocnění v prodromálním období, a to dokonce dlouhodobě, bez toho, aby byly přičítány duševnímu onemocnění (Hooley, 2010).

U osob se schizofrenním onemocněním je zřejmá slabší verbální úroveň, jako například jasnost vyjadřování, vyjednávání a vytrvalost, ale také neverbální dovednosti. Zřejmá je také tendence k menší asertivitě (Bellack, Sayers, Mueser, & Bennett, 1994, in Hooley, 2010). Osoby s tímto onemocněním jsou si obecně méně vědomy pravidel, která řídí sociální situace (Hooley, 2010).

Život s duševním onemocněním může s sebou přinášet také řadu sociálně patologických jevů. R. Cohen (2006) upozorňuje na časté bezdomovectví, které postihuje ve velké míře osoby se schizofrenií, a to především ve velkých městech. Tento jev se zpravidla vysvětluje přesunem osob s duševním onemocněním do městských aglomerací. D. A. Lewis et al., (1992, in Cohen, 2006) naopak přisuzuje vyšší míru bezdomovectví u schizofrenních osob právě samotné environmentální stránce života ve městě, která sama o sobě může působit jako etiologický faktor pro rozvoj psychózy. E. Dragomirecká a A. Kubicová (2004, in Raboch et al., 2004) uvádějí, že duševní onemocnění bývá častěji příčinou než důsledkem bezdomovectví. Mezi další rozšířené nežádoucí sociální jevy u osob se schizofrenií se řadí užívání psychoaktivních látek (Cohen, 2006). J. Praško (2005) uvádí, že až 10 % osob nemocných schizofrenií spáchá sebevraždu.

Podle výzkumu J. H. MacCabea, I. Koupila & D. A. Leona (2009, in Hooley, 2010) lidé s diagnózou schizofrenie zůstávají až šestkrát pravděpodobněji svobodní, proti lidem z obecné populace. Jejich šance na kvalitní a dlouhodobý vztah je také mnohem menší, než u jiných typů psychóz, či většinové populace. R. Cohen (2006) k tomu také uvádí, že míra reprodukce u osob s diagnózou schizofrenie je čtvrtinová proti běžné populaci. Je otázkou, jestli je tento jev spíše výsledkem osvěty lékařů o zvýšeném riziku onemocnění dětí schizofrenních rodičů anebo jako důsledek časté absence partnerského života osob se schizofrenní poruchou.

Významné rozdíly ve zvládnání onemocnění existují mezi jednotlivými pohlavími pacientů se schizofrenií. Ženy mívají mírnější rozsah mezilidských problémů a lépe sociálně fungují, než muži (Hass & Garratt, 1998, in Hooley, 2010). Podle studie A. N. Andia et al. (1995, in Hooley, 2010) ženy s touto diagnózou s větší pravděpodobností vstoupí do manželského svazku, dokážou vést samostatný život a být zaměstnané, než muži s podobným profilem. Také jejich míra sociálního fungování byla na vyšší úrovni i přes nižší dávku užívaných antipsychotik.

Hodnocením míry sociálního a funkčního postižení u pacientů se schizofrenií se zabývala průřezová studie na 483 osobách ve stabilizovaném stavu. Bylo prokázáno, že funkční výkonnost pozitivně koreluje se subjektivně vnímanou spokojeností s medikací a naopak negativně s mírou psychopatologie. Z výsledků výzkumu bylo také zřejmé, že onemocnění má lepší prognózu u žen. Pozitivní korelace byla také potvrzena u osob s vyšším stupněm vzdělání (Mohr et al., 2012).

Člověk je tvor uzpůsobený životu ve skupině. Jakýkoliv druh vyloučení ze společenství ostatních lidí může vést k vadnému duševnímu vývoji, nebo k rozvoji duševní poruchy. Přítomnost jiných blízkých osob a dobré vztahy jsou velmi důležité rovněž pro osoby s psychotickým onemocněním, neboť rodina a stabilní sociální zázemí mají velký význam v úspěšnosti léčby. Podle deset let probíhající studie E. C. Johnstone (1978, in Cohen, 2002) dává naprostá většina nemocných, ale i jejich příbuzných, přednost návratu do domácího prostředí k partnerům nebo rodičům. Naopak nedostatek sociální opory může mít zásadní vliv na rozvoj onemocnění. E. Cantor-Graae (2008) uvádí, že pokusy na zvířatech naznačují, že sociální zamítnutí nebo sociální vyloučení může způsobovat dopaminovou dysregulaci, nebo senzibilizaci, což může vést k rozvoji schizofrenního onemocnění.

2.2.1 Stigma psychotických poruch

Psychotické poruchy jsou značně stigmatizující.

Lidé se duševně nemocných bojí. Nerozumí jim a mají sklon pokládat je za nevypočitatelné, neschopné ... Také sám pacient raději vidí ve svých příznacích slabost, nedostatek síly čelit nepřízni osudu, spiknutí a cokoliv jiného, než aby připustil, že jsou známky duševní nemoci. Nese cejch – stigma, které je jakýmsi shrnutím předsudku o tom, co znamená být duševně nemocný (Höschl et al., 2002, 397).

Společnost může duševně nemocné považovat za nesvéprávné a hloupé, často také za nebezpečné sobě a svému okolí. Duševní onemocnění může být považováno za neléčitelné a osoby takto postižené by měly být separovány od společnosti a být pod trvalou kontrolou. Tento mnohdy se opakující názor většinové populace může podle J. Libigera (2002) vést tomu, že nemocní častokrát odmítají pomoc odborníků, jelikož se nechtějí stát objektem soucitu, obav a diskriminace.

Stigmatizace spojená s duševním onemocněním narušuje sebedůvěru nemocných osob, znesnadňuje návrat do normálního života a zaměstnání. Vede ke strachu, stresu, depresi, nízkému sebevědomí a snížení důvěry vůči sociálnímu okolí, což ovlivňuje prohloubení vztahovačnosti a perzekučních bludů i jiných příznaků psychotického onemocnění. Jedná se tedy o jakousi spirálu, kdy se u nemocného strachem z reakce okolí může onemocnění zásadně prohlubovat. Léčba antipsychotiky bývá často laicky považována za málo účinnou, či jen tlumící a „oblující“, vyvolávající závislost a negativně působící na mozek a tělo (Praško, 2011).

J. Libiger (2002) zdůrazňuje, že míra stigmatizace u schizofrenních poruch bývá vyšší než u jiných psychiatrických onemocnění. J. Praško (2011) upozorňuje, že předsudky vůči psychiatrickým poruchám mohou vedle léčby závažně ovlivňovat také diagnostiku a především adaptaci a reintegraci nemocného.

Stigma psychických poruch nezasahuje jen samotné pacienty, ale také rodinné příslušníky, partnery, děti a osoby jinak blízké. V některých případech dochází i k tomu, že rodina svého příbuzného od léčby na psychiatrii odrazuje, neboť se obává negativní reakce a „cejchu“ ze strany veřejnosti.

2.3 Některé z realizovaných výzkumů mapujících sociální aspekty schizofrenního onemocnění

Sociální hlediska duševních onemocnění mapuje řada výzkumů. Mezi nejzajímavější se řadí míra vyjadřovaných emocí (EE), dvojná vazba a pseudovzájemnost.

Expressed emotion

Mnohé studie prokázaly vyšší pravděpodobnost relapsu u osob se schizofrenií, pokud žijí v rodině, kde je vůči nim projevována vysoká míra vyjadřovaných emocí – Expressed emotion – EE (Hooley, 2007, in Hooley, 2010). Expressed emotion je měřítko rodinného prostředí založené na tom, jakou míru kritických připomínek, projevovaného nepřátelství a míry sebeobviňování se za duševní onemocnění příbuzného projevují rodinní příslušníci vůči příbuzné osobě s psychiatrickou diagnózou. Pokud překročí tyto projevy daná prahová množství, jsou klasifikovány jako vysoké EE (high-EE).

Mezi charakteristiky takového prostředí patří úzkost a strach pečovatелů, jejich sklon připisovat nedostatky nemocného jiným důvodům než nemoci a obviňovat ho, povrchní poslouchání toho, co nemocný sděluje a snížená schopnost vyrovnat se s jeho nemocí. Spadá mezi ně taky vyšší kritičnost a nižší autonomie nemocného a sklon k rigidní, konfliktní a převážně negativní interakci mezi nemocným a okolím (Höschl et al., 2002, 383).

Tuto skutečnost potvrdila také meta – analýza všech dostupných výzkumů mapujících vliv EE na průběh schizofrenního onemocnění (Butzlaff, & Hooley, 1998). Výsledky této analýzy potvrdily, že EE je významný predikátor relapsu u schizofrenních poruch, a to v nejvýznamnější míře u pacientů s chronickým průběhem onemocnění. Toto zjištění je velmi důležité pro správné pojetí prevence recidivy schizofrenie, ale také jiných psychických poruch.

„Dvojná vazba“ a „pseudovzájemnost“

V roce 1956 byla americkým biologem G. Batesonem popsána tzv. „dvojná vazba“, kterou definoval jako typický projev komunikace v rodinách, ve kterých se vyskytuje schizofrenie. Dvojná vazba se zakládá na současně probíhající komunikaci protichůdných obsahů různými komunikačními kanály. To vede ke ztrátě jistoty a poruše schopnosti předvídat sociální dopad vlastního jednání. Toto jednání může vyústit do emoční

ambivalence. Zvláště závažné pak je, pokud je dvojně vazbě vystaveno dítě. Tuto poruchu rodinné komunikace nelze považovat jako dostačující podmínku pro vznik samotného onemocnění. Výzkumy ovšem prokázaly, že je typická pro schizofrenní rodiny. V 60. letech, nezávisle na teorii dvojně vazby, Wynne a Singer popsali rodiny schizofrenních pacientů, ve kterých se projevovala tzv. „pseudovzájemnost“, kdy se tyto rodiny vnějšmu sociálnímu prostředí prezentují jako semknuté se vzájemným porozuměním, ve skutečnosti jsou si členové rodiny značně odcizení (Bateson, 1956, in Höschl et al., 2002).

Vliv sociálních deficitů typických pro schizofrenní pacienty na běžnou populaci

L. G. Nisenson, H. Berenbaum & T. L. Good (2001 in Hooley, 2010) uskutečnili empirický výzkum, který byl zaměřen na zjištění vlivu sociálních deficitů, kterými pacienti se schizofrenií disponují, na osoby běžné populace, se kterými přicházejí do styku. Předpokladem výzkumu bylo, že tyto sociální deficity mohou vést ke zvýšení negativity, sociální distanci až k odmítnutí osobami, se kterými přicházejí do styku. Byli vybráni výzkumní asistenti s příjemným a přátelským vystupováním, kteří měli navázat krátké přátelství s pacienty s diagnózou schizofrenie. V průběhu studie, která trvala dva týdny, došlo k postupné změně chování výzkumných asistentů. U většiny z nich se zvýšilo množství negativity vůči osobě, se kterou se po dobu dvou týdnů setkávali. Zdá se tedy, že špatnými sociálními dovednostmi osob se schizofrenií se dá vysvětlit, proč většinová populace hůře přijímá, špatně navazuje přátelství, či zaměstnává osoby se schizofrenií (Hooley, 2010).

Kvalita života u osob se schizofrenií

L. Gee, E. Pearce & M. Jackson (2003) realizovali výzkumný projekt Kvalita života u osob se schizofrenií: Přístup zakotvené teorie (Quality of life in schizophrenia: A grounded theory approach), který se zabývá kvalitativním šetřením kvality života u osob s diagnostikovanou schizofrenní poruchou. Hlavním cílem tohoto výzkumného projektu bylo zjištění individuálních dopadů schizofrenie na kvalitu života (HRQOL, health-related quality of life) dotazovaných osob. Výzkum byl zaměřen na určení společných rysů ovlivňujících základní životní oblasti postižených osob. Studie reagovala především na skutečnost, že většina dotazníků a šetření používaných v předcházejících výzkumech nebyla standardizována na specifickou cílovou skupinu osob se schizofrenií.

Na základě analýzy dat vyplynuly tematické okruhy, které sehrávají důležitou úlohu v kvalitě života osob se schizofrenií. Jedná se o:

1. Překážky v mezilidských vztazích – duševní onemocnění přináší osamělost, izolovanost a obavy, co si o nich myslí ostatní lidé. Tyto obavy jsou významné především vůči rodinným příslušníkům a blízkým lidem, protože právě tito lidé byli často bezradní a nejistí v tom, jak se mají vůči participantovi chovat. Blízké osoby byly často vystrašené, což vedlo až ke snaze se participantům vyhýbat. Toto jejich chování dotazovaní přisuzovali nedostatku vědomostí a informací o onemocnění.
2. Snížená kontrola chování a činností, která pramenila z podstaty onemocnění. Participantů se často rozhodli dobrovolně izolovat od ostatních lidí, protože je znepokojovalo to, jak jsou ostatními lidmi vnímáni a neustále se museli vědomě snažit o normální projevy chování. Zároveň se obávali, že stres s tímto jednáním spojený může zapříčinit zhoršení jejich zdravotního stavu. Jako příklad mimořádného chování uváděli participantů snížené zábrany, sebepoškozování, sníženou osobní hygienu aj.
3. Ztráta možnosti realizace v profesionálním životě – což přineslo také snížení mezilidských kontaktů obecně. Všechny dotazované osoby se shodly na tom, že jim onemocnění znemožňuje plnohodnotné pracovní uplatnění. Jejich možnosti na trhu práce jsou vzhledem k charakteru onemocnění značně omezené. Za výhody zaměstnání je dotazovanými považováno zachování si struktury dne, smysluplnost (možnost být nápomocen ostatním) a přátelské kontakty.
4. Finanční omezení týkající se plánů a činností obnáší jednak praktické omezení v řadě činností, které jsou finančně nákladné (dovolené, koníčky aj.) a také znemožnění dlouhodobých plánů a pocit finanční nejistoty.
5. Subjektivní zážitky psychotických symptomů – participantů byla popisována celá řada symptomů, které zahrnovaly pocity klidu a uzavřenosti, únavu, rozrušení, podezřívavost, nervozitu a úzkost, sluchové halucinace, bolest, nespavost, sníženou motivaci, ztrátu energie, paranoiu a depresi.
6. Vedlejší účinky a postoje k farmakologické léčbě – žádný z dotazovaných nepopsal konkrétní účinky léků. Ani pozitivní, ani negativní. V užívání psychofarmak pokračovali především z obavy možných následků po vysazení léčby. Většina osob zmínila vedlejší účinky léků, které vnímali jako problematické.
7. Psychologické reakce na schizofrenii – mezi tato témata se zařadil názor, že schizofrenie je problém výhradně nemocného, nízká sebeúcta, snížená morálka, obavy,

které se týkaly názorů ostatních lidí, strach, pocit bezmocnosti, neužitečnosti a zbytečnosti.

8. Postoje a názory jiných lidí – stigmatizace spojená s duševním onemocněním ovlivňuje řadu životních oblastí, jako je společenský život, mezilidské vztahy a zaměstnání.
9. Obavy z budoucnosti – tyto obavy se týkaly opětovné hospitalizace, zhoršení duševního zdraví, pocitů nejistoty z budoucnosti a neschopnosti plánování do budoucnosti.
10. Pozitivní výsledky vyplývající z onemocnění – tři z dotazovaných osob nepocíťovaly nic pozitivního, co by pramenilo z jejich duševního onemocnění. U třech participantů, dle jejich slov, došlo ke zlepšení jejich vztahů s rodinou, zlepšila se vzájemná komunikace v rodině a naučili se lépe zvažovat vlastní situaci.

Autoři výzkumu soudí, že 10 zjištěných domén realisticky odráží problematiku kvality života u osob se schizofrenií. Předpokládají, že by se tedy na závěrech tohoto výzkumu dal vytvořit dotazník, díky kterému by se dala ověřit správnost získaných výzkumných výsledků. Autoři také upozorňují, že se jim na základě získaných dat podařilo prokázat nedostatečnou relevanci dosud používaných dotazníků a dále identifikovali oblasti, které by byly vhodné k dalšímu výzkumu. Jednalo se především o domény nejistoty, ztráty kontroly a pocitu limitovaných možností. Podle autorů se dá předpokládat, že tyto faktory představují určité zprostředkovatele a usměřovatele kvality života (Gee, Pearce, & Jackson, 2003).

3 MOŽNOSTI RESOCIALIZAČNÍCH (REHABILITAČNÍCH) INTERVENČÍ POSKYTOVANÝCH OSOBÁM S PSYCHOTICKOU PORUCHOU

Stejně tak jako se mohou sociální aspekty podílet na vzniku a hloubce psychického onemocnění, mohou se také podílet na jejím zvládnutí a úspěšné léčbě. Praško (2011) uvádí:

K psychickému a sociálnímu postižení může dojít téměř u každé psychické poruchy. Postižení zpravidla vzniká postupně a omezuje člověka v jeho životě. Nemůže dále naplňovat svoje životní role. Psychické postižení je nahlíženo jako odklon od věkově, pohlavně a třídně specifických norem naplnění rolí. Projeví se zejména v oblasti zaměstnání, péče o sebe, partnerských a probuzeneckých rolích, trávení volného času. Podstatná jsou očekávání společnosti od postižených (373).

Na postižení duševního onemocněním lze nahlížet z hlediska primárního, sekundárního i terciárního. Primární postižení je přímo spojeno s psychopatologií osoby, sekundární obnáší negativní reakci jedince na primární postižení a terciární postižení jsou potom následky institucionalizace postižené osoby, nedostatečné vzdělání, příprava na zaměstnání a chudoba (Wing, 1976, in Praško, 2011). U schizofrenie má pak rozsah postižení značnou souvislost s negativními symptomy. Výrazný vliv na rozvoj postižení spojené se schizofrenním onemocněním má prokazatelně délka hospitalizace, ale také věk v období rozvoje onemocnění, závažnost a typ příznaků, délka trvání neléčeného onemocnění a intelektuální činnost (Gupta, & Chadda, 2009).

K tomu, aby se předešlo těmto negativním sociálním dopadům psychického onemocnění, nebo aby se stav postiženého dostal do stavu podobnému před onemocněním, využívá se rozsáhlých technik rehabilitace. Praško (2011) uvádí, že rehabilitace a resocializace by měla být zahájena již v průběhu léčby akutního stavu proto, aby se zamezilo sociálním ztrátám a rozvoji chronického stavu. V tomto období je intervence zaměřena především k uchování stávající kvality života. Po alespoň základní stabilizaci stavu je vhodné zapojení do pracovních, kulturních či tělesných aktivit. Dále zdůrazňuje vliv socioterapie, tedy vliv faktorů, jež jsou spoluurčovány sociálními rysy prostředí. Tedy život ve společnosti, skupině, stimulace pracovních činností, zájmy apod.

Praško (2011) jako hlavní metody rehabilitace duševně postižených osob vnímá ergoterapii a pracovní terapii, terapeutické komunity, svépomocné skupiny, chráněné dílny, chráněnou práci a chráněné bydlení.

Aktivní podporou k návratu do života před propuknutím psychotického onemocnění se v praxi zabývá celá řada odborníků. Jedná se o lékaře – psychiatry, psychology, sociální pracovníky, psychoterapeuty, pracovníky městských úřadů, úřadů práce, pracovníky neziskových organizací, dobrovolníky a řadu dalších. Velmi nápomocní a nepostradatelní v procesu znovuzařazení do života jsou blízké osoby, jako jsou rodinní příslušníci, partneři a přátelé.

Odborná pomoc v oblasti resocializace je v České republice nabízena osobám s duševním onemocněním řadou organizací státního i nestátního charakteru. Tato podpora je poskytována na základě Zákona o sociálních službách 2006 / 108 Sb. a to MPSV, krajskými úřady, obecními úřady obcí s rozšířenou působností, OSSZ, krajskými pobočkami ÚP a v oblasti sociálních služeb také obcemi a kraji.

3.1 Odborná pomoc psychologická a psychoterapeutická

Od devadesátých let minulého století se v České republice rozvíjí řada jednotlivých psychoterapeutických škol, jež jsou uplatňovány také pro práci s osobami s psychotickými poruchami. Od začátku devadesátých let došlo také k rozmachu komunitních služeb, jako je podpora bydlení, práce a centra denních aktivit. Bývá zde aplikována kombinace přístupu medicínského a sociálně-ekologického modelu (Pěč, & Probstová, 2009).

O. Pěč & V. Probstová (2009) rozlišují přístupy k psychoterapii a rehabilitaci psychotických poruch na úrovni jedince a na úrovni skupiny. Při práci s jedinci s psychotickou poruchou se podle těchto autorů osvědčují intervence psychoanalytické terapie, kognitivně behaviorální terapie, expresivní terapie, trénink sociální způsobilosti aj. Ve skupinové práci se poté osvědčuje skupinová psychoterapie, dramaterapie, muzikoterapie, taneční pohybová terapie, integrovaný psychoterapeutický program a terapeutické komunity.

Na základě retrospektivního šetření uskutečněném na pacientech se schizofrenií a schizoafektivní poruchou, kteří absolvovali psychoterapeutický program obsahující

skupinové psychoterapie, kognitivní rehabilitace, arteterapie a nácvik praktických a sociálních dovedností v délce 3 až 9 měsíců, bylo zjištěno, že se jejich úroveň pracovního a sociálního začlenění významně pozitivně změnila. 6 měsíců po ukončení terapie se situace zlepšila proti stavu 6 měsíců před zahájením terapie u 69 % osob a u 6, 8 % osob se udržel stávající stav (Pěč, Dragomirecká, Čechová, & Pěčová, 2008).

3.2 Sociální služby

Na základě Zákona o sociálních službách je přiznáván příspěvek na péči, který je poskytován osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Tento příspěvek je určen k úhradě finančních nákladů za poskytované placené sociální služby. Zákon dále definuje sociální služby, které zahrnují sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Sociální služby mohou být poskytovány jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní. Sociální poradenství je provozováno na úrovni základní nebo odborné. Osoby s duševním onemocněním mohou využívat sociálních služeb centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení aj. Ze služeb sociální prevence pak terapeutické komunity, sociální poradny, sociálně terapeutické dílny, centra sociálně rehabilitačních služeb, služby následné péče aj.

Součástí Zákona o sociálních službách je také **sociální rehabilitace**, která je definována jako:

soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb (Zákon o sociálních službách 2006/108 Sb.).

Zahrnuje terénní a ambulantní služby, které obsahují nácvik dovedností důležitých k sebeobslužnosti, soběstačnosti a dalších činností nezbytných k sociálnímu začlenění, zprostředkování kontaktu se sociálním prostředím, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, a také podporu při uplatňování práv, zájmů a při zajišťování osobních záležitostí.

„Cílem je dosažení nalezení vhodného pracovního uplatnění. Proces sociální rehabilitace je integrální součástí poskytování sociálních služeb“ (www.mpsv.cz).

Mezi hlavní, často využívané služby napomáhající ke znovuzařazení do společnosti, patří služby spojené s chráněným bydlením, které mohou být poskytovány přímo v domácnosti podporované osoby, nebo v chráněných bytech, které jsou provozovány převážně nestátními neziskovými organizacemi (NNO). **Chráněné bydlení** v tomto pojetí slouží jako intervence vedoucí k samostatnosti jedince a k získání či znovuosvojení dovedností spojených se samostatným bydlením. Často se jedná o časově hraničenou službu, kdy je poskytována pouze po dobu nezbytně nutnou, tak aby vedla k rozvoji samostatnosti a nalezení jistoty jedince v této oblasti.

Pro chráněné bydlení hovoří také výzkum Beechama et al. (2004, in Kališová, Raboch, Nawka, & Černý, 2012), kdy byla hodnocena skupina 128 nemocných osob s chronickým průběhem onemocnění, 12 let po propuštění z psychiatrické léčebny, kdy nastoupili do komunitního zařízení. 51 % osob v té době žilo v chráněném bydlení (34 % s minimální podporou, 17 % s intenzivní podporou), 39 % v pečovatelských domech a 9 % bylo dlouhodobě hospitalizováno v psychiatrických zařízeních. Snaha zařadit osoby s psychotickou poruchou do běžného života má mimo dopad na kvalitu konkrétních osob a jejich blízkých také dopad ekonomický, kdy byl tento postup vyhodnocen o 15 % levnější než dlouhodobá hospitalizace.

V procesu resocializace je také významným krokem **pracovní činnost**, která je často podstatná pro stabilizaci zdravotního stavu a také upevnění sociálních dovedností osoby s duševním handicapem. Práce může být neplacená, jako součást léčebného či rehabilitačního procesu. Pracovní činnosti jsou často využívány jako léčebný prvek v psychiatrických léčebnách a nemocnicích. Práce podle J. Praška (2011, 375) *„poskytuje psychoticky dezintegrovanému nebo melancholicky strnulému pacientovi první možnost, jak se vyjádřit“*. Pracovní aktivity se také provozují v zařízeních NNO k znovuoobnovení či udržení pracovních schopností. Je-li schopnost osob pracovat na takové úrovni, že zvládají základní pracovní úkony, mohou nastoupit do tzv. **chráněných dílen**, které jsou uzpůsobeny pro výkon zaměstnání osobám se znevýhodněním a slouží k rehabilitaci pracovních dovedností. Tato práce má již stanovená pravidla, je určitým způsobem finančně ohodnocena a řídí se zákoníkem práce. Pracovní doba bývá často krácená na 4 – 6

hodin denně. Chráněné dílny jsou provozovány především výrobními družstvy a NNO. Jedná se o jednoduché, často stereotypní práce. V ideálním případě slouží chráněné dílny jako přestupní prvek před nástupem do běžného zaměstnání.

Další možností je využití programů **podporovaného zaměstnávání**, které napomáhá osobám s nejrůznějšími znevýhodněními (i jejich kombinacemi) s nalezením a udržením práce. Nejedná se přitom jen o pouhou agenturní činnost, ale naopak, jedinec se sám aktivně podílí na vyhledání vhodného uplatnění a na nácviku pracovních a sociálních návyků.

Podporované zaměstnávání je časově omezená služba určená lidem, kteří chtějí získat a udržet si placené zaměstnání v běžném pracovním prostředí. Jejich schopnosti získat a zachovat si zaměstnání jsou přitom z různých důvodů omezeny do té míry, že potřebují individuální osobní podporu poskytovanou před nástupem do práce i po něm (Souhrnná metodika podporovaného zaměstnávání, 2005, 16).

Tato služba prostřednictvím pracovních konzultantů a osobních asistentů napomáhá k nalezení vhodného zaměstnání na otevřeném trhu práce. Mělo by se jednat o práci vhodnou, vyhovující, smysluplnou a hodnotnou. Podpora je poskytována jen v nezbytně nutné míře a v oblastech, které uživatel není schopen zvládnout sám.

3.3 Rodina, blízké osoby a svépomocné skupiny

J. Libiger (2002) uvádí, že výsledek onemocnění je u žen, osob žijících v trvalém či partnerském svazku a u osob s dobrou sociální přizpůsobivostí před propuknutím onemocnění s výrazně příznivější prognózou. O pozitivním vlivu kvalitního partnerského či rodinného soužití hovoří také J. Praško (2011), který v případě dobrého fungování vnímá jako výrazný stabilizační prvek pacientova zdraví. Podle rozsáhlé studie Světové psychiatrické asociace z 80. let dvacátého století je léčba pacientů úspěšnější, množství relapsů nižší a adaptace lepší u osob z rozvojových zemí proti vyspělým zemím, i přes to, že v zemích rozvojových jsou léčebné možnosti na nižší úrovni. Tento jev je vysvětlován vyšší péčí o své nemocné příbuzné v rozvojových zemích, díky které dochází k úspěšnější adaptaci nemocných osob.

Častý jev u chronicky duševně nemocných pacientů je nízký počet založených vlastních rodin. Osoby zůstávají žít s rodiči, případně sourozenci. Společné soužití může

vytvořit konfliktní klima. „Proto rodina potřebuje hledat cestu, jak umožnit svému dítěti parciální autonomii a přitom se necítit ohrožená jeho relapsy ani popuzovaná jeho chováním“ (Praško, 2011, 380). Velkým přínosem rodinám v této problematice oblasti mohou být organizace rodin vzájemně sdílejících své zkušenosti.

Další možností pomoci jsou svépomocné skupiny, které poskytují psychickou podporu osobám s onemocněním i jejím rodinným příslušníkům. Tyto skupiny napomáhají zvládat psychické problémy i následky stigmatizace ze strany společnosti. Svépomocné skupiny využívají mnoho terapeutických faktorů skupinové psychoterapie (Praško, 2011).

3.4 Centrum sociálních služeb Horizont

Příkladem organizace zabývající se sociální rehabilitací jsou zařízení Horizont Zlín a Horizont Kroměříž. Jejich posláním je podpora a pomoc dospělým osobám s duševním onemocněním z okruhu psychóz, jež jsou ve stabilizovaném stavu. Zařízení poskytuje socioterapeutické činnosti, vzdělávací aktivity a pracovní terapie. Veškeré aktivity jsou klientům poskytovány bezplatně.

V současné době zařízení ve Zlíně nabízí tři základní sociální aktivity. „Chci jít do práce“ je nácvik zvládnutí pracovní zátěže v keramických, šicích a kreativních dílnách. „Chci se o sebe postarat“ obnáší nácviky vaření, péče o domácnost a aktivity podstatné k zaopatření samostatného života. Součástí je také program „Už vím jak“, který se zaměřuje na základní informace z oblasti finanční gramotnosti, právních záležitostí, sociálních dávek apod. „Chci mezi lidi“ zahrnuje terapeutické aktivity, sociální začleňování do společnosti a nácvik komunikace pod vedením psychologa. V Horizontu Zlín je také možnost jedenkrát týdně využívat nízkoprahových služeb. Poskytovány jsou také terénní služby napomáhající klientům v každodenních záležitostech formou doprovodu na úřady a jiné instituce a také podpoře v domácím prostředí. Horizont Zlín také pravidelně organizuje veřejná setkání rodičů a přátel osob s duševním onemocněním (www.cspzlin.cz).

PRAKTICKÁ ČÁST

4 FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU

Psychotická onemocnění jsou jedny z nejzávažnějších onemocnění ovlivňující kvalitu života postižených osob. Životy pacientů jsou poruchou zasaženy zpravidla ve všech, nebo téměř všech oblastech a provází je mnohdy celým životem. Léčba akutních příznaků je úzce spjata s řadou sociálních aspektů života. Součástí léčby je tedy přirozeně také příprava na znovuzařazení a samotné zařazení osoby, pokud možno v co největší míře, do života podobného životu před propuknutím onemocnění.

Tento výzkumný projekt si klade za cíl zmapování psychosociálních aspektů ovlivňujících znovuzačlenění osob s psychotickou poruchou do běžného života po odeznění akutních příznaků onemocnění s aspektem na sociální faktory, nebo na faktory, které jsou určitým významnějším způsobem se sociální oblastí spjaty.

4.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Jako výzkumná oblast je zvolena problematika psychosociálních aspektů u osob s psychotickou poruchou. Výzkumným problémem, kterým se tato práce bude zabývat, byla určena resocializace těchto osob do běžného života. Resocializací je v tomto pojetí myšleno opětovné nabytí sociálních dovedností a schopností, které vedou ke znovuzačlenění do společnosti, a prožití kvalitního a plnohodnotného života. Vzhledem k charakteru onemocnění velká část těchto osob pozbyla tyto schopnosti anebo jsou tyto schopnosti z důvodů onemocnění a jim přidružených aspektů často značně omezeny.

Cílem této práce pak je najít a objasnit nejvýznamnější psychosociální činitele, kteří ovlivňují proces znovuzačlenění osob s psychotickým onemocněním po odeznění akutní fáze onemocnění.

4.1.1 Výzkumné otázky

Na základě cíle výzkumu je vymezena obecná výzkumná otázka:

- Jaké jsou nejvýznamnější faktory ovlivňující resocializaci osob s psychotickou poruchou ve stadiu remise?

Pro rozsáhlost výzkumné oblasti jsou stanoveny upřesňující dílčí výzkumné otázky:

- Jaké jsou nejvýznamnější aspekty resocializace osob s psychotickou poruchou ve stadiu remise v užších a širších sociálních vztazích?
- Jak se psychotická porucha odráží v partnerských vztazích a jaký vliv na resocializaci to obnáší?
- Jaké je pracovní uplatnění osob s psychotickou poruchou ve stavu remise a jaký vliv to má na průběh jejich začlenění do společnosti?
- Jaké jsou další významné aspekty života osob s psychotickou poruchou ve fázi remise?

5 DESIGN VÝZKUMU

5.1 Typ výzkumu

Pro tento výzkumný záměr byl zvolen kvalitativní přístup, který nám umožní vhléd do problematiky stanovené výzkumným cílem. Jedná se o oblast mapující aspekty znovuzařazení osob s psychotickou poruchou ve stadiu remise do společnosti. Miovský (2006, 18) definuje kvalitativní přístup jako:

Přístup využívající principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky a v jeho rámci cíleně pracujeme s reflexivní povahou jakéhokoli psychologického zkoumání. Pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných psychologických fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod.

J. Ferjenčík (2000) zdůrazňuje, že kvalitativní výzkum je orientován holisticky, kdy je objekt zájmu výzkumu zkoumán v celé šíři a ve všech potenciálních rozměrech se snahou o pochopení návazností a souvislostí těchto rozměrů.

Samotný typ výzkumu se pohybuje v oblasti výzkumu orientačního. Orientační výzkum je charakteristický možností zmapovat prostředí, do kterého výzkumně vstupujeme a přitom doposud neznáme zvyklosti a pravidla, která se zde vyskytují (Miovský, 2006). Dále pak obsahuje prvky jak případové studie, tak analýzy dokumentů. Případová studie umožňuje sledování, popisování a vysvětlování případu v jeho celistvosti, díky čemuž dochází k rozpoznání hlubších poznatků o dané problematice a celkových souvislostech (Miovský, 2006). V tomto konkrétním případě jsou jednotlivými případovými studiemi myšleny osobní příběhy osob účastnících se individuálních interview i data získaná skupinovým rozhovorem (ohnisková skupina). Analýza dokumentů probíhala na úrovni širšího pojetí, kdy docházelo k rozboru přepsaných rozhovorů (fixovaných dat).

5.2 Metody tvorby dat

Data pro tento výzkum byla získávána ze dvou zdrojů. Jednalo se o **polostrukturovaná interview** s osobami s psychotickou poruchou ve stadiu remise a dále

pak ohniskovou skupinou. **Ohnisková skupina** byla uskutečněna se skupinou terapeutů působících v centru sociálních služeb Horizont pro osoby s psychotickým onemocněním.

Metoda rozhovoru byla uskutečněna ve formě polostrukturovaného interview, kdy byla účastníkům výzkumu položena jedna centrální otevřená otázka. Teprve následně bylo podle potřeby přistoupeno ke kladení doplňujících otevřených otázek. Těmito otázkami byli účastníci dotazováni na oblasti, kterých se v první části sami nedotkli (seznam otázek je součástí přílohy č. 3). Zároveň byl ponechán prostor pro nově znázorňované oblasti, které se mohly na základě polostrukturovaného rozhovoru a pozorování participantů zobrazit.

Rozhovory byly vedeny individuálně v prostorách zařízení, v tiché nerušené místnosti a se souhlasem účastníků výzkumu byly nahrávány na zvukové záznamové zařízení. Délky rozhovorů byly od 24 do 81 minut, průměrná délka byla 54 minut. Všechny osoby byly ve stavu remise bez zjevných projevů onemocnění. Rozhovory byly uskutečněny od července do října 2013. Celkem se uskutečnily rozhovory se sedmi osobami, a to do okamžiku, kdy se již nezobrazovala žádná nová témata a došlo tedy k saturaci dat.

Ohnisková skupina je definována jako „*Technika výzkumu, jež shromažďuje údaje prostřednictvím skupinové interakce vzniklé v debatě na téma určené badatelem*“ (Morgan, 2001, 17). Tato metoda byla zvolena jako doplňková technika následující po polostrukturovaných interview. Kombinace metody ohniskové skupiny s jinou technikou výzkumu je podle Morgana (2001) vhodná k objasnění dříve zjištěných dat.

Byla zvolena metoda polostrukturované ohniskové skupiny, kdy byly skupině osob kladeny předem připravené otevřené otázky, které byly v určité shodě s okruhy dotazovaných témat v interview, anebo se případně dotýkaly nově zjištěných okruhů plynoucích z první části výzkumu (seznam otázek je součástí přílohy č. 3).

5.3 Výběr výzkumného souboru

Výběr výzkumného souboru probíhal dvěma níže popsánymi způsoby.

5.3.1 Individuální polostrukturované interview

Základním souborem pro účely této části výzkumu byla určena populace osob s diagnózou psychotické poruchy ve stavu remise, bez zjevných známek onemocnění, aktuálně v tzv. udržovací léčbě (tedy bez pozitivních příznaků onemocnění). Účastníci výzkumu byli vybíráni ze zařízení Horizont Zlín a Horizont Kroměříž při nestátní neziskové organizaci Centrum služeb postiženým Zlín, o.p.s. Posláním těchto zařízení je poskytovat sociální rehabilitaci dospělým duševně nemocným osobám od 18 let s duševním onemocněním z okruhu psychóz ve stabilizovaném stavu.

Jako metoda výběru byla na počátku zvolena nepravděpodobnostní metoda příležitostného výběru, kdy byl pro účely výzkumu doporučen terapeut zařízení uživatel služby, který byl přítomen a současně byl také vhodnou osobou k uskutečnění interview. Postupně začala být realizována metoda záměrného (účelového) výběru. Byli cíleně vyhledáváni účastníci podle určitých specifických vlastností tak, aby byl výběrový vzorek různorodý podle určitých charakteristik (např. věk, pohlaví, sociální zázemí). Rozhovor byl uskutečněn s celkově sedmi osobami splňujícími kritéria výběru, a to do okamžiku, kdy bylo dosaženo saturace dat a další rozhovory již nepřinášely nové poznatky.

5.3.2 Ohnisková skupina

Participant ohniskového rozhovoru byli zvoleni z týmu terapeutů a odborných pracovníků střediska Horizont. Jednalo se o totální výběr, kdy účast přislíbili všichni zaměstnanci tohoto zařízení včetně externě působícího psychologa. Takto strukturovaná skupina participantů byla zvolena pro dlouhodobou znalost osob spadajících do cílové skupiny výzkumu. Terapeuti zařízení Horizont disponují nejen značnými zkušenostmi, ale jsou také schopni většího nadhledu a objektivitu na rozdíl od jiných osob, které jsou v pravidelném kontaktu s cílovou skupinou, například rodinní příslušníci. Jednalo se o vedoucího zařízení, klinického psychologa pracujícího v zařízení externě a psychoterapeuta. Všechny osoby mají ukončené vysokoškolské vzdělání humanitního směru. Ohnisková skupina byla koncipována jako polostrukturovaná, kdy podle Miovského (2006) vedle zakotvení základních tematických okruhů předpokládá přípravu modelových otázek.

5.4 Popis výzkumného souboru

Individuálních interview se zúčastnilo celkem sedm osob, z toho čtyři ženy a tři muži. Čtyři osoby byly vybrány ze zařízení Horizont ve Zlíně a tři osoby ze zařízení v Kroměříži. Participanti byli ve věku od 30 do 56 let. Průměrný věk osob byl 42, 5 roku, medián 40 let.

Nejčastější diagnózou je schizofrenie, a to u pěti uživatelů. Jeden účastník má diagnózu organické psychózy a jeden účastník schizoafektivní poruchu (ovšem diagnózou si samotný participant není přesně jistý a může se jednat také o máni s psychotickými symptomy). Délka trvání onemocnění je od 10 do 32 let, v průměru 18, 5 let.

Tři osoby mají dokončené nižší střední vzdělání bez maturity (vyučen), tři osoby vyšší střední vzdělání s maturitou a jedna osoba má ukončené vysokoškolské vzdělání. Všichni účastníci mají přiznaný invalidní důchod třetího stupně (jedna osoba jej nepobírá, jelikož nespĺnila zákonem stanovené podmínky pro výplatu). Základní údaje jsou shrnuty v následující tabulce:

Tabulka 1

Participant	Pohlaví	Věk	Ukončené vzdělání	Typ onemocnění	Délka onemocnění (v letech)
A	žena	42	SŠ s maturitou	Simplexní schizofrenie (F20.6)	10
B	žena	49	SŠ s maturitou	Simplexní schizofrenie (F20.6)	32
C	muž	37	SOU	Nediferencovaná schizofrenie (F20.3)	14
D	žena	50	VŠ	Paranoidní schizofrenie (F20.0)	27
E	muž	56	SOU	Organická porucha s bludy (F06.2)	21
F	muž	30	SOU	Simplexní schizofrenie (F20.6)	12
G	žena	36	SŠ s maturitou	Schizoafektivní porucha (F25)	14

Ohniskové skupiny se reálně zúčastnilo pět osob (čtyři ženy a jeden muž). Jednalo se o vedoucího zařízení, externě působícího psychologa s dlouhodobým kontaktem s klienty zařízení a tři terapeuty. (Jeden z terapeutů se pro nemoc nedostavil). Participanti byli ve věku 29 až 44 let, průměrný věk byl 37 let. Všichni měli ukončené vysokoškolské vzdělání. Délka praxe v sociálních službách se u všech shodovala s délkou zaměstnání

v Horizontu Zlín, až na jednu terapeutku, která dříve působila v jiné organizaci, ale u stejné cílové skupiny. Délka praxe v sociálních službách byla v délce 1, 5 roku až 12 let, průměrná délka praxe 8, 3 roku. Délka praxe v zařízení Horizont byla v délce 1, 5 roku až 12 let, v průměrné délce trvání 7, 1 rok. Údaje jsou shrnuty v následující tabulce:

Tabulka 2

Participant	Pohlaví	Věk	Ukončené vzdělání	Délka praxe v sociálních službách	Délka praxe v Horizontu
H	žena	42	VŠ	12	12
I	žena	38	VŠ	1, 5	1, 5
J	muž	33	VŠ	8	8
K	žena	29	VŠ	8	2
L	žena	44	VŠ	12	12

5.5 Metody zpracování a analýzy dat

Data získaná v polostrukturovaných interview s uživateli služeb Horizont Zlín a Horizont Kroměříž a metodou ohniskové skupiny byla nejprve pořízena nahrávkou. V případě ohniskové skupiny byla současně zvažována fixace na videozáznam, která ale nakonec byla zamítnuta z důvodu nesouhlasu zúčastněných osob. Následně došlo k tzv. **transkripci**, tedy doslovnému přepisu mluveného slova a k zaznačení pauz, zesílení či zeslabení hlasu a jiných kvalitativních i kvantitativních změn hlasu. Po ukončení transkripce došlo k opakovanému poslechu záznamů a tím ke kontrole přepsaného rozhovoru. Dalším krokem zpracování dat byla tzv. **redukce prvního řádu**, při které došlo k anonymizaci účastníků a vymazání všech údajů, které by mohly vést k identifikaci účastníků výzkumu či jiných osob. Jména participantů byla nahrazena písmeny A až G. Součástí této přípravné fáze zpracování dat byla také **systematizace**, kdy byla data tříděna podle určitých kritérií, která byla jednak dána předem, ale také doplněna podle nových zjištění. Systematizace již částečně spadá pod samotný proces analýzy stejně jako

kódování dat. Kódování je procesem, kdy jsou prvotní autentická data převáděna do datových segmentů (tj. významových jednotek), ke kterým se přiřazují názvy a s nimiž se následně dále pracuje (Miovský, 2006).

Samotná analýza dat byla inspirována **metodou zakotvené teorie**, které jsem se rámcově držela. Tato metoda je některými autory považována spíše za typ výzkumu, jinými naopak jako metoda analýzy dat. Metoda zakotvené teorie je poměrně mladá a plastická metoda zpracování kvalitativních dat. Její výhodou je schopnost integrovat data různých zdrojů do jedné kvalitativní analýzy (Miovský, 2006). Tato možnost byla shledána jako výhodná u tohoto výzkumného projektu především pro dva odlišné zdroje dat (polostrukturované rozhovory a ohnisková skupina).

Zakotvená teorie využívá třech typů kódování, které se mohou navzájem prolínat. Jedná se o **otevřené kódování**, kdy jsou významové jednotky skládány z pojmů označujících jednotlivé události. Takto vymezené významové jednotky jsou tříděny do kategorií. **Axiální kódování** je postup, kdy jsou údaje znovu uspořádávány prostřednictvím vytvářených vazeb mezi kategoriemi. Třetím typem je **selektivní kódování**, které se překrývá s identifikací **centrální kategorie** a tato centrální kategorie je uváděna do vztahu s ostatními popsányými kategoriemi (Miovský, 2006).

Data získaná z interview a data získaná ohniskovou skupinou byla pro svou rozmanitost zpracována samostatně a následně byly porovnány rozdíly a shody zobrazené oběma technikami výzkumu.

5.6 Etika výzkumu

Projekt výzkumu byl představen a schválen ředitelem organizace a vedoucími pracovníky jednotlivých zařízení Horizont Zlín a Horizont Kroměříž. Jednotliví účastníci polostrukturovaných interview byli vytipováni vedoucími pracovníky zařízení s ohledem na jejich současný zdravotní a psychický stav tak, aby se eliminovala možnost jejich poškození.

Účastníci se na výzkumu podíleli dobrovolně. O přibližné náplni rozhovoru byli informováni dopředu tak, aby si mohli účast na projektu dostatečně zvážit. Byli informováni o nahrávání rozhovoru na záznamové zařízení. S touto skutečností projevíli

ústní souhlas, který je součástí nahrávky rozhovorů. Byli také informováni o možnosti rozhovor kdykoliv ukončit anebo odmítnout odpověď na jednotlivé otázky. Participanti účastníci se ohniskové skupiny potvrdili svůj souhlas s poskytnutím rozhovoru písemně před zahájením výzkumu. Rozhovory byly uskutečněny v tiché, klidné místnosti zařízení, která byla dostatečně odhlučněna od prostor, kde se nacházely další osoby.

Ochrana osobních údajů byla zajištěna anonymizací přepisů rozhovorů. Jména participantů byla nahrazena písmeny A až G u individuálních interview a písmeny H až L u ohniskové skupiny. Byly také odstraněny veškeré údaje, které by mohly vést k identifikaci jednotlivých osob. Samotné nahrávky rozhovorů jsou archivovány v elektronické formě v zaheslovaném souboru.

6 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT

Data z polostrukturovaných interview a data získaná z ohniskové skupiny byla analyzována zvlášť. Nejprve byly v textu identifikovány a zvýrazněny tzv. klíčové pojmy, tedy významové jednotky, které se vyskytovaly ve většině rozhovorů. Ty byly rozděleny do jednotlivých subkategorií a kategorií. V další části zpracování dat byly hledány mezi jednotlivými kategoriemi a subkategoriemi kontexty. Dále byla určena centrální kategorie a vzájemné vztahy mezi ní a dalšími kategoriemi i kategoriemi navzájem. Výsledky obou zdrojů spolu byly následně porovnány a byly hledány shody i rozdílnosti, které se zobrazily.

6.1 Analýza polostrukturovaných interview

Při analýze polostrukturovaných interview se zobrazilo následujících osm hlavních kategorií a jejich další subkategorie. Pro dokreslení situace dotazovaných osob jsou připojeny přímé citace jejich výroků. V závorce za výrokem je uveden kód osoby a řádek z přepisu rozhovoru, kde se výrok nachází.

6.1.1 Když se nemoc objeví

První ataka nemoci se u participantů objevila ve věku 18 až 35 let. Většina z nich vnímala změny v sobě či v okolí už nějakou dobu před samotným propuknutím onemocnění. Onemocnění je přirozeně hluboce zasáhlo a započalo u každého jinak dlouhý proces vyrovnávání se a smiřování s nemocí. Aspekty počátku onemocnění a s ním spojenými prožitky a vlivy na mezilidské vztahy se zabýváme také proto, že již průběh této fáze onemocnění může působit jako výrazný činitel budoucího návratu jedince do života po odeznění akutní fáze nemoci.

Na počátku byli lidé

Příčiny vzniku onemocnění a první projevy jsou vnímány participanty často ve spojení s jinými lidmi. Hovoří o zklamání „*Neměla jsem důvěru v lidi jako, protože mně lidi ublížili...*“ (D 12-13), rodinném vlivu „*to bylo způsobené... životem v rodině, kde rodiče byli ke mně hodně kritičtí, když jsem byla dítě a potom puberták*“ (G 32-33), nenaplněných emocích „*musela jsem sedět s klukem, do kterého jsem byla zamilovaná*“ (B

24-25), nebo také vlivu stresu „zažil jsem buzeraci... já jsem si tam dal třikrát trávu, protože oni mi řekli, že když si s nima zapálím, tak že mě přestanou šikanovat“ (C 301-306).

Pasivní vs. aktivní přijetí nemoci

Tato subkategorie vypovídá o možnosti různého počátečního přijetí nemoci. Toto přijetí u každé osoby probíhalo různě dlouho a také různým způsobem. Uvědomění si onemocnění probíhalo velmi individuálně. U některých osob z počátku proběhlo přijetí nemoci pouze pod určitým tlakem anebo pro získání klidu, případně výhod. „Dlouho jsem s tou nemocí nesouhlasil. Potom, protože mně nechtěli dávat vycházky a pouštět mě na terapie, tak jsem jim to odsouhlasil“ (C 4-6). O podobné zkušenosti hovoří také další osoba: „Mě už to přestalo bavit být v té léčebně. Já už jsem si řekla, že kašlu na děcka, že kašlu na všechno, že už chci přežít bez těch léků, bez léčebny“ (B 294-295).

Proces uvědomění si nemoci byl mnohdy také ovlivněn lidským faktorem, který mohl prolomit ledy. „Začala jsem komunikovat, protože mě tam kdosi z doktorů pohladil, tak jsem k němu měla důvěru takovou, tak jsem se tam začala nějak líp cítit“ (D 38-40).

Přijetí nejbližších (jak to přijala rodina)

Současně s tím, kdy se jedinec samotný začal vyrovnávat se svou nemocí, začala se společně s ním vyrovnávat i jeho rodina a nejbližší. Jejich reakce byly různého charakteru. Jednalo se o neutrální anebo spíše kladné reakce ze strany primární rodiny: „Chovali se pořád stejně“ (F 33). „Já jsem měla pocit, že je všechno jako před tím“ (B 195). „Mamka mě šetřila, abych nemusela nic dělat“ (A 48). Někdy pocítovali méně zájmu, než by si přáli: „Měli pochopení určité... oni se ke mně celkem dobře chovali, akorát nemůžou to pochopit, tu nemoc“ (D 515-516). „Rodiče do mě začali hučet, místo toho, aby mě vzali a nějak mi pomohli. A tak mně jenom doporučili, že mám jít k doktorce“ (G 320-321). „Tatínek přinesl knížku *Jak žít s psychózou a jediné, co vyčetl, že musím jest ty prášky*“ (B 263-264).

Jinou zkušenost mají participant E a C, kteří jako jediní z dotazovaných měli v době nástupu onemocnění partnera. Vztah u obou byl v krátké době ukončen ze strany partnera. „No, já jsem se rozešel s holkou, ona mi řekla, že su nemocný a prostě... že už se mnou nebude, tak to byla taková rána pod pás“ (C 227- 228). „Jak jsem měl tu nemoc, tak si moje exmanželka našla někoho jinýho, tak jsem se pak rozvedl. No nechtěla se tak nějak o mě starat“ (E 60-61).

6.1.2 Léčba a její sociální aspekty

S diagnostikováním nemoci je zahájena léčba, která probíhá v období, kdy se jedinci i jejich nejbližší začínají s nemocí vyrovnávat. Léčba a užívání léků je jeden z ústředních bodů života osob s psychotickým onemocněním. Tato skutečnost se zobrazila také v rozhovorech, ve kterých se účastníci výzkumu k otázce léčby a především psychofarmak často spontánně vraceli.

Oni nás léčí

Subkategorie popisuje stav, kdy osoby nepociťují potřebu být léčeny a přesto je na nich léčba „vykonávána“. Především z počátku léčby se stává, že pacienti, kteří nemají vybudovaný náhled na své onemocnění, nerozumí potřebě léčby: „*Protože jsem nebyl nemocný! On mi to jenom tak řekl a oni mi řekli, že je to schizofrenie. On mi to řekl doktor, jak kdybys ty mi řekla – máš schizofrenii*“ (C 57-59). Léčbu pak považují za něco, co je pouze poškozuje, a nevnímají, případně nejsou dostatečně ztotožnění s pozitivními dopady terapie. „*Tam na psychině, když jsem byl, tam do vás rvou jenom léky utišující a to není moc dobrý*“ (E 39-40).

Často je také zmiňována nedostatečná informovanost o průběhu léčby psychofarmaky: „*Začala jsem to řešit tak, že jsem vždycky vzala pár prášků, když se mi ulevilo, tak jsem to vysadila zas*“ (E 23-24). Další uživatel hovoří o nepravděpodobnosti braní léků: „*já je vynechám a potom si dám pivo... dělám to tak, že řeknu mamce, že si dám léky až tam, aby byl klid, a tam prostě vynechám a nevezmu si je a vezmu si je až nad ránem*“ (C 79, 84-85).

Nechci užívat léky

Subkategorie hovoří o počátečním odporu vůči farmakologické léčbě, o které hovořilo celkem šest osob. Může to být spojeno s faktem, že v počátku léčby nemá většina osob vytvořený potřebný náhled na své onemocnění a nepociťuje důležitost této léčby. Všichni participanti se zmínili, že na počátku onemocnění odmítali léčbu psychofarmaky a léky neužívali anebo se snažili užívání vyhnout.

– „*Já jsem hlavně věděla, že ty prášky nejsou dobré, a proto jsem je nechtěla jíst*“ (B 81-82).

- „Když jsem onemocněl, tak jsem nechtěl brát léky, protože po těch lékách...“ (F62).
- „Nechtěla jsem užívat léky, prostě mně to vadilo. Zkoušela jsem to aj bez léků někdy. To hodně dělají tito lidi. Že třeba vysadí léky a třeba jim někdo řekne: Jsi dobrá, vysad' léky. Ale to se vrátí znovu (tiše)“ (D 93-94, 98-100).
- „Tam (v léčebně) jsem bral léky, ale potom jsem z tama odešel a léky jsem nebral už doma“ (C 53-54).

Jako důvody snaze vyhnout se užívání léčiv uvádí nepříjemné stavy „Jsem z toho jak zfetovaný, mně je z toho divně. Na lékách to jako je... to není život“ (C 31-32, 129-130), „Prostě mně to vadilo“ (D 93-94), „je to takové proti přírodě“ (F 63).

Participantka B hovořila o obavě z narušení sociálních vztahů, konkrétně hledání partnera. „Já jsem pořád počítala s tím, že někoho potkám, a chtěla jsem být těhotná, víš... Věděla jsem, že s práškama to těhotenství jde těžko. A nikomu jsem to nechtěla říct, že plánuju těhotenství. **On se mě ani nikdo neptal, proč ty prášky nejím**“ (B 269-272, 274-275).

Nežádoucí účinky

Jako jeden z důvodů, proč se léčbě vyhýbali, byly také nežádoucí účinky léků, které je hluboce zasahovaly. Mluvili o sníženém sebevědomí „S lékama jsem začala přibývat na váze. Já jsem byla vždycky taková štíhlejší, takže jsem to těžko nesla“ (D77-78). O zhoršení kognitivních schopností (především paměti) „Dvakrát po sobě mi dávali ty šoky a mně to zničilo schopnost se učit jazyky. Jo jako jediná věc, která mě bavila a celkem mi šla“ (B 254-255). Dále o vlivu na sociální vztahy „Nebyla se mnou ze začátku ani moc řeč“ (D 86). Léky také vedly ke ztrátě energie a k útlumu „Já jsem se snažil získat energii, ale ty léky to ne, to ti smaže všechno“ (C 164-165).

6.1.3 Jak to vnímáme my

Tato kategorie nastiňuje, jak vnímají sociální aspekty vážící se k jejich onemocnění samotní participant, tedy jejich subjektivní pohled na okolnosti dotýkající se onemocnění. Nemoc považují za viníka ztráty dosavadního života a jako zloděje, který jim sebral možnost mít vlastní rodinu a potomky.

Vzala mi normální život

Všichni dotazovaní se shodují, že nežijí normálním způsobem života jako před onemocněním. „*Jestli by se mi povedlo začlenit do nějakých jiných normálních kolektivů, kde by byli zdraví lidé, to nevím... to jsem ještě nezkoušela*“ (D 543-544). „*Já vlastně nejsem v tom zapojená mezi zdravými lidmi. Netroufnu si mezi normální lidi*“ (A 101, 105-105). „*Já ani nevím, jestli jsem se vrátil do stejných kolejí*“ (C 146-147). „*Nemoc mi vzala normální život*“ (F 144). „*No žiju prostě to, co mně zůstalo z toho života*“ (B 383).

Nemoc jako zloděj

Tato subkategorie hovoří o ztrátách, které osobám nemoc přinesla. Účastníci výzkumu pocítují velké ztráty z nemoci. Ty jsou vnímány především v oblasti partnerských vztahů, rodiny a dětí. Potomky, které až na jednu výjimku (participant E), který měl děti před propuknutím nemoci, nikdo z dotazovaných nemá.

Dva z participantů mají partnerský vztah, kdy ovšem nežijí ve společné domácnosti. „*Já bych tak potřeboval, kdybych s někým žil neustále*“ (E 82). Ostatní jsou bez partnerského vztahu. „*Já su sedm let bez ženské*“ (C 188). „*Žádná holka mě nechce, protože já su duševně nemocný*“ (F184). „*Že jsem se nevdala, nemám ten rodinný život. Možná bych se vdala i v té nemoci, ale neměla jsem k tomu příležitost tam na té vesnici. Prostě už lidi věděli, že jsem nemocná a málo kdo by si vzal tak psychicky nemocnou ženu, že*“ (D 680-683).

Všichni dotazovaní až na jednu ženu (participant G) hovořili o touze mít vlastní potomky, což jim přítomnost nemoci znemožňuje. „*Tož tíží, ale jako co mám dělat. Jako já si stejně myslím, že děcko budu mět*“ (C 330-331). „*No já chcu děti*“ (F 182). „*Jako trochu mě to vzalo, že nemám děti,*“ (D 703-704). „*Já jsem si třeba uvědomila, že mě mrzí, že nemám děti*“ (B 372-373). „*Kromě toho, že nemám vlastní rodinu a děti a zaměstnání a vlastní bydlení, tak se cítím celkem dobře*“ (A 24-25).

Mezi další negativa z nemoci je řazena ztráta řidičského průkazu, občanského průkazu a také svobody. „*Vzali mi řidičák*“ (C 297). „*Svobodu, občanku a jako řidičák mi vzala a ještě mi přitížila, že musím poslouchat doktorku*“ (C 379-380). „*Tak nemůžeš dělat, co chceš*“ (C 3). „*Vzala mi hodně let života*“ (G 424). „*Vzala mně asi rodinu*“ (E 144).

Přínosy nemoci

Část dotazovaných (jednalo se o čtyři osoby) našla i nějaké pozitivní dopady ze své nemoci. Ty jsou především na úrovni zkušenostní a v získané volnosti, která pramení z pobírání invalidního důchodu a sociálních dávek. „*To onemocnění mně dalo volnost, jako že nemusím chodit do práce a že si můžu číst a dělat co chci*“ (B 11-12). „*Tam je dobré to, že bereš peníze na tu nemoc*“ (C 15-16). „*To onemocnění mi dalo volnost jako. Že nemusím chodit do práce a že si můžu číst a dělat co chci*“ (B 11-12).

Nemoc jako zkušenost či určité obohacení vnímá větší část osob. „*Možná kdybych nemocná nebyla, tak by ten život nebyl tak zajímavější... Dala mi spoustu cenné zkušenosti, které mohu ještě během života využít*“ (G 423-425). „*Díky té nemoci mám nadhled na život. Myslím, že jsem se aj změnila, k lepšimu... su taková, že bych možná nebyla tak ohleduplná*“ (D 407, 661-663). „*Jako sbíráš zkušenosti*“ (C 14-15). „*Člověk je takový pokornější*“ (D677). Tři osoby nepopsaly nic, co by mohly považovat za přínos z nemoci

Co nám pomáhalo

Tato subkategorie popisuje prvky, které osobám pomáhaly v počátcích onemocnění se vyrovnat s novou situací, která je zasáhla. Většina dotázaných se shodla na tom, že při návratu do života se museli spolehnout především sami na sebe. „*Ne, v tom mi nikdo nepomáhal, to prostě musíš v sobě najít*“ (C 145-146). Někteří necítili vůbec žádnou podporu z okolí: „*Právě že nic, právě že vůbec nic*“ (F 59). Jiní našli podporu jen menší, než by potřebovali. „*Mamka a sestra, protože se mnou komunikují. Bratr ne... a taťka taky ne*“ (A 72-73). Pokud se podpora objevila, tak vycházela především z primární rodiny, tedy od rodičů, sourozenců, případně prarodičů: „*Jako maminka mi hodně pomohla, ta mě držela prostě. No prostě jako v rodině. Dokonce bratr mi koupil psa*“ (D 556-557).

Dotazovaní zmiňovali také pozitivní vliv práce: „*No když jsem byl v práci, tak ti kolegové... já jsem tam přišel na jiné myšlenky, to bylo dobré*“ (C 221-223). „*Tak mi to jako pomohlo aj v té nemoci, že jsem byla činná. Jako že ten pocit, že něco dělám, že su užitečná pro tu domácnost, takže mně to tak nějak pomáhalo*“ (D 199-202). „*Chodím sem do práce a velice mi to pomohlo... A já jsem se z toho úplně dostala z těch depresí*“ (D 373-375).

Co nám znesnadňovalo návrat

Určité aspekty jim adaptaci na novou životní etapu naopak ztěžovaly. Dotazovaní hovořili o nedůvěře ze strany blízkých a o jejich malém zájmu o ně, což se zobrazilo v přecházející subkategorii.

Návrat do života také znesnadňoval strach a obavy o budoucnost „*Úzkosti a strachy, kdo se o mě bude starat, kde budu bydlet, jestli vyjdu s penězi, s důchodem*“ (A 69-70) a také strach z cizích osob a stigmatizace „*Bál jsem se hlavně lidí, že mně můžou ublížit, nebo že mě považují za blázna*“ (F 55-56).

O zhoršení možnosti návratu do života hovoří dotazovaní také ve spojení s nepřijetím osob kolem nich, jako jsou například lidé v zaměstnání. „*Já jsem to prostě cítila, že mě tam nepřijali, a tak jsem z toho měla taky takové zhoršení stavu a tím jsem šla do Kroměříže (PL)*“ (D133-135). Nebo také osoby ze vzdálenějšího sociálního okolí: „*Mysleli si, že simuluju, že se mi nechce dělat. Takže mi to taky dělalo zle, že to někdo věděl*“ (D 163-164, 167-168). „*Oni si mysleli, že jsem zdravá, silná, že mi nic není, a že kdybych se vdala, že bych byla v pořádku. Jo, to mi dost ubližovalo*“ (D 633-634, 636).

6.1.4 Jak nás vidí blízcí

Kategorie zahrnuje názory participantů na to, jak jsou vnímány ostatními lidmi z jejich blízkého sociálního okolí, tedy převážně rodinou. Všichni dotazovaní, až na jednoho, kterému rodiče již zemřeli a který žije v sociálním bytě, žijí s rodiči, případně sourozenci. Jedna z participantek, která žije po úmrtí matky se sestrou, zvažuje využití chráněného bydlení.

Ochrana rodičů

Tato subkategorie hovoří především o ochraně, která je rodiči nemocné osoby poskytována a která je nemocnou osobou akceptována. Participant vnímají svůj vztah s nejbližšími rodinnými příslušníky především v rovině závislosti. Přiznávají, že jsou na nich závislí s bydlením i finančně. „*Musím se jí zeptat, jestli si můžu něco koupit... ona mi poradí, řekne a já ju vlastně většinou poslechnu*“ (A 108-110). „*Mamka mi peníze nedává*“ (C 282). „*Jsem vlastně finančně závislá na rodičích*“ (G 22). Finanční závislost je diskutabilní, jelikož příjmy některých jedinců jsou poměrně vysoké, ale s financemi hospodaří obvykle právě pečující osoby.

Často se také objevuje skutečnost, že jsou jedinci drženi rodinnými příslušníky v určité ochraně, kdy je nechají dělat pouze jednoduché úkony a méně zodpovědné činnosti. „*Mamka mě šetrila, abych nemusela velice nic dělat*“ (A 48). Často od nich necítí podporu k nástupu do zaměstnání a v osamostatnění. „*Že by mě třeba posílala do zaměstnání, to ne*“ (A 49). „*Já doma pracuju... Mamka mi vždycky řekne, co mám udělat*“ (F 210, 213).

Opětovně se zobrazila také velká kontrola ze strany rodičů. „*Maminka na mě byla někdy... neříkám, že zlá, razantní by se dalo říct*“ (D 572-573). „*Rodiče mi tu nemoc tolerují... a mamka mi kontroluje léky*“ (A54). „*Oni jsou takoví přísnější a furt na mě chtěou být přísnější. A to mě jako doma sere.*“ (C 123-124).

Na druhou stranu si uvědomují pomoc, která je jim od rodičů poskytována. „*Maminka byla se mnou doma, tak jsem nemusela jít do léčebny*“ (D 104-105a).

Někteří zažívají pocit, že své rodiče zklamali „*S maminkou vycházíme, protože nám nic jiného nezbyvá... ona by si zasloužila lepší dceru, ona by si zasloužila dceru, jako je brácha*“ (B 394-396). „*Já to říkám, že jsme neudělali rodičům radost*“ (D 599).

Sourozenci

Dalšími blízkými osobami, o kterých se často dotazovaní zmiňují, jsou sourozenci. Sourozence má celkem šest osob a u všech s nimi dochází k pravidelnému kontaktu, i když méně vřelému, než by participaci očekávali. Vztahy se sourozenci jsou ze strany dotazovaných obvykle dobré. „*Mám bráchu, který je úžasný, vidíme se málo, voláme si častěji*“ (B 383-385). Ze strany sourozenců by dotazovaní upřednostnili více zájmu a častější kontakty. „*Sestra by se o mě mohla víc zajímat*“ (D 519). „*Bratr je ženatý a taky nemáme dobré vztahy*“ (D 597). „*Bratr a sestra mají vlastní rodinu a já su ráda, když přijedou*“ (A 45). „*Ségra taky vybuchne, ale no dá se to*“ (C 372).

Ostatní členové rodiny

Z ostatních členů zmiňovali participanti prarodiče, se kterými měli dobré vztahy. „*Babička byla taková ochranná ruka*“ (D 574). „*Já jsem často chodívala k mojí babičce, k ní brečet a k ní řešit ty moje problémy. Jsem možná mohla jí to povykládat*“ (G 45-46, 335-336). Se vzdálenějšími členy rodiny jsou vztahy spíše chladné. Navštěvují se minimálně, a pokud jsou v kontaktu, tak spíše telefonickém. „*Rodina žije daleko, no takže já se s nima moc nestýkám, jenom telefonicky*“ (E 65-66). Jeden dotazovaný je rodičem

dvou dospělých dětí, se kterými se nestýká. „S dětmi kontakt nemám, oni mi vždycky jenom napíší, že potřebují peníze“ (E 76).

6.1.5 Ti ostatní kolem nás

Tato kategorie přirozeně navazuje na předchozí kategorii, která vypovídá o prožívaných vztazích s jinými lidmi, se kterými přichází do pravidelných kontaktů. Jedná se o přátele, osoby, se kterými se setkávají v denním centru Horizont, a také o kolegy ze zaměstnání.

Přátelé

Rozhovory se zobrazila zajímavá skutečnost. Přátelství, která vznikla před nemocí, v dětství a mládí, sice v omezené míře, ale často stále přetrvávají. O této skutečnosti hovořilo pět osob. „Z toho mládí jsou ta přátelství jak kdyby víc utuženější“ (D 510-511). „Furt jsem se kamarádila s holkama z vysoké. To máme kontakty do dneška“ (D 94-95). „Ty holky ze střední, s těma se pořád vídám“ (D 493). „Navštívila mě, když jsem měla čtyřicet let, kamarádka z dětství“ (A 84). „Mám pořád ty stejné kamarády“ (F 27).

Nové přátelské vztahy vznikají jen omezeně. „Pak jsme se přestěhovali, tam jsem neměla kamarádku, žádnou“ (D 159-160). „Nejsou to prostě tak dlouhodobé známosti jako s těma kamarádkama z mládí, není to tak utužené“ (D 512-513). „Mám jednoho kamaráda ze šachů, ale vídáme se jen tam v kroužku“ (F 173). Pokud nová přátelství vznikají, tak převážně s osobami s podobným onemocněním, se kterými se seznamují v zařízení Horizont anebo v psychiatrické léčebně. „V léčebně se dobře cítím mezi dalšími nemocnými. To mi vyhovuje více než mezi zdravými lidmi“ (A 12-13).

Obecně ale vnímají, že přátelských kontaktů ubývá. „Bývalo hodně přátel, teď už je to vlastně omezenější“ (A 119). „No oni jsou ženatí, takže já jim zavolám, dvakrát třikrát do roka a buď jdou na pivo, anebo nejdou“ (C 138-139). „No to je smůla té nemoci, že jsem ztratila všechny kamarády“ (B 506).

Horizont

Denní centrum Horizont, jako zařízení určené osobám s psychotickými poruchami, je důležité místo pro řadu postižených osob. Do Horizontu se účastníci dostali především díky doporučení psychiatra nebo díky kontaktům s jinými uživateli, které poznali při hospitalizaci v psychiatrické léčebně. Horizont jim poskytl prostor pro získání nových

sociálních vztahů i přátelství. „*Nebyla jsem moc mezi lidma a asi mně to chybělo, to jsem si uvědomila, až když jsem byla v Horizontu*“ (D 295-296, 300). „*Jsem tu spokojená velice, protože jsem neměla možnost být s takovými lidma, jako jsou tady*“ (D 391-392). „*Tady v Horizontu i v léčebně jsem měla vždycky plno přátel*“ (A 29). Napomohl také ke stabilizaci zdravotního stavu. „*Já si myslím, že to mě vysvobodilo z těch všech mých potíží. A našla jsem tu lidi, kteří mají podobné problémy... tak to mně úplně pomohlo, že jsem úplně přestala myslet na tu smrt maminkinu, jinak by to asi aj dyl trvalo*“ (D 380-386). S nově získanými přáteli se ale vídají většinou pouze na akcích a programu zařízení. Jen výjimečně jindy. „*Vídáme se jenom tady v Horizontu*“ (A 61).

Kolegové

Zvláštním fenoménem jsou vztahy s kolegy ze zaměstnání. Pokud se onemocnění objevilo až po nástupu do zaměstnání, kolegové obvykle věděli, že jedinec onemocněl. Vztahy s kolegy pak v těchto případech účastníci posuzují jako dobré, někdy i podporující. „*Tam to bylo dobré, ty ženské co tam byly, tak ony to věděly, že se mi to objevilo zase*“ (D 120-121). „*To bylo dobré, tolerovali to*“ (C 89). „*Jako já jsem vůbec nepocítila, že jsem se vrátila z léčebny*“ (B 225-226).

V novém zaměstnání, kam případně nastoupili až po vzniku onemocnění, obvykle kolegům o své nemoci neříkali. Vztahy s lidmi často neměli dobré. „*Tam jsem byla ve zkušební době a tam mi taky dělali zle lidi, jak se ke mně nedobře chovali. Tam jsem to prostě cítila, že mě nepřijali, a tak jsem z toho měla taky takové zhoršení, že jsem šla do toho Kroměříže (PL)*“ (D 103-105, 134-135). Vedlo to zpravidla k ukončení práce na běžném pracovním místě.

6.1.6 Láska a partnerství (Nechceme být sami)

Další zobrazenou kategorií byla oblast partnerství a lásky, nad kterou dotazovaní přemýšlejí a kterou prožívají. Projevuje se ve strachu i v touze po milostném citu. Všechny osoby hovořily o touze mít blízký partnerský vztah. Zároveň ale z toho pět osob vyjádřilo obavy a strach. V současnosti mají partnerský vztah dvě osoby.

Bojím se lásky

Součástí touhy po partnerství jsou také obavy ze zklamání a tím pádem ze zhoršení zdravotního stavu. „*Já si myslím, že su spokojenější svobodná, že kdybych se měla rozejít*

s tím partnerem, tak by mě to zasáhlo vlastně a že by mně to zhoršilo tu nemoc. Já bych si nechtěla zkazit tu spokojenost“ (D 689-681, 707). Často se také bojí, že „to nezvládnou“.

Toužím po lásce

Mnohdy se zobrazila touha po opětovaném citu a po tom mít s někým duševní i fyzickou sounáležitost. *„Třeba teď se tomu nebráním, že bych nějaký vztah nebo totok“ (D 687-688). „Dřív jsem byl proutník, ale teď už ne. Ne že bych nechtěl, teď už bych si vážil holky, už bych ji netahal za nos. Třeba bych ju nechtěl hned do postele. Jako pobavit, pomazlit, přitulit, takové normální“ (C 240-241). „Potřebuju nějakého člověka, který by se mnou pokecal, nebo se mnou sdílel ten život a ty starosti a ty radosti“ (E 100-101). „Přála bych si mít někoho normálního. Mít s ním hezký chvílky a se kterým bych zažívala... se vším všudy. Tu rodinu, partnera bych si přála, chtěla bych mít chlapa, na kterého bych se mohla opravdu spolehnout a se kterým bych si rozuměla“ (G 473-474, 591- 592).*

Proč jsem sám

Proč jsem sám je subkategorie, která obsahuje zamyšlení dotazovaných osob nad faktem, že i přes touhu mít partnerský vztah k tomu zpravidla nedochází. Jako hlavní příčiny neúspěchu při hledání partnera identifikují dotazovaní především přítomnost duševní poruchy. *„Nemám ten rodinný život... možná bych se vdala i v té nemoci, ale neměla jsem k tomu příležitost na té vesnici. Prostě už lidi věděli, že jsem nemocná a málo kdo by si vzal tak psychicky nemocnou ženu“ (D 680-683). „Žádná holka mě nechce, protože já su za prvé duševně nemocný a za druhé nejsu moc chytrý“ (F 184-185). „Teď to nejde, nevím, možná su tlustý, možná vypadám jak debil, nebo nevím. Prostě ne! Vůbec se na mě baby nelepí jako dřív“ (C 247-249). „Nemoc se může dědit na děti a to je taky možné že jo, ale na čelo to zase zapsané nemám, no že by to byl důvod, proč mě ta ženská nechce“ (C 334-336).*

Chci to jinak

Dva ze sedmi participantů mají v současné době partnerský vztah. Oba uvádějí nespokojenost v tomto vztahu, ale setrvávají v něm proto, aby nebyli sami. *„Mám přítelkyni, která bydlí za xxx a je taky furt nemocná a je na tom ještě hůř než já. Tak nějak o ni pečuju anebo ona o mě. Ale vidíme se jednou za čas a to mně nevyhovuje moc. Já bych tak potřeboval, kdybych s někým žil neustále“ (E 77-80, 82-83). „Oba dva nemáme skoro*

žádný přátele, tak nějak jsme se naučili scházet a trávíme spolu každé den trochu toho času. Ale já ho beru víc jako kamaráda“ (G 462-464).

6.1.7 Jistoty (v nemoci)

Kategorie Jistoty do sebe integruje potřebu bezpečí, která je jim dáována finančním příjmem plynoucím z invalidního důchodu, jež je přiznán všem osobám, a také jistotu, kterou jim poskytuje možnost společného bydlení s blízkými osobami.

Invalidní důchod

Invalidní důchod je dotazovanými brán jako jistota, která jim přináší klid. *„To je dobré, že bereš peníze na tu nemoc“ (C 15-16).* Mají obavy o jeho ztrátu, což může působit jako demotivující prvek pro to si najít zaměstnání *„ Já bych se tam vrátil hned do xxx (název firmy), jenomže já nemůžu, protože oni by mně sebrali důchod“ (C 83-82).* *„Nemůžu pracovat. Jsem důchodce“ (E 121,126).*

Jiná možnost bydlení

Většina dotazovaných upřednostňuje bydlení s rodinou. Nejčastěji se jedná o rodiče, se kterými žije pět osob, dále pak sourozence, se kterými je ve společné domácnosti jedna osoba a jedna to plánuje. Pouze v jednom případě žije participant výzkumu samostatně. Tento dotazovaný sourozence nemá a rodiče mu již zemřeli. Zmíněný stav mu nevyhovuje. *„Já bych tak potřeboval, kdybych tak s někým žil neustále“ (E 82).*

Další participantka pro neshody se sestrou, se kterou žije ve společné domácnosti, zvažuje chráněné bydlení, od kterého je ale sestrou zrazována pro obavy ze vzniku existenčních problémů sestry. *„Možná, že by bylo lepší, abych bydlela v tom chráněném bydlení. A oni nejsou moc rádi, protože oni, neříkám, že budou mít problémy veliké, ale já jim pomáhám i finančně“ (D 714-716).*

6.1.8 Zaměstnání před a po

Zaměstnání bylo také častým tématem hovoru participantů. V současné době pracují tři osoby, a to na chráněných pracovních místech nebo v chráněné dílně.

Vyplývá, že před důchodem pracovali všichni dotazovaní. Většina účastníků nezvládala kvalifikovanou práci odpovídající jejich vzdělání již před propuknutím onemocnění v premorbidním období. *„Do důchodu jsem uklízela v nemocnici. Mám*

ekonomickou školu“ (A 9, 120). „Já jsem potom pracoval v xxx a tam mě propustili, protože jsem dělal pomalu a ničil jsem nástroje“ (F 7-8). „V práci jsem stíhal, ale musel jsem se přinucovat, no“ (C 67-68). „Já jsem tu práci nezvládala a taky mě nebavila“ (B 81-82). Po nemoci, pokud pracovali, tak jen na chráněných pracovních místech, nebo v chráněných dílnách. „Chodit do práce mezi zdravé lidi se necítím“ (A7).

Pokud v současnosti pracují, hodnotí práci kladně. „Chodím sem do práce a velice mi to pomohlo... A já jsem se z toho úplně dostala, z těch depresí“ (D 373-375). „...vždycky to pro mě bylo lepší, když jsem pracovala“ (D 397-398). „Tady že chodím do práce, tak to je plnohodnotný život“ (D 426-427).

6.2 Shrnutí výsledků polostrukturovaných interview

Mimo shrnutí výsledků obsahuje tato kapitola také určení vazeb a vztahů mezi jednotlivými kategoriemi a subkategoriemi a také určení centrální kategorie.

Když se nemoc objeví. Kategorie v sobě zahrnuje počátky nemoci, které dotazovaní spojují se sociálními aspekty, a také jejich vliv na následný průběh léčby a znovuzařazení se do společnosti. Dotazovaní často hovořili o výrazné negativní zkušenosti s lidmi, kterou si spojují s nástupem první ataky psychotického stavu. Prvotní přijetí nemoci bylo pro všechny osoby značně náročné a jejich vyrovnání se s ním probíhalo různými způsoby. V počátku onemocnění bylo u dvou osob toto přijetí založeno výhradně na rezignaci, kdy se chtěli vyhnout pobytu v léčebně. U jedné participantky akceptace nemoci a zlepšení motivace k léčbě pramenilo výhradně na základě pozitivních impulzů ze strany lékaře a příbuzných, což je také v přímé souvislosti se subkategorií popisující pozitivní činitele v návratu do života. Vznik nemoci také významně zasáhl rodiny nemocných osob. Tuto skutečnost si s sebou nemocní mohou nést po delší dobu v pocitu, že rodiče zklamali (což se zobrazilo v subkategorii Závislí na rodičích). Reakce na onemocnění byly ze strany nejbližších rodinných příslušníků spíše kladné, nebo naopak s menším zájmem, než by participaci očekávali. Následně to bylo vnímáno jako znesnadňující faktor vypořádání se s nemocí. Dvě osoby měly při vzniku onemocnění partnerský vztah (z toho jedno manželství), kdy v obou případech byla partnerství ukončena ze strany partnera a jako

důvod uváděly nemoc. To může v budoucnu způsobit obavy z dalšího zklamání při navazování nových partnerských vztahů.

Léčba a její sociální aspekty je častým tématem všech dotazovaných osob. Všechny osoby se shodly, že z počátku léčbu odmítaly a nerozuměly její nutnosti. Jednak to bylo z důvodu, že se participaci necítili nemocní, nebo ji vnímali za vysoce poškozující a bez pozitivních dopadů. Tyto skutečnosti mohou vznikat z povahy onemocnění a je otázka, jsou-li nějak ovlivnitelné. U všech osob bylo z počátku také odmítání psychofarmakologické léčby. Léky neužívaly, nebo se alespoň snažily lékům vyhnout všechny dotazované osoby. Obvykle v této akutní fázi dohlíželi na pravidelnost užívání léků právě rodiče. Mohlo to nastartovat novou sociální roli nemocného jako závislé osoby s nutností pravidelné kontroly, ze které se již v budoucnu nedokázali vymanit. Důvodem snahy vyhnout se psychofarmakům byly nežádoucí účinky a obava z narušení sociálních vztahů. Negativní příznaky farmakologické léčby a jejich důsledky byly všemi dotazovanými osobami vnímány jako značně palčivé. Mezi další aspekty léčby s vlivem na znovuzачlenění patřilo snížené sebevědomí z vyšší váhy po farmakologické léčbě a zhoršení kognitivních funkcí. Osoby vypovídaly rovněž o útlumu a vlivu na komunikační dovednosti. To vše může vést ke snížení sebevědomí i v oblasti hledání nového partnera.

Jak to vnímáme my je kategorie nastiňující subjektivní pohled vnímání sociálních aspektů vážících se k jejich onemocnění. Všichni účastníci vypovídají o ztrátě normálního života, tedy takového způsobu života, jaký vedli před onemocněním. Všichni dotazovaní pociťují značné ztráty způsobené onemocněním. Ty jsou vnímány především v oblasti partnerských vztahů, rodiny a dětí. Dvě osoby mají partnerský vztah, ale nežijí ve společné domácnosti a vztah považují spíše za přátelský. Všechny osoby touží po opětovaném milostném citu, který se jim nedaří nalézt. Téměř všichni také hovořili o nenaplněné touze mít vlastní potomky, které ale z důvodu onemocnění nemají. Naproti tomu pociťují značné obavy z partnerských vztahů. Pokud vidí nějaké přínosy z onemocnění, jedná se podle jejich výpovědí o volnost získanou díky zajištění finanční podpory plynoucí z invalidního důchodu a také jako zkušenost, kterou v průběhu nemoci nabyli. Po odeznění akutní fáze nemoci a návratu do života většina osob udává, že se museli spolehnout především sami na sebe. Někteří necítili žádnou podporu od okolí a jiní menší, než by potřebovali. Pokud se podpora z vnějších zdrojů přeci jen objevila, tak vycházela především z primární rodiny. Pozitivní vliv na překonání obtíží s návratem také

někteří přisuzovali zaměstnání, do kterého se měli možnost po prodělané atace vrátit. Za znesnadňující faktory návratu po nemoci považovali nedůvěru ze strany blízkých osob a jejich malý zájem o ně. Také se obávali existenčních problémů spojených s bydlením a financemi. Ztížení možnosti návratu do běžného života je také přisuzováno pohledu osob ze vzdálenějšího sociálního okolí, které o nemoci nevěděly. Jednalo se převážně o nové spolupracovníky anebo osoby ze sousedství či vzdálenější rodiny.

Jak nás vidí blízcí je kategorie popisující vztahy s nejbližším sociálním okolím, tedy převážně s rodinou, se kterou, až na jednu osobu, které rodiče již zemřeli, žijí. Zřejmá je závislost osob na rodině, a to v rovině finanční i v oblasti bydlení. Finanční závislost je ale diskutabilní, protože invalidní důchod, sociální dávky a případně mzdu odevzdávají téměř všichni právě pečujícím osobám. Zobrazila se také skutečnost, že jsou jedinci drženi rodinnými příslušníky v určité „ochranné bublině“, která je sice chrání před případným návratem nemoci, ale zároveň je i rodinu izoluje od sociálního okolí, vrstevníků a dalších osob většinové populace. Nechávají je dělat pouze jednoduché úkony a méně zodpovědné činnosti. Často je také nedostatečně podporují anebo přímo zrazují od nástupu do zaměstnání. Ze strany pečujících osob je také zřejmá velká kontrola a „rodičovský přístup“. Některé osoby mají pocit, že své rodiče zklamali tím, že nežijí život, jaký by si pro ně představovali. Vztahy se sourozenci jsou ze strany dotazovaných obvykle dobré. Ze strany sourozenců by dotazování upřednostnili více zájmu a častější kontakty. Z ostatních členů rodiny se tři osoby zmiňovaly o prarodičích, se kterými měli velmi dobré vztahy. Se vzdálenějšími členy rodiny jsou osobní kontakty spíše omezené, což může být následek uzavření se rodiny do „ochranné bubliny“.

Kategorie **Ti ostatní kolem nás** hovoří o širších sociálních vztazích, které se vlivem nemoci odlišně formují. Základní zobrazenou subkategorií je přátelství. U většiny osob přetrvaly dodnes přátelské vztahy z dětství a mládí, tedy s osobami, které znaly před nástupem onemocnění. Naproti tomu nové přátelské vztahy vznikají jen velmi omezeně, a pokud vůbec, tak s osobami s podobným postižením, což může být rovněž následkem vakua, ve kterém žijí a díky němuž se nedostanou mezi většinovou populaci. Obecně si ale uvědomují absenci přátelských vztahů a litují toho. Denní centrum Horizont navštěvují převážně na doporučení psychologů a osob se stejným onemocněním. Horizont jim poskytl prostor pro získání nových sociálních vztahů i přátelství, která jsou ale uplatňována téměř výhradně na půdě zařízení. Ke stykům mimo akce Horizontu dochází jen výjimečně.

Láska a partnerství (Nechceme být sami) je oblast častých úvah dotazovaných. Projevuje se ve strachu, ale i v touze po milostném citu. Všechny dotazované osoby touží po partnerském svazku, ale zároveň pět z nich pociťuje obavy a strach, a to především ze zhoršení zdravotního stavu, a že nezvládnou očekávanou sociální roli. Strach pociťují podle svých výpovědí především ze zklamání, což by následně mohlo vést ke zhoršení zdravotního stavu. Na druhou stranu touží po partnerském vztahu, fyzické a psychické sounáležitosti. Za hlavní příčinu neúspěchu při hledání partnera považují dotazovaní především samotnou přítomnost duševní poruchy.

Jistoty (v nemoci) jsou důležitým prvkem v životě participantů. Za jednu z hlavních jistot považuje většina dotazovaných osob invalidní důchod, jehož finanční aspekt jim přináší klid. Naproti tomu velká úzkost pramení z obavy o jeho ztrátu, což může působit jako demotivující prvek při hledání zaměstnání. Jistotu také vnímají v možnosti společného bydlení s rodinou, kterou má v současné době šest osob. I přes možnost využít chráněného bydlení o něm uvažuje pouze jeden z dotazovaných.

Zaměstnání před a po. Určitou jistotou, ale zároveň i jako zdroj úzkosti, může působit zaměstnání. Participantů se obávají přehodnocení nároku na pobírání dávky invalidního důchodu, ale také dalších sociálních aspektů. Pokud měli možnost se vrátit do stejného zaměstnání, ve kterém byli před první atakou nemoci, vraceli se rádi a bývali sociálním okolím přijati bez obtíží. Problémové situace vznikaly v nových zaměstnáních na otevřeném trhu práce. Z toho důvodu, pokud dotazovaní pracují, tak téměř výhradně na chráněných pracovních místech anebo v chráněných dílnách. Zaměstnání je tedy podobně jako oblast blízkých partnerských vztahů zdrojem značné úzkosti i přes to, že po nich obecně touží.

Jako nejvýznamnější lze stanovit kategorii „Jak nás vidí ostatní“, především její subkategorii „Ochrana rodičů“, která je nejčastější v přímé souvislosti s ostatními kategoriemi. Jelikož se kolem ní integrují všechny ostatní kategorie, lze ji stanovit jako centrální kategorii. Ochranné působení rodičů prostupuje do všech oblastí života jedince, od širších sociálních vztahů až po ty partnerské, ale také do oblasti zaměstnání či určité volnosti v životě a v bydlení. Ochrana rodičů je poskytována v touze chránit svého potomka a potažmo také sebe, ale často vede spíše k sekundárnímu zhoršení zdravotního stavu i celkové sociální situace nemocné osoby a jejich nejbližších.

6.3 Analýza ohniskové skupiny

Na základě dat získaných metodou ohniskové skupiny se zobrazily následující kategorie a subkategorie. Participantům byly pokládány podobné okruhy otázek (témat) jako osobám v polostrukturovaných interview, na které ale odpovídali svým pohledem terapeuta. Jedná se tedy o pohled z druhé strany, od profesionálů. Výpovědi se v určitých oblastech významně shodovaly s výpověďmi v interview. V jiných se rozcházel.

6.3.1 Typický klient – „Oni jsou jiní“

V této kategorii jsou zobrazeny typické rysy osoby s psychotickou poruchou ve stabilizovaném stavu z pohledu terapeutů.

Typická osoba „psychotika“ je podle jejich názoru závislá na okolí, především na rodině. *„Někteří z nich jsou soběstační, ale většina je závislá na někom“* (L 17). Je vyřazená z pracovního procesu a bez partnerského vztahu. Popisují ji jako „chudobnou“, a to nejen v oblasti ekonomické, ale také emocionální a komunikační. Časté potíže, podle nich, mají také v sociální sféře. Touží po *„spřízněné duši“*, ale *„nejsou schopni ten vztah ani utvářet, ne tak ho udržet“* (H 27-28). Hovoří také o jejich obtížích s kognitivními funkcemi, především pamětí a pozorností. I běžné problémy pro ně představují značný problém. Žijí mimo realitu, nemají záliby. *„Řeší problémy úplně jiné, kterým ostatní prostě nerozumí“* (H 55).

Nemoc, která je postihla, hluboce zasahuje do všech oblastí života. Ve velké míře ovlivňuje také jejich nejbližší rodinu, což dále vede ke zpětnému ovlivnění osoby nemocného. *„Oni onemocní a tím onemocní celá jejich rodina. A tím se jim to vrací zpátky. A oni jsou potom nemocní tou rodinou“* (J 34-35).

„Prostě oni jsou jiní, chovají se jinak než zdravý člověk, mluví jinak, reagují jinak“ (K 57).

6.3.2 Za vším stojí rodina

Rodina je prvkem zobrazujícím se velmi často nejen při individuálních interview, ale také v ohniskové skupině. Většina osob s diagnózou psychózy žije ve společné domácnosti s rodiči. Vyzdvihovány jsou jednak pozitivní vlivy rodiny, ale také vlivy, které naopak mohou léčbu a návrat do běžného života nemocným osobám znesnadňovat.

Podpora osvícené rodiny

Jednu z hlavních rolí v léčbě nemocného podle terapeutů hrají rodinní příslušníci. Tzv. „osvícená rodina“ může být hlavním činitelem v léčbě. Taková rodina se dokáže relativně rychle smířit s nastalou situací a vyhýbá se extrémním způsobům chování, jako je hyperprotektivita. V ideálním případě nedochází k zásadním změnám ve struktuře rodiny. *„Přijetí té nemoci taková jaká je. Zůstat ve stejné rovině, pořád ho brát jako člověka plnohodnotného, který o sobě může rozhodovat a který má nějaké možnosti“* (L 20-22). Důležitá je také vytrvalost rodiny, která je často oslabována dlouhým trváním onemocnění a často pozvolným zlepšováním.

Nevhodné přijetí vs. závislost

Stejně jako může rodina stát za rychlejší a úspěšnější léčbou a návratem do života, může rovněž stát za vleklým léčením a obtížemi u znovuzařazení do společnosti. Mezi negativní faktory vycházející z rodiny může spadat nepřijetí anebo nevhodné přijetí osoby. Příliš přehnaná péče, zbavení zodpovědnosti a odrazování od úkonů, ve kterých vidí rodina riziko relapsu, může vést k postupnému odcizení se osoby nemocného od běžného života. Dlouhodobost onemocnění může vést k vyčerpání se a „rodina se vzdá“. *„Uzavřou se do bubliny, najedou na klidový režim anebo ten člověk to prostě přijme jako svoji roli, kterou v té rodině prostě má, a už se z ní prostě nedostane“* (J 38-39). Postižené osoby mohou pociťovat marnost svých snah. *„Někteří rodiče to řeší velmi záhy, po atace začnou tomu klientovi neustále dokola omílat, že si má spořit na ten domov důchodců... Že skončí v ústavu. Že v podstatě nic nemá smysl“* (H 309-310, J 311, H 312).

V některých rodinách také může vzniknout závislost rodiče na dospělém potomkovi, kdy se rodiče stávají závislí na jeho společnosti a podpoře finanční, fyzické a pracovní. *„Finanční, ale i taková osobní závislost. Že je nechtějí nechat osamostatnit, protože by přišli o tu společnost, podporu, pracovní sílu“* (L 322-323). *„Některé ty rodiny ani nechtějí, aby se jejich děti úplně osamostatnily. Aby byly nezávislé, volné, svobodné. Protože by jim chyběly finanční zdroje. Oni je vlastně okrádají“* (K 315-316).

6.3.3 Oni a ostatní

Nemoc výrazně ovlivňuje také vztahy s jinými lidmi „z venku“. Tato kategorie popisuje názor terapeutů na vztahy nemocných osob s ostatními lidmi mimo jejich nejbližší

rodinu. Osoby s psychotickou poruchou obtížně utvářejí a udržují vztahy s jinými lidmi. Často „*nikoho nemají*“ (J 51). Problémy v budování a udržování vztahů s ostatními jsou podporovány jejich problémy s komunikací a vnímání běžných sociálních vztahů. „*Pro ně domluvit se na něčem je obrovský problém... rozlišit, která otázka je vhodná a která není.*“ (H 215, 219).

Kamarádi

Kamarád je pro osobu trpící psychotickou poruchou člověk, kterého dobře zná a nemusí se ho bát. Nejde tak ani o společně sdílené zájmy nebo názory, jako spíš o určitou znalost dané osoby. „*U kterého už ví, jak vypadá, ví, co říká a dělá... a když se ho na něco zeptá, tak zná správnou odpověď*“ (J 76-77).

Zobrazila se absence přátelských vztahů. Ty jsou jednak přičítány obtížnému navazování vztahů, problémům v komunikaci a také v určitém odcizení se vrstevníkům. „*Jak ta nemoc trvá dlouho, oni přijdou o všechny známé*“ (J 50-51). „*Pokud jim někdo zůstane, tak se nachází úplně v jiných sférách, řeší úplně jiné problémy, takže je stejně postupně ztrácí*“ (H 52-54). Nové osoby nemají odvahu oslovit. Často jim chybí základní sociální schopnosti. Neví, jak má přátelský vztah probíhat. „*Neví, jaká je ta role. Co by ten člověk měl dělat, aby ty kamarády našel a udržel*“ (L 80-81). „*Neví, jak to chodí, nemají vlastně ani tu informaci*“ (L 87). Pokud jim nějakí přátelé zůstali z doby před propuknutím nemoci, jedná se spíš o nějakou setrvačnost. „*Nemyslím si, že by to vždycky bylo na skutečné úrovni vztahu a přátelství. Jako že je to z té druhé strany řekněme soucit*“ (H 103-104).

Častým jevem je hledání přátel a „spřízněných duší“ v řadách pracovníků poskytujících jim pomoc (zaměstnanci pomáhajících profesí, psychologové apod.). „*Oni ne opravdu dobře vnímají ty role... smývají se jim ty hranice*“ (L 70-71).

Formální zdroje pomoci

Velkým zdrojem pomoci mohou být formální zdroje, jako je lékařská psychiatrická péče, psycholog či neziskové organizace provozující denní centra a sociální rehabilitaci. Obecným fenoménem je nedostupnost těchto služeb mimo větší města. Pro osoby z vesnic se může jednat i o finanční zátěž, která se projevuje v nákladech za dopravu.

Město vs. vesnice

Místo pobytu může v léčbě a následné resocializaci hrát také významnou roli. Názory na výhody života ve městě anebo na vesnici se liší. Vždy ale záleží na konkrétní situaci a osvědčenosti rodiny. Ve městě má člověk více dostupnou pomoc odborníků. Může navštěvovat komunity a denní centra. Určitá anonymita ale může vést k sociálnímu odloučení. Naopak na vesnici, kde jsou si lidé bližší, může být pro nemocnou osobu hůře zvládnutelný fakt, že o jejím onemocnění zpravidla všichni vědí. *„Je tím poznamenaná i ta rodina a už se to s nima veze“* (K 176). Na druhou stranu to ovšem může vést k vyšší motivaci onemocnění zvládnout. *„Hnací motor jít co nejvíc k té normě a snažit se, což zase u těch, kteří jsou z města, může chybět“* (H 177-178).

6.3.4 Partnerství a rodičovství

Většina osob, podle zkušenosti dotazovaných, nemá partnerský vztah a vlastní potomky. Výjimkou jsou pouze některá manželství, která vznikla ještě před propuknutím první ataky onemocnění.

Partnerství jako zdroj úzkosti

Úvahy o možném partnerském vztahu se u osob ve stavu remise objevují často. Překvapivý je fakt, že pro většinu z nich je to oblast vzbuzující především úzkost. *„Oni to vnímají opravdu jako strašně stresující věc, ve které by zřejmě neobstáli, a přineslo by jim to spoustu problémů“* (L 231-232). Ostatní osoby toužící po partnerském svazku si ale neuvědomují všechny aspekty vztahu. Nerozumí odmítnutí a partnerský vztah vidí i ve společensky běžných situacích. *„Někteří považovali za partnerský vztah už to, že je někdo oslovil a pozval na kafe“* (H 279).

Po partnerských vztazích ale obecně touží, k jejich naplnění ovšem nedochází. *„Připadá jim to všechno moc složité a nebezpečné. Většinou řeknou, že by chtěli, ale... a pak si najdou nějaké důvody, pro které to rozhodně nejde. Takže se nemají proč snažit“* (L 296-298).

Rodičovství

Osoby trpící psychotickou poruchou často a priori spojují partnerskou roli s rolí rodičovskou a vzbuzuje to v nich úzkost a stav marnosti. *„Vždyť já bych nebyla schopná se postarat ani o zvířátko, tak jak můžu mít partnera. A oni už vidí ty děti. Já nemůžu mít*

partnera, já bych nebyl schopný se postarat o děti“ (J 239-241). Vysvětlení může být v nenaplnění sociálních rolí a jejich pocitu selhání. „Je to asi o té sebedůvěře, že nemůžu naplnit tu běžnou sociální roli. Že ta nemoc mi vzala všechno, že nejsem schopen mít rodinu, mají to fakt hodně spojené s tou rodinou“ (L 245-247).

Více se lidé se psychotickou poruchou rodičovství obávají, ale jsou mezi nimi i lidé, kteří vlastní potomky chtějí. Častější je to u osob s jednou atakou a lehčím průběhem. Osoby chronicky nemocné touží po dětech méně. Stejně jako mají obtíže v komunikaci s dospělými, mají také obtíže v komunikaci s dětmi. Najít si proto k nim cestu je pro ně obtížnější a může je od touhy po rodičovství odrazovat. *„Oni nevědí, co s tím dítětem dělat, jak s ním komunikovat, jak na něj mluvit“ (H 262-263).*

6.3.5 Vyrovnávání se s nemocí

Vyrovnávání se s onemocněním přináší řadu přidružených faktorů.

Ochranná bublina

Ke zvládnutí situací, které onemocnění přináší, si řada osob vytváří určitou ochranu, *„okruh stereotypů“ (J 61), které jim umožňují zvládat nastalé situace. V tomto stavu cítí bezpečí a zvládají každodenní úkony. Na druhou stranu to může vést k sociálnímu vyloučení, kdy se člověk uzavírá stále více do sebe. Tyto ochrany může přejímat i rodina, která se odcizuje tím pádem také. „Mají strach ji opustit. Je to obrovské riziko, protože jakmile vylezou ven z bubliny, tak neví, co mají dělat, neví, co na ně působí, neví, na co se zeptat“ (H 110-112).*

Vnitřní faktory

Velkou roli hrají při zvládnání nemoci a následné sociální rehabilitaci také vnitřní faktory jedince. Jedná se o větší snahu odolávat *„A když už se prostě něco nepodaří, tak nepodléhat tomu prostě a zkusit najít jinou cestu“ (H 144-145), motivaci a osobnostní rysy.*

Zisky z nemoci

Onemocnění může přinášet i určité zisky. Jedná se jistotu pravidelného finančního příjmu vycházejícího z invalidního důchodu, péče blízkých osob, absence vlastní odpovědnosti za svůj život. Návrat do života může také znesnadňovat stav, kdy se osoba

smíří se svým stavem. „*Jim to vlastně vyhovuje, že mají takové ty zisky z té nemoci, že jakoby se nechtějí vrátit*“ (K 185-186).

6.3.6 Léčba

Farmakologická léčba psychotických stavů s sebou nese určité aspekty. Častý je stav počátečního odmítnutí léků a postupného přijetí potřeby léčby.

Odmítání léků

Mezi nejčastější důvody odmítání léků vidí dotazovaní respondenti z řad terapeutů v nežádoucích účincích, jako je přibývání na váze a útlum. Dále vychází z povahy onemocnění. „*Jsou paranoidní, mají strach, co jim to ti lidi strkají, a hlavně se necítí nemocní*“ (H 377-378). Dalším hlediskem je délka farmakologické léčby. „*Někdo je ochoten brát léky týden, ale ne určitě měsíce a roky*“ (L 379-380).

Přijetí léků

Přijetí léčby pak může vycházet buď z rozumového zjištění, že je léčba nezbytná, nebo také ze strachu z dalších atak a hospitalizací. Případně je k tomu mohla dovést určitá rezignace, kdy podlehl tlaku sociálního okolí.

6.3.7 Normální život

Návrat do normálního života, tedy života podobného tomu, jaký vedli před první atakou onemocnění, je možný v případě, že si osoba určí, co je pro ni normální život, a stanoví si reálné cíle. Velkou roli také hraje doba vzniku a míra onemocnění. Pokud onemocní člověk dospělý, s vytvořeným sociálním zázemím, je jeho integrace do života možná.

Ztížené podmínky k návratu pak mají osoby mladší, u kterých nebyl dokončený vývoj osobnosti a které nemají vybudované stabilní sociální zázemí pro další život. „*Velká část těch lidí onemocní na prahu dospělosti, to znamená v době, kdy se ještě dokončuje vývoj. Oni ustrnou na nějakém vývojovém stupni a teď se posunou někam, kde to ještě neznají, a ti jejich vrstevníci jsou někde úplně jinde*“ (H 330-334).

6.3.8 Jistoty nebo nejistoty?

Tato subkategorie je záměrně uvedena s otazníkem. Invalidní důchod i zaměstnání lze obecně považovat za stabilizující prvky. Zároveň ale mohou u některých osob způsobovat pocit úzkosti a strachu.

Důchod

Invalidní důchod hraje významnou roli v životě osob s duševním onemocněním. Na jednu stranu do určité míry působí stigmatizačně, ale také jim poskytuje pocit jistoty a bezpečí. Velkou úzkost zažívají z obavy, že by o něj mohli přijít. „*Já nemůžu jít ani na chráněné pracovní místo, já mám třetí stupeň, já mám 70 % omezení. Já kdybych šel něco dělat, tak by mně sebrali důchod*“ (J 88-89).

Zaměstnání

Chůť pracovat je velmi individuální. „*Někteří nechtějí vůbec, někteří chtějí hodně*“ (L 95). Obavy ze zaměstnání pramení jednak ze strachu o ztrátu invalidního důchodu, ale také z negativních zkušeností z dřívějška. Ty mohly být rázu sociálního, k čemuž došlo vzhledem k jejich problémům s komunikací. Dále v míře snahy, která byla příliš vysoká a vedla k další atace.

Nemocní sami sebe často vnímají jako práce neschopné. „*Do práce přece chodí ti normální a zdraví lidé. Já nejsem normální a zdravý, tudíž nemohu chodit do práce... a mám vyřešenou rovnici*“ (H 204-206). Přitom práce může být výrazným činitelem v léčbě i v návratu do života: „*Myslím, že jim chybí právě ty věci, které práce přináší. Ten kontakt s těma lidma. Jakože vše, co oni potřebují, by se dalo sfouknout tím, že oni by šli do práce*“ (J 96-97).

6.4 Shrnutí výsledků ohniskové skupiny

Součástí této kapitoly je mimo shrnutí výsledků metody ohniskové skupiny také hledání vztahů a souvislostí mezi jednotlivými kategoriemi a subkategoriemi a následné učení centrální kategorie.

Typický klient – „**Oni jsou jiní**“ je kategorie popisující, jak terapeuti zařízení Horizont vnímají typického klienta s psychotickou poruchou ve stabilizovaném stavu. Taková osoba je podle nich závislá na okolí, a to především na rodině. Zpravidla je

vyřazena z pracovního procesu a je bez partnerského vztahu. Je „chudobná“ nejen v oblasti ekonomické, ale také emocionální a komunikační. V souvislosti s komunikačními problémy mají také často obtíže v sociální oblasti. Časté jsou obtíže s kognitivními schopnostmi. Nemocí je ovlivněn nejen člověk samotný, ale také celá jeho rodina. Všechny tyto výše popsané charakteristiky jsou tím, čím se odlišují od charakteristik většinové populace.

Kategorie **Za vším stojí rodina** vypovídá o značné závislosti na rodině. Vztah s rodinou má své nepopíratelné výhody. Objevují se ale také aspekty, které naopak mohou léčbu a návrat do života po odeznění akutní fáze nemoci znesnadnit. Pokud rodina funguje správně a podpora, která je nemocné osobě poskytována je vhodná a přiměřená, může být významným činitelem v sociální adaptaci jedince. Patří sem především rychlé „smíření se“ se situací, vyhnutí se extrémním způsobům chování (jako je hyperprotektivita, nezájem, nepřátelské postoje aj.) a pokud možno co největší zachování původní struktury v rodině a rozdělení zodpovědnosti. Významným činitelem je také vytrvalost rodiny, ve smyslu nepodlehnutí situaci a vydržet, což často znesnadňuje vleklou a dlouhou nemoc. Pokud rodina funguje v tomto nastavení, vede to k integraci člověka do společnosti, k posílení jeho vnitřních zdrojů, k tomu, aby lépe zvládal zátěž okolního světa. Takto podporovaný člověk může snáze navazovat nové kontakty s lidmi a uplatnit se v zaměstnání. Naopak za nevhodné postoje rodiny lze považovat nepřijetí nebo nevhodné přijetí osoby. Příliš přehnaná péče, zbavení zodpovědnosti a odrazování od úkonů, ve kterých vidí rodina riziko relapsu. To vše může vést k postupnému odcizení se osoby nemocného od běžného života. Dlouhodobost onemocnění také může vést k vyčerpání a „rodina se vzdá“. V některých případech také může na základně odcizení se sociálnímu okolí nejen u nemocné osoby, ale také u její rodiny, dojít k vytvoření závislosti rodiče na dítěti. Rodiče se stávají závislí na jeho společnosti a podpoře finanční, fyzické a pracovní.

Oni a ostatní je kategorie nastiňující vztahy s ostatními lidmi mimo rodinu. Tyto další vztahy jsou často velmi omezeny, a to mimo jiné z důvodu obtíží s komunikací a obtížemi se zvládnutím běžných sociálních vztahů. Byla také zobrazena absence přátelských vztahů. Ty jsou jednak přičítány obtížnému navazování vztahů, problémům v komunikaci a také v určitém odcizení se vrstevníkům. Pokud už přátelské vztahy vznikají, jedná se o osoby s podobným postižením. Také se stává, že se klienti pokoušejí najít přátele z řad pracovníků poskytujících jim pomoc. Pokud jim přátele zůstali z doby před propuknutím

nemoci, jedná se spíš než o skutečný přátelský vztah o určitou setrvačnost a lítost. Za kamaráda považují osobu, kterou dobře znají a nemusí se jí bát. Nejde tak ani o společně sdílené zájmy nebo názory, jako spíš o určitou znalost dané osoby. Často jim chybí základní sociální schopnosti. Nevědí, jak má přátelský vztah probíhat. Rozdílné podmínky sociální rehabilitace mohou vznikat v prostředí města a vesnice. Ve větších městech nevzniká tak vysoké riziko stigmatizace a existuje větší dostupnost k formálním zdrojům pomoci, jako jsou denní centra, psychologická pomoc, psychiatrie aj. Anonymita města ale může vést k většímu riziku sociálního vyloučení. V malých městech a na vesnicích se o onemocnění konkrétní osoby zpravidla všichni dozvědí a tím je více stigmatizována samotná osoba i celá její rodina. Zároveň to ale může vést k větší motivaci onemocnění zvládnout a přiblížit se k normě. Vždy ale záleží na konkrétních podmínkách a uzavřenosti rodiny i na podmínkách vycházejících ze širšího sociálního okolí.

Partnerství a rodičovství je často zmiňovaná kapitola také v datech ohniskové skupiny. Úvahy o partnerství jsou poměrně časté. Jsou ovšem často spojeny s vyšší mírou úzkosti. Další část osob naopak nerozumí tomu, proč se jim partnerský vztah nedaří uskutečnit. Nerozumí odmítnutí a často vnímají za vztah i to, co je pro člověka z populace běžná sociální situace. Po partnerských vztazích obecně touží, k jejich naplnění ovšem dochází jen málo. Partnerská role je pro ně často a priori spojena s rolí rodičovskou. Mnoho z nich nedokáže odlišit tyto dvě role a partnerský vztah je pro ně automaticky spojen i s plozením potomků. Více se lidé s psychotickou poruchou rodičovství obávají, ale jsou mezi nimi i tací, kteří vlastní potomky chtějí. Častější je to u osob s jednou atakou a lehčím průběhem. Osoby chronicky nemocné touží po dětech méně.

Vyrovňávání se s nemocí u osoby samotné i u pečujících osob probíhá různými způsoby. Často dochází k tomu, že rodina i jedinec samotný kolem sebe vytváří určitou „ochrannou bublinu“, která umožňuje snáze zvládat problematické situace a chrání před novou atakou nemoci. Za problematické situace mohou být považovány všechny, které nespádají do denních stereotypů, a jedná se o jakékoliv vybočení z rutiny. Tato vybudovaná ochrana ale může přerůst až v sociální izolaci, kdy se jedinec, a s ním i celá jeho rodina, uzavírá stále více do sebe. Tím dochází k sekundárním následkům nemoci, které trvale ovlivňují kvalitu života i samotný návrat k životním podmínkám podobným před propuknutím nemoci. Záleží vždy ale na konkrétních podmínkách, na vnitřních faktorech jedince i samotné rodiny. Pro některé jedince může být setrvání v nemoci i přínosné,

například když pocítují zisky z jistoty invalidního důchodu, péče blízkých a absenci zodpovědnosti za svůj život. Jejich motivace k návratu do běžného života tak může být tímto značně omezena.

Léčba a především její psychofarmakologická část je z počátku onemocnění často odmítána, což je přisuzováno nežádoucím účinkům léků, především přibývajícím váze jedince a psychomotorickému útlumu. Často také vychází z povahy nemoci, kdy jsou přítomny paranoidní sklony a chybí náhled na nemoc. Dalším hlediskem je délka nemoci, kdy nebývá dobře přijímán fakt, že farmakologická léčba a tím i její nežádoucí účinky jsou dlouhodobého charakteru. Postupné přijetí léčby pak může u jedince vycházet buď z rozumového zjištění, že bez léčby to nepůjde, nebo také ze strachu z dalších atak a hospitalizací. Případně je k tomu mohla dovést určitá rezignace, kdy podlehl tlaku sociálního okolí.

Normální život, tedy návrat k životu podobnému tomu, jaký vedli před první atakou onemocnění, je možný v případě, že si osoba určí, co je pro ni normální život, a stanoví si reálné cíle. Velkou roli také hraje doba vzniku a míra onemocnění. Pokud onemocní člověk dospělý, s vytvořeným sociálním zázemím, je jeho integrace do života možná. Ztížené podmínky k návratu pak mají osoby mladší, u kterých nebyl dokončený vývoj osobnosti a které nemají vybudované stabilní sociální zázemí pro další život. Ve velké míře sehraává roli také aktuální uzavřenost jedince a celé rodiny vůči světu.

Kategorie **Jistoty nebo nejistoty?** je záměrně uvedena s otazníkem, protože v ní obsažené subkategorie Důchod a Zaměstnání sice lze považovat za jistoty, které mohou stabilizovaným osobám s psychotickou poruchou přinášet určitý klid a pocit jistoty, ale mohou zároveň působit i opačným způsobem. Invalidní důchod, který má většina osob přiznaný, jim sice na jednu stranu poskytuje pocit jistoty a bezpečí v oblasti finančního zabezpečení, na stranu druhou je může sociálně stigmatizovat. Také mohou zažívat velkou úzkost ze strachu o jeho přehodnocení a tím snížení stupně invalidního důchodu anebo jeho úplné odebrání. Podobná situace je u otázky zaměstnání. Část osob má motivaci k tomu najít si a vydržet v zaměstnání velkou, část jen minimální. Obavy ze zaměstnání mohou pramenit právě ze strachu o ztrátu invalidního důchodu, ale také z negativních zkušeností z dřívějšíka. Ty mohly být rázu sociálního, ke kterým došlo vzhledem k jejich problémům s komunikací. Dále může být obtíž v míře snahy, která byla příliš vysoká, a vedla k další atace. Někdy jsou od zaměstnání také zrazováni blízkými rodinnými příslušníky, kteří se

obávají zhoršení zdravotního stavu. Zaměstnání přitom může být krokem, který povede k začlenění osoby do běžného života a zvýší tím jeho kvalitu. *„Myslím, že jim chybí právě ty věci, které práce přináší. Ten kontakt s těma lidma. Jakože vše, co oni potřebují, by se dalo sfouknout tím, že oni by šli do práce“.*

Jako nejvýznamnější kategorii v této části výzkumu lze stanovit kategorii „Vyrovňávání se s nemocí“, přičemž subkategorie „**Ochranná bublina**“, která je nejčastěji v přímé souvislosti s ostatními kategoriemi, byla stanovena jako centrální kategorie. Ochranná bublina, tedy určitá strategie jak zvládat nemoc a obtíže s ní spojené rutinním přístupem a omezením co největšího počtu nových a nezvyklých situací sice může vést ke stabilizaci zdravotního stavu jedince, ale zároveň vede k izolaci a sociálnímu odcizení jedince i jeho rodiny, a tím dochází k sekundárnímu poškození z nemoci.

7 SROVNÁNÍ VÝSLEDKŮ

Výpovědi polostrukturovaných interview se s výsledky ohniskové skupiny v určitých oblastech významně shodovaly s výpověďmi v interview, v jiných se zase značně rozcházely. Cílem této kapitoly je shrnutí těchto vzájemných shod a rozdílů. Zároveň se pokouší o jejich srovnání. Na prvním místě jsou vždy uvedeny kategorie a subkategorie získané analýzou polostrukturovaných interview a na místě druhém výsledky ohniskové skupiny.

Za nejvýznamnější kategorie lze považovat kategorie „Jak nás vidí blízcí“ a „Za vším stojí rodina“, které jsou navíc ve značné souvislosti s kategoriemi „Když se nemoc objeví“ a „Vyrovňávání se s nemocí“. Všechny tyto kategorie zdůrazňují důležitost blízkých a kvalitních sociálních vztahů, které jsou nezbytné pro úspěšný průběh léčby a následné resocializace. V obou částech výzkumu se zobrazila značná závislost postižených osob na blízkých rodinných příslušnících. Ta je jednak v rovině emocionální, ale také finanční. Druhá část výzkumu také zobrazila možnou závislost rodinných příslušníků na jedinci. Tato závislost bývá rovněž nejen ekonomická, ale také sociální a emocionální. Příčinou mj. může být vybudovaná tzv. „ochranná bublina“, která se zobrazila v obou částech výzkumu. Zatímco v interview se ochranná bublina, tedy určitá ochrana proti sociálním vlivům, které mohou způsobit zhoršení zdravotního stavu, zobrazila pouze u osob samotných, výsledky ohniskové skupiny poukazují na skutečnost, že může zasáhnout celou rodinu. Tato rozdílnost ve zjištění může poukazovat na fakt, že jedinci samotnými nejsou jejich blízcí považováni za postižené osoby.

Aspekty léčby a především počátečního odmítání léčby, zejména její farmakologické části, se shodně zobrazily v kategoriích „Léčba a její sociální aspekty“ a „Léčba“. Odmítání léčby psychofarmaky bylo potvrzeno u všech osob účastnících se interview a bylo rovněž potvrzeno výsledky ohniskové skupiny. Odmítání léčby je často důsledkem obav z možných nežádoucích účinků psychofarmak a jejich vlivu na kvalitu života. Jedná se především o změnu tělesné váhy a celkový útlum. Přijetí léčby může pramenit buď z rozumového zjištění, že léčba je nezbytná, nebo z obav z dalších atak nemoci a hospitalizace. Obě části výzkumu potvrdily také možnost, že se jedinec vzdá tlaku okolí a nemoc „na jako“ přijme.

Otázky partnerství a lásky se znázornily v podobných kategoriích „Láska a partnerství“ a „Partnerství a rodičovství“. Otázky rodičovství se první části výzkumu dále rozvádí v subkategorii „Nemoc jako zloděj“. Obě části výzkumu hovoří o strachu z partnerských vztahů. Podle výsledků interview všechny osoby chtějí svůj život sdílet v blízkém partnerském svazku, ale většina z nich pociťuje strach ze zklamání a selhání v očekávaných sociálních rolích a tím následného zhoršení zdravotního stavu. Naopak ohnisková skupina zdůraznila především úzkost a strach, které a priori nemocní zažívají. Rozdíl se ukázal také v otázkách k rodičovství. Podle první části výzkumu participanti po vlastních dětech touží a jejich absenci považují za ztrátu. Naopak podle výsledků druhé části výzkumu často touhu po dětech převyšují obavy a strach. Výsledky výzkumu u individuálních interview poukázaly na fakt, že partnerský vztah a manželství zpravidla nevydrží. Naopak ohnisková skupina zmiňuje zkušenost, že některá manželství vzniklá před první atakou dokázala vydržet. Tento fakt se netýká nemanželských svazků.

Důležitost širšího sociálního okolí se současně prokázala v kategoriích „Ti ostatní kolem nás“ a „Oni a ostatní“. Tyto kategorie zdůrazňují především otázku přátelských vztahů. Rozdílnost se ukázala v pojmání přátelských vztahů z doby před onemocněním, které jsou dotazovanými osobami přijímány jako přátelství, podle názoru participantů ohniskové skupiny se jedná spíše než o skutečný přátelský vztah o určitou setrvačnost a soucit ze strany přátel. Shodně se prokázalo denní centrum Horizont jako důležité místo k navazování sociálních vztahů, které jsou ale obvykle realizovány pouze v samotném zařízení, kdy se jedinci mimo prostory Horizontu a jeho akce prakticky nesetkávají. Obě části výzkumu také prokázaly, že pokud dochází k navázání nových přátelských vztahů, tak téměř výhradně s osobami s podobným postižením.

Částečná podobnost je v obsahu kategorií „Jak to vnímáme my“ a „Normální život“. Obě části výzkumu hovoří o problematice návratu do běžného života. Nikdo z dotazovaných osob účastnících se interview nepotvrdil, že by se mu povedlo vrátit do normálního života, tedy života podobného tomu, jaký vedli před první atakou. Podle respondentů ohniskové skupiny je takový návrat za určitých podmínek možný. Je to v případě, že si kriticky zváží, co je pro ně normální život, a stanoví si reálné cíle. Značnou roli také hraje doba vzniku a míra onemocnění. Pokud onemocní člověk dospělý, s vytvořeným sociálním zázemím, je podle terapeutů jeho integrace do života možná ve vyšší míře než u člověka mladého, bez vybudovaného stabilního sociálního zázemí.

Potřeba jistoty a bezpečí byla vyjádřena v kategoriích „Jistoty“ a „Zaměstnání před a po“ a v kategorii „Jistoty nebo nejistoty?“. V obou částech výzkumu se jako prvek jistoty zobrazil pobíraný invalidní důchod. Jako jistota je participanty první části výzkumu vnímána možnost společného bydlení s rodinou. Zaměstnání pro ně představuje mimo jistotu také zdroj úzkosti, a to především kvůli obavě ze ztráty invalidního důchodu, a také ze strachu z nových sociálních vztahů. Druhá část výzkumu upozorňuje na fakt, že invalidní důchod může působit také jako stigmatizující prvek.

Byla zachycena významná shoda ve stanovených centrálních kategoriích obou částí výzkumu. Těmi byla stanovena kategorie „Jak nás vidí ostatní“, především její subkategorie „Ochrana rodičů“, která je nejčastější v přímé souvislosti s ostatními kategoriemi. Tato subkategorie vypovídá o značné závislosti jedince na rodině. Dále o určité ochraně, kterou udržují rodinní příslušníci kolem svého postiženého člena z obavy před návratem onemocnění. Ta se projevuje především sociální izolací, odebíráním zodpovědnosti a přehnané kontrole jedince. Druhou centrální kategorií je kategorie „Vyrovňávání se s nemocí“, a to subkategorie „Ochranná bublina“, což je určitá strategie zvládnání nemoci, která je vytvořená postiženým jedincem či jeho rodinou a vede ke zvládnání nemoci a obtíží, které jsou s ní spojeny. Tento postup může vést k udržení stabilního stavu, ale zároveň vzniká riziko sociální izolace jedince i jeho nejbližší rodiny.

8 ODPOVĚDI NA VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Na základě cíle výzkumu byla vymezena obecná výzkumná otázka:

Jaké jsou nejvýznamnější faktory ovlivňující resocializaci osob s psychotickou poruchou ve stadiu remise?

Ta byla pro svou obsáhlost rozdělena do dílčích otázek, na které byla hledána odpověď prostřednictvím výše popsaného kvalitativního výzkumu. Vzhledem k rozsáhlosti výzkumné oblasti se zobrazila také řada zajímavých aspektů, které nejsou přímo spojeny s procesem resocializace, ale mohou se vzájemně ovlivňovat.

- *Jaké jsou nejvýznamnější aspekty resocializace osob s psychotickou poruchou ve stadiu remise v užších a širších sociálních vztazích?*

Mezi nejčastější hlediska vážící se k znovuzачlenění osob po prodělané psychotické atace ve stavu remise patří především přijetí a vztah s nejbližší rodinou. Osoby často setrvávají ve společné domácnosti s rodiči, případně sourozenci. Jedná se sociální okruh, který osoby zpravidla dobře přijal. Někdy pocítují menší zájem ze strany blízkých příbuzných, než by rádi přijímali. Toto nejbližší sociální okolí může působit jako významný prvek v procesu léčby a znovuzачlenění do života, což, pokud rodina dobře fungovala a podporu k přijetí nemoci poskytovala, si je osobami zpravidla uvědomováno. Mezi negativní prvky společného soužití může spadat přehnaná péče, zbavení odpovědnosti za některé složitější úkony a vytvoření určité ochrany kolem nemocného. Ta sice může primárně potlačovat zhoršení onemocnění a předcházet opětovným atakám, ale současně může vést k odcizení se širšímu sociálnímu okolí, nejen pro jedince samotného, ale i pro jeho blízkou rodinu, čímž může dojít k sekundárnímu poškození z nemoci. Může také dojít k určitému vyčerpání, kdy se nemocný i jeho rodina „vzdá“, což může být také důvodem sociální izolace jedince a rodiny, která s sebou přináší nepopiratelná rizika.

V širších sociálních vztazích mohou obecně způsobovat obtíže časté problémy s komunikací a s orientací v sociálních vztazích, které jsou pro osoby s chronickým psychotickým onemocněním typické. Samotná povaha nemoci a její především negativní příznaky, které často přetrvávají i po odeznění akutní fáze nemoci, znesnadňují návrat mezi přátele, vrstevníky a do dalších sociálních skupin. Významnou roli hraje také uzavření se jedince i jeho rodiny vůči okolnímu světu do tzv. „ochranné bubliny“.

Nové přátelské vztahy jsou navazovány jen obtížně. Pokud vznikají, jedná se zpravidla o přátelství s osobou s podobným postižením. Obvykle se tyto přátelské kontakty odehrávají pouze v místech, kde se lidé setkávají (denní centra, léčebny) a neprostupují do každodenního života. Některé osoby udržují kontakt s přáteli, které měly před první atakou, ale často se jedná jen o určitou setrvačnost či lítost ze strany přátel, než skutečný partnerský vztah. Onemocnění vede obvykle k odtržení se od vrstevníků, což má celoživotní důsledky projevující se i v jiných oblastech života, jako je láska a zaměstnání.

Důvodem odcizení může být nejen „ochranná bublina“ vytvořená jedincem a jeho rodinou jako snaha zabránit onemocnění, ale také výrazné negativní zkušenosti v sociální oblasti, které jedinci zažívají, především z řad osob, které o nemoci nevědí, anebo osobu neznaly před propuknutím nemoci.

Pro překonání první ataky nemoci se dotazovaní museli podle svých výpovědí spolehnout především sami na sebe. Podpora, kterou pocítovali od okolí, byla nedostatečná. Pokud jim byla projevována, tak především členy primární rodiny, od rodičů a sourozenců, případně od prarodičů. Z vnějších sociálních vztahů určitou podporu pocítovali od kolegů ze zaměstnání, kde pracovali před první atakou nemoci. Za prvky znesnadňující jejich návrat považovali nedůvěru ze strany blízkých a malý zájem o ně. Dále se jednalo o obavy z budoucnosti, strach z cizích osob a stigmatizace.

- *Jak se psychotická porucha odráží v partnerských vztazích a jaký vliv na resocializaci to obnáší?*

Lidé s diagnózou psychotické poruchy jsou obvykle bez partnera. Po lásce a partnerství obecně touží, ale zároveň je pro ně představa partnerského svazku spojena s úzkostí. Ta pramení především z obavy, že nebudou schopni dostát očekávané sociální roli. Partnerská role je pro ně často a priori spojena s rolí rodičovskou a tyto dvě oblasti nedokáží od sebe oddělovat. Obtíže v navazování partnerských vztahů jsou také rovněž způsobeny obtížemi s komunikací a správnou orientací v sociálních vztazích. Významný vliv hraje také uzavřenost jedince a případně celé rodiny v „ochranné bublině“.

- *Jaké je pracovní uplatnění osob s psychotickou poruchou ve stavu remise a jaký vliv to má na průběh jejich začlenění do společnosti?*

Mezi základní ovlivňující faktory, stejně jako u jiných výzkumných otázek, se řadí přítomnost „ochranné bubliny“ a s ní spojená izolace a obavy z navazování nových sociálních vztahů, dále obecné obtíže s komunikací a orientací v sociálních vztazích, což může způsobovat obtíže při hledání a udržení pracovního místa. Osoby zažívají také obavy o ztrátu invalidního důchodu, kterou vnímají jako důležitou jistotu. Často je od zaměstnání zrazuje přímo nejbližší rodina ze strachu před opakovaným návratem onemocnění a také opakující se neúspěchy spojené s hledáním a udržením pracovního místa. Pokud přeci jen pracují, jedná se o chráněná pracovní místa, anebo práci v chráněných dílnách. Zaměstnaní jedinci hodnotí svou docházku do zaměstnání za výrazně příznivou, a to především díky možností setkávat se s jinými lidmi.

- *Jaké jsou další významné aspekty života osob s psychotickou poruchou ve fázi remise*

Ve výzkumném projektu se zobrazily také další zajímavé psychosociální aspekty vázící se k psychotickým poruchám. I přes to, že se přímo nevztahují k resocializaci samotné, existuje mezi nimi určitá nepřímá souvislost s procesem znovuzачlenění se do života.

Na počátku byla léčba některými pacienty přijata pod tlakem, kdy rezignovali na sociální tlak svého okolí. Velká část osob dospěje k uvědomění si potřeby léčby na základě opakovaných atak a strachu z dalších hospitalizací. U všech osob se zobrazil počáteční odpor k užívání psychofarmak, který byl spojen s nežádoucími účinky léčiv, především celkového útlumu a změny tělesné váhy.

Všichni dotazovaní shodně vypovídají, že nemoc narušila jejich život. Vzala jim „normální život“. Za přínosy pramenící z nemoci považují shodně invalidní důchod, který jim zajišťuje pravidelný finanční příjem. Někteří také hovoří o nemoci jako zkušenosti.

Šest osob žije ve společné domácnosti s blízkými příbuznými. I přes možnost chráněného bydlení o této alternativě uvažuje pouze jedna osoba.

9 DISKUSE

9.1 Diskuse o metodách

Výzkumný projekt probíhal kvalitativní formou, metodou individuálně vedených interview se sedmi osobami, které mají diagnostikovanou psychotickou poruchu, z toho v pěti případech schizofrenii. Ve dvou případech se jednalo o odlišné diagnózy, které mohly vést ke zkreslení výsledků výzkumu. Takto získaná data byla doplněna pohledem terapeutů pracujících v denním centru pro osoby s psychotickým onemocněním metodou ohniskové skupiny. Jedná se o pohled „z druhé strany“, tedy názor osob, které jsou v každodenním kontaktu s nemocnými, ale nejsou zatíženy blízkými osobními vztahy tak, jako to bývá u rodinných příslušníků, což vedlo k zajištění co nejvíce objektivních dat. Ohniskové skupiny se zúčastnilo pět osob ze šesti možných. Jedna osoba se omluvila pro nemoc. Této ohniskové skupiny se pro logistickou obtížnost zúčastnili terapeuti pouze z jedné pobočky zařízení, což mohlo ochudit výsledky výzkumu o jiný pohled na problematiku.

Studie zahrnuje osoby, které jsou sice ve stabilizovaném stavu, ale jejich onemocnění je dlouhodobého charakteru, s průměrnou délkou 18, 5 roku. Dá se tedy předpokládat, že u osob s jednou nebo dvěma ojedinělými atakami průběh začlenění do života probíhá odlišným způsobem a s obecně menšími obtížemi. Dalším limitem se může jevit výběr participantů, kteří byli vybráni výhradně z uživatelů služeb denního centra Horizont. Některé otázky, které byly pokládány v interview, nakonec nebyly zahrnuty do konečné výzkumné analýzy, jelikož se nepovedlo zobrazit relevantní zjištění vztahující se k oblasti resocializace osob. Jednalo se o otázky vztahující se k volnému času a jeho trávení před první atakou a po odeznění akutních příznaků.

9.2 Diskuse o výsledcích

Porovnáním výsledků obou částí výzkumu došlo k následnému zjištění, že podstatné faktory týkající se resocializace osob do společnosti po prodělané akutní fázi onemocnění se ve velké míře shodují. Dotýkají se především užších, ale i širších sociálních vztahů, partnerství, zaměstnání, sociálních aspektů spojených s léčbou, invalidního důchodu a postupů vyrovnávání se s nemocí.

Centrálními kategoriemi, tedy kategoriemi, které jsou v přímé souvislosti s ostatními kategoriemi, byly určeny kategorie „Jak nás vidí ostatní“ a „Vyrovnaní se s nemocí“, a to konkrétně jejich subkategorie „Ochrana rodičů“ a „Ochranná bublina“. Obě tyto subkategorie hovoří o totožném jevu, kdy je kolem jedince postupně budována určitá ochrana před nežádoucími vlivy, které mohou vést k opětovné atace nemoci. Tyto obrany si budují buď jedinci samotní, nebo jsou budovány, či podporovány ze strany nejbližších osob, převážně rodičů. Problémem je, že za takové riziko lze považovat veškeré vybočení z denních stereotypů, a tedy může vést k postupné izolaci a uzavření se vůči světu a znemožnění znovuzačlenění do širšího sociálního okolí. Vede to k bludnému kruhu, kdy nemoc negativně ovlivňuje začlenění jedince do společnosti a následně vzniklá osamělost může negativně ovlivňovat průběh onemocnění. Tento jev se netýká pouze jedince samotného, ale také jeho rodiny, která do izolace může upadat s ním. Obtíže v sociální oblasti a vznik sociálních poruch u osob s psychotickou poruchou rovněž potvrdila již zmiňovaná longitudinální studie z roku 1986 (Schubart et al., 1986, in Roder Brenner, Kienzle, & Hodel, 1993).

Důležitou roli v životě osoby s psychotickou poruchou hraje rodina, jež při správné míře podpory působí jako nepopiratelný stabilizující prvek. Ale zrovna tak, jako může stát rodina za úspěšnou a rychle zvládnutou léčbou, může také působit jako negativní činitel v procesu znovuzařazení do společnosti. Osoby s psychotickým postižením žijí obvykle ve společné domácnosti s rodiči nebo blízkými příbuznými. Tato zjištění potvrzují také výsledky studie E. C. Johnstona (1978, in Cohen, 2002), podle kterých většina osob po stabilizaci zdravotního stavu dává přednost návratu do domácího prostředí.

Často se projevují obtíže v širších sociálních vztazích. Přátele si hledají obtížně, a pokud nějaká přátelství vznikají, tak zpravidla s osobami s podobným postižením, se kterými se setkávají v denních centrech a zdravotnických zařízeních. Taková přátelství jsou pak realizována často výhradně v těchto organizacích a neprostupují do každodenního života. Přátelské vztahy s lidmi z běžné populace, které jsou delšího charakteru, přetrvávají pouze z doby před první atakou nemoci, tedy z dětství, mládí a ranné dospělosti. V souvislosti s obtížemi v navazování přátelských vztahů mohou být výsledky již zmiňovaného výzkumu L. G. Nisensona, H. Berenbauma & T. L. Gooda (2001 in Hooley, 2010), které prokázaly vliv sociálních deficitů na zvýšenou míru negativních projevů až odmítnutí ostatními osobami, což může vysvětlovat obtížnější přijímání, udržování

přátelství a vztahy na pracovišti s osobami z běžné populace. Podobná situace je s partnerskými vztahy, kdy obecně po partnerství touží, ale zároveň je spojováno se značnou úzkostí, která pramení z obavy, že nebudou schopni naplnit očekávanou sociální roli.

Roli v procesu resocializace může hrát také místo pobytu. Život ve větších městech obnáší větší dostupnost odborníků a organizací zabývajících se pomocí této cílové skupině. Anonymita města může vést k sociálnímu odcizení, což potvrzují také výzkumy upozorňující na vyšší míru bezdomovectví u osob se schizofrenií ve velkých městech (Cohen, 2006). Na vesnici, kde si jsou lidé obecně blíží, může být fakt, že se o onemocnění dozví zpravidla celá komunita, pro jedince náročný a stigmatizující. Na druhou stranu to může posílit jeho samotného i jeho rodinu k vyšší motivaci onemocnění zvládnout.

Obecně ve vztazích mohou také obtíže způsobovat problémy s komunikací a orientací v sociálních vztazích, které jsou časté u osob s chronickým psychotickým onemocněním. Slabší verbální úroveň, neverbální dovednosti a asertivní schopnosti u osob se schizofrenní poruchou prokázal rovněž výzkum A. S. Bellacka, M. Sayerse, K. T. Muesera, & M. Bennetta, (1994, in Hooley, 2010). Mírné poruchy komunikace a řeči byly přítom výzkumem N. M. Docherty, J. P. Rhinewine, L. P. Labhart & S. W. Gordinier (1998) rovněž prokázány u rodičů schizofrenních pacientů.

Za nejvýznamnější zjištění této studie lze považovat fenomén „ochranné bubliny“, neboli ochrany budované kolem jedince, a to buď jedincem samotným, anebo jeho nejbližšími příbuznými. Tato ochrana má zabránit opětovnému zhoršení zdravotního stavu tím, že eliminuje všechny faktory, které by mohly podle nich vést ke zhoršení. Je obtížné odlišit, kdy je ochrana jedince nutná a kdy už nadbytečná, a tedy vede naopak k dalšímu poškození jedince a jeho kvality života, potažmo pak celé rodiny. Dochází k postupné sociální izolaci, která se projevuje v oblasti partnerských a přátelských vztahů a zaměstnání.

10 ZÁVĚR

Na základě analýzy dat byla zjištěna řada významných psychosociálních činitelů ovlivňujících resocializaci osob s psychotickou poruchou ve stavu remise. Výzkum také zobrazil další důležité aspekty života osob s psychotickou poruchou, které se nevztahují přímo k samotnému procesu znovuzačlenění těchto osob do společnosti, ale významně ovlivňují kvalitu jejich života.

- Nejblíže rodina začátek onemocnění obvykle dobře přijímá. Její reakce jsou neutrální, nebo spíše kladné.
- Onemocnění bývá osobami přijímáno různým způsobem. U některých osob se zobrazilo přijetí nemoci vlivem tlaku ze sociálního okolí, kdy došlo k určité rezignaci ze strany jedince. U jiných byly důležitými činiteli pozitivní impulzy ze strany okolí.
- Nemocní z počátku odmítají léčbu a nerozumí její nutnosti. Objevuje se odpor vůči farmakologické terapii. Jako důvod jsou uváděny především nežádoucí účinky, přibývání na váze a psychomotorický útlum. Obavy jsou také pociťovány z narušení sociálních vztahů. Přijetí léčby vychází z rozumového zjištění, ze strachu z dalšího zhoršení nemoci nebo opakovaných hospitalizací.
- Návrat do života po odeznění akutních příznaků museli zvládnout nemocní sami s podporou výhradně primární rodiny. Někdy byla podpora k překonání tohoto obtížného období pociťována také od kolegů v zaměstnání, kde nemocný působil před propuknutím první ataky nemoci. Naopak návrat jim znesnadňovala nedůvěra ze strany blízkých osob a jejich případný malý zájem.
- Nemoc způsobuje chudobu, která významně ovlivňuje celý pacientův svět. Chudoba je to pak nejen v oblasti ekonomické, ale také komunikační a emocionální. V souvislosti s komunikačními obtížemi jsou časté obtíže v sociální oblasti, kdy se nemocní dostatečně neorientují v sociálních rolích, neví s kým a jak „správně“ mluvit a jak se „správně“ chovat.
- Postižené osoby si uvědomují značné ztráty způsobené vlivem onemocnění. Hovoří především o nemožnosti žít normální život, o absenci partnera, o nemožnosti mít vlastní potomky a zaměstnání.

- Většina osob žije ve společné domácnosti s rodiči případně sourozenci. Rodiče své dospělé potomky obvykle kontrolují v dodržování léčby a nechávají je dělat často jen méně zodpovědné činnosti, což může vést ke vzdání se odpovědnosti za vlastní život.
- Zřejmá je často vznikající závislost na blízkých osobách, a to v rovině finanční, emoční a v oblasti bydlení. Závislost se také zobrazila u blízkých rodinných příslušníků na postižených jedincích, rovněž v oblasti finanční a emocionální. Někteří rodiče si zvyknou na společnost svých dospělých potomků natolik, že se obávají jejich osamostatnění.
- Častým jevem je vytvoření určité „ochranné bubliny“, tedy určitého okruhu stereotypů, které je ochraňují před ohrožujícími faktory, jež mohou nastartovat novou ataku nemoci. Na jednu stranu je to proces, který může skutečně napomoci ke stabilizaci zdravotního stavu, zároveň ale může snadno sklouznout k sociální izolaci jedince, ale také jeho nejbližších rodinných příslušníků.
- Naopak rodina, která poskytuje dostatečnou a vhodnou podporu, může být významným činitelem v procesu zvládnutí nemoci a opětovné sociální adaptaci jedince. Důležitou podmínkou je dostatečně rychlé „smíření“ se s nemocí svého člena a vyhnutí se nevhodným způsobům chování, jako hyperprotektivita, nezáměr, nepřátelské postoje aj.
- Důležitým aspektem pro proces vhodného začlenění je také vytrvalost rodiny, která se i přes vleklou a dlouhodobou onemocnění „nevzdá“ a neuzavře se do „ochranné bubliny“.
- Nemocní touží po partnerském svazku, ale většinou nedochází k naplnění této jejich potřeby. Zároveň s touhou jsou pociťovány značné obavy ze selhání v očekávaných sociálních rolích a také strach z možného zklamání, který by mohl vést ke zhoršení zdravotního stavu. Většina postižených osob hovoří také o touze mít vlastní potomky. Tato touha je zpravidla nenaplněná.
- Přátelské vztahy jsou u osob s psychotickou poruchou značně omezeny. Důvodem jsou obtíže v komunikaci a obtíže se zvládnutím běžných sociálních vztahů a rolí. Problémy způsobuje také fakt, že vlivem nemoci došlo k odcizení se vrstevníkům.
- Pokud přetrvala nějaká přátelství po delší období, jedná se o přátelské vztahy s osobami, se kterými se znali ještě před první atakou nemoci, tedy často z období dětství a

dospívání. Může se ale jednat, spíš než o skutečný přátelský vztah, o určitou setrvačnost či lítost ze strany těchto osob.

- Nové přátelské vztahy, pokud vznikají, tak téměř výhradně s lidmi s podobným postižením. Tyto přátelské vztahy vznikají v léčebnách nebo v denních centrech pro osoby s duševními poruchami. Tato přátelství ale neprostupují do každodenního života, ale „odehrávají“ se téměř výhradně v zařízeních, kde vznikla.
- Za kamaráda pak považují osobu, kterou znají a nemusejí se jí bát. Často ani tak nejde o společně sdílené názory a zájmy, jako právě jen o znalost dané osoby.
- Invalidní důchod a s ním spojená sociální dávka je považována za důležitou jistotu v životě postižených jedinců. Z obavy o jeho ztrátu se často straní možnosti chodit do zaměstnání.
- Naprostá většina osob žije ve společné domácnosti s rodiči, případně sourozenci. Tuto možnost společného bydlení vnímají také jako zdroj jistoty a i přes možnost využívat chráněného bydlení o této alternativě uvažuje pouze jedna osoba.
- Všechny osoby mají zkušenost se zaměstnáním, které navštěvovaly před první atakou nemoci. Obvykle již v premorbidním stadiu nezvládaly práci, na níž měli kvalifikaci, a pracovaly na nižších pracovních pozicích.
- Pokud se dotazovaní po odeznění první ataky vrátili do zaměstnání, měli s kolegy dobré vztahy a cítili od nich podporu. Opačná situace nastala, pokud si našli práci novou a noví kolegové o jejich onemocnění nevěděli. S těmito novými kolegy měli špatné vztahy a často to byl důvod ukončení pracovního poměru.
- Pokud jsou dotazované osoby zaměstnány, tak výhradně na chráněných pracovních místech, anebo v chráněných dílnách. V současné době takto pracují tři ze sedmi dotazovaných osob.
- Při zvládnutí nemoci dotazovaní vypovídají, že se museli spoléhat především sami na sebe. Pociťovaná podpora od okolí pro ně nebyla dostatečná. Pokud podpora byla projevována, tak především členy rodiny. Z vnějších sociálních vztahů potom od kolegů ze zaměstnání, se kterými pracovali před první atakou nemoci. Za prvky, které jim návrat znesnadnily, popisovali nedůvěru a malý zájem ze strany blízkých. Obávali se také budoucnosti, nových osob a stigmatizace.

SOUHRN

Psychotické poruchy jsou jedny z nejzávažnějších duševních onemocnění, které hluboce narušují kvalitu života nemocného v mnoha oblastech. Rozsáhlé a často celoživotní dopady tohoto onemocnění se dotýkají rovněž rodiny a blízkých osob postiženého jedince.

Nejrozšířenějším druhem psychotické poruchy je schizofrenie, která postihuje přibližně 1 % celosvětové populace. Poruchy schizofrenního okruhu jsou diagnostikovány až u 25 % psychiatrických hospitalizací v České republice (Češková, 2006). Jedná se tedy o onemocnění značně rozšířené. Za hlavní příčiny vzniku onemocnění se obecně považují genetická dispozice, biologické vlivy a samotná osobnost jedince, a to v kombinaci se spouštěcími faktory obvykle sociálního charakteru. Příznaky onemocnění se dělí na pozitivní, které zahrnují poruchy vnímání a obsahu myšlení, jež jsou farmakologickou léčbou obvykle dobře zvládnutelné. Dále se jedná negativní příznaky, které osahují především snížení emotivity a volní složky. Tyto negativní příznaky jsou méně nápadné, ale o to hůře léčitelné, s výraznějším dopadem na kvalitu života jedince. Dalšími možnými příznaky jsou projevy v oblasti kognitivní a afektivní. Léčba těchto poruch je z počátku převážně farmakologická, směřující ke zvládnutí pozitivních příznaků. K té se co nejdříve přidává psychosociální intervence, která obsahuje především psychoterapii individuální, rodinnou i skupinovou. Dalšími možnými způsoby jsou podle J. Praška (2005) psychoedukace, rehabilitace kognitivních funkcí, nácvik sociálních dovedností, komunitní péče, zaměstnávání s podporou a chráněné bydlení.

Součástí psychosociální intervence je také resocializace takto postižených osob. Jedná se o proces reintegrace, opětovného získání sociálních návyků a obnovení zpřetrhaných sociálních vztahů. Vhodná resocializace by měla vést ke zvýšení kvality života, k opětovnému získání sociálních kompetencí a znovuzařazení do života co nejvíce podobného tomu, který osoby vedly před první atakou nemoci.

Onemocnění zasahuje do vnímání světa jedince, mění jeho osobnost a prostupuje do užších i širších sociálních vztahů. Značný vliv na míru postižení má podle A. Gupta a R. K. Chadda (2009) délka hospitalizace, věk jedince při vzniku onemocnění a délka trvání neléčeného onemocnění. Porucha může také stát za řadou sociálně patologických jevů, jako

je bezdomovectví, užívání návykových látek a zvýšená míra sebevražedného chování. Jedinci i jejich rodiny bývají postiženy stigmatizací.

Sociálním aspektům psychotických poruch se věnovala řada výzkumů. Jedním z nich je „Expressed emotion“ (EE), neboli míra vyjadřovaných negativních emocí vůči nemocnému ze strany blízkých osob. Vysoké EE bylo prokázáno jako významný činitel relapsu (Butzlaff, & Hooley, 1998). Další teorií je „Dvojná vazba“, kdy v rodinách schizofrenních pacientů probíhala komunikace protichůdných obsahů různými komunikačními kanály, což může vést k emoční ambivalenci, která může být spouštěcím mechanismem psychotického onemocnění (Bateson, 1956, in Höschl et al., 2002).

Výzkumná část této práce si klade za cíl najít a objasnit nejvýznamnější psychosociální činitele ovlivňující znovuzačlenění osob s psychotickou poruchou ve stavu remise. Byl zvolen kvalitativní přístup, jenž nám umožnil hlubší vhled do dané problematiky. Data byla získána ze dvou zdrojů. Nejprve byla uskutečněna polostrukturovaná interview s osobami ve stadiu remise. Účastníci výzkumu byli vybíráni z řad klientů denního centra pro osoby s psychotickým postižením Horizont Zlín a Horizont Kroměříž metodou příležitostného výběru. Jednalo se o čtyři ženy a tři muže ve věku třiceti až padesáti let (průměrný věk osob byl 42, 5 roku, medián 40 let). U pěti osob byla diagnostikována schizofrenie, u jedné osoby organická psychóza a u jedné schizoafektivní porucha. Rozhovory byly uskutečňovány do okamžiku, kdy bylo dosaženo saturace dat a rozhovory již nepřinášely nová data. Dotazovaným osobám byla položena jedna centrální otevřená otázka, která byla následně doplněna dalšími, připravenými otevřenými otázkami. Polostrukturovaná interview byla dále doplněna o pohled „z druhé strany“ zaměstnanců zařízení Horizont Zlín. Tato data byla získána metodou polostrukturované ohniskové skupiny, které byly pokládány předem připravené modelové otázky. Ohniskové skupiny se zúčastnili všichni odborní zaměstnanci tohoto zařízení. Jednalo se o vedoucího, odborného psychologa a tři terapeuty. Obě části výzkumu byly analyzovány samostatně. Pro analýzu dat byla jako nejvhodnější metoda zvolena zakotvená teorie, která byla rámcovým vodítkem.

Na základě analýzy dat se zobrazila řada aspektů, které ovlivňují znovuzačlenění osob ve stadiu remise do běžného života. Za nejpodstatnější lze považovat vytvořenou ochranu, nebo také „ochrannou bublinu“, která se v obou částech výzkumu zobrazila také jako centrální kategorie, jež je vztahu s ostatními kategoriemi. Tato ochrana je budována

buď jedinci samotnými, nebo jejich nejbližšími. Snahou je eliminovat rizikové faktory, které by mohly vést ke zhoršení průběhu nemoci. Ovšem za rizikové jsou někdy považovány i takové oblasti, které jsou nutné k začlenění do společnosti. Rodiče mohou zrazovat své potomky od nástupu do zaměstnání a aktivního trávení volného času. To může být příčinou vzniku izolace jedinců samotných nebo celých rodin. Dalším důležitým fenoménem je závislost, která je zřejmá na blízkých osobách. Tato závislost je nejčastější v oblasti bydlení, ekonomické, ale také emocionální. Závislost se může projevat také z druhé strany, kdy se na postiženém jedinci stávají při dlouhodobé péči závislí jeho blízcí, nejčastěji rodiče. Ti potřebují nejen jejich finanční zdroje, které jim společné soužití s potomky přináší, ale také jejich pomoc a často i společnost.

Značný vliv na proces znova začlenění do společnosti mají užší i širší sociální vztahy. Lidé po prodělání psychotického onemocnění často zůstávají ve společné domácnosti s rodiči, nebo nejbližšími příbuznými, což jsou osoby, které je zpravidla dobře přijaly. V případě, že primární rodina zaujme vhodný postoj k onemocnění svého člena, může být výrazným pozitivním činitelem napomáhajícím k resocializaci. Taková rodina se dokáže poměrně rychle adaptovat na novou sociální situaci a přijmout ji. Důležitá je také vytrvalost rodiny, která se i přes vleklost onemocnění nevzdá a neuzavře se do sebe. Vyhýbá se také extrémním způsobům chování jako je hyperprotektivita, nepřátelské postoje, nezájem. Často zobrazovaným jevem je odebrání zodpovědných činností jedinci, což může vést k omezení odpovědnosti za vlastní život. Vztahy se sourozenci pocitují nemocní obecně za dobré, ale uvítali by více zájmu. Se širší rodinou se obvykle stýkají málo, což může korespondovat se zmiňovanou tendencí se uzavírat.

Častá je absence partnerských vztahů, i přes to, že po milostných vztazích touží. Zároveň je ale tato touha spojena se značnou úzkostí. Obavy zažívají především ze zklamání a z toho, že nebudou schopni dostát očekávaným sociálním rolím, především rodičovství, které je pro ně často a priori spojeno s partnerstvím či manželstvím. Obtíže, které s navazováním partnerských vztahů mají, pramení z komunikačních problémů a z problematické orientace v sociálních vztazích. Významný vliv mívá také zmiňovaná „ochranná bublina“.

V širších sociálních vztazích negativně působí obtíže s komunikací a orientací se v sociálních vztazích, což jsou projevy vycházející z podstaty nemoci. Nové přátelské vztahy navazují jen s velkými obtížemi, a pokud nějaké vznikají, tak s lidmi podobného

postížení. Pokud respondenti udržují přátelské vztahy se zdravými lidmi, jedná se většinou o osoby, které poznali před první atakou nemoci. Otázkou je, jestli se v některých případech nejedná spíše o určitou setrvačnost a lítost. Onemocnění, které propukne často na prahu dospělosti, vede k odtržení se od vrstevníků a má celoživotní důsledky. Obdobná situace se zobrazila u kolegů ze zaměstnání. Pokud osobu znali před první atakou nemoci, přijímali ji dobře, často byla také pocíťována podpora ze strany těchto kolegů. Jednalo-li se o nové kolegy ze zaměstnání, kam jedinec nastoupil až po prodělání nemoci, vztahy byly obvykle popisovány jako špatné. Důvodem odcizení se mohou, tedy kromě zmiňované „ochranné bubliny“, být také výrazné negativní zkušenosti ze sociální oblasti, které jedinci zažívají, především z řad osob, které o nemocnění nevědí, anebo osobu neznali před propuknutím nemoci.

Za podstatné jistoty svého života považují především možnost bydlení s rodiči či jinými blízkými příbuznými, které upřednostňují před chráněným bydlením. Další jistotou je invalidní důchod, který jim zajišťuje finanční příjem. Invalidní důchod ale může být také prvkem znesnadňujícím začlenění do společnosti. Může působit stigmatizačně a zároveň obavy o jeho ztrátu mohou jedince zrazovat od nástupu do zaměstnání, kterého by byl schopen a které by mohlo zvednout kvalitu jeho života v řadě oblastí. Především z tohoto důvodu pracují pouze tři osoby ze sedmi dotazovaných, a to výhradně na chráněných pracovních místech či v chráněných dílnách.

Za nejvýznamnější zjištění považují zobrazení budované ochrany, která může působit jednak jako stabilizující prvek v životě jedince, zároveň ale působí negativně na proces resocializace. Vede k izolaci a osamění, což naopak může zhoršit kvalitu života jedince a průběh jeho onemocnění. Znovuzařazení osob s psychotickou poruchou zpět do života je náročný a dlouhodobý proces, který ovlivňuje celá řada psychosociálních činitelů, a to vždy velmi individuálně u každého jedince. Základem je vhodné přijetí nejen nejbližší rodinou, ale také širším sociálním okolím. Jedině tak může začít žít opět plnohodnotný život, který je nejlepší prevencí relapsu onemocnění.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Aj.	A jiné
ČR	Česká republika
DMS-IV	Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth edition
EE	Expressed emotion
Mj.	Mimo jiné
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MR	Magnetická rezonance
NNO	Nestátní nezisková organizace
OSSZ	Okresní správa sociálního zabezpečení
PL	Psychiatrická léčebna
rTMS	Repetitivní transkraniální magnetická stimulace
Tzv.	Tak zvaná
ÚP	Úřad práce
Vs.	versus

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1	45
Tabulka 2	46

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY

- *Aktualizace MKN-10 s platností od 1. ledna 2013 – aktualizace článku* 28. 5. 2013
Získáno 18. října 2013 z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
- Butzlaff, R. L., & Hooley, J. M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 55(6), 547. Získáno 28. října 2013 z: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=203937>
- Cantor-Graae, E. The Contribution of Social Factors to the Development of Schizophrenia: A Review of Recent Findings. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2007, roč. 52, č. 5, s. 277-286. Získáno 16. října 2013 z: <http://ehis.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=0484be95-e2b8-4e4f-a2a2-af25c4400420%40sessionmgr115&hid=101>
- Cohen, R. (2002). Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi. Praha: Portál.
- *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth edition.* (2005). Washington, DC: American Psychiatric Association. Získáno 10. prosince 2013 z <http://allpsych.com/disorders/dsm.html>
- Docherty, N. M., Rhinewine, J. P., Labhart, R. P., & Gordinier, S. W. (1998). Communication disturbances and family psychiatric history in parents of schizophrenic patients. *The Journal of nervous and mental disease*, 186(12), 761-768.
- Dorner, K., & Plog, U. (1999). *Bláznit je lidské*. Praha: Grada Publishing.
- Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál.
- Gee, L., Pearce, E., & Jackson, M. (2003). Quality of life in schizophrenia: A grounded theory approach. *Health & Quality of Life Outcomes*. 1, 31-41. Získáno 28. října 2013 z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=2a3cc814-aaaa-455e-b3d5-8dfc6abedc35%40sessionmgr4004&vid=1&hid=4207>
- Gupta, A., & Chadda, R. K. (2008). Disability in Schizophrenia: Do short hospitalisations have a role? *International Journal of Psychosocial Rehabilitation* 13(1), 91-96.

- Hartl, P., & Hartlová, H. (2004). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Hell, D., & Fischer-Felten, M. (1997). *Schizofrenie, základy pre porozumenie a orientáciu*. Trenčín: Vydavateľstvo F.
- Hooley, J. M., (2010). Social Factors in Schizophrenia. *Current Directions in Psychological Science (Sage Publications Inc.)*. 2010, 19 (4), 238-242. DOI: 10.1177/0963721410377597.
- Horacek, J., Flegr, J., Tintera, J., Verebova, K., Spaniel, F., Novak, T., ... Höschl, C. (2012). Latent toxoplasmosis reduces gray matter density in schizophrenia but not in controls: Voxel-based-morphometry (VBM) study. *World Journal of Biological Psychiatry*, 13(7), 501-509. Získáno 16. prosince 2013 z: <http://prfdec.natur.cuni.cz/flegr/pdf/mri.pdf>
- Horizont Zlín. (2013). *Centrum služeb postiženým Zlín*. Získáno 26. prosince 2013 z http://www.cspzlin.cz/29/O-NAS_125.aspx
- Höschl, C., Libiger, J., & Švestka, J. (Ed.). (2002). *Psychiatrie*. Praha: Tigris.
- Kalina, K. (1987). *Jak žít s psychózou?* Praha: Avicenum.
- Kališová, L., Raboch, J., Nawka, A., & Černý M. (2013). Kvalita péče o dlouhodobě nemocné umístěné v psychiatrických zařízeních v ČR. Jaké možnosti máme? *Česká a Slovenská psychiatrie*. 108(6), 211-217.
- Malá, E. (2005). *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. Praha: Grada Publishing.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Mohr, P., Bravermanová, A., Melicher T., Rodriguez, M., Čeplová, Z., & Kopřiva, J. (2012). Funkční schopnosti a spokojenost s léčbou pacientů se schizofrenií v České republice: Průřezová studie. *Česká a Slovenská psychiatrie*. 108(6), 279-285.
- Morgan, D. L. (2001). *Ohniskové skupiny jako metoda kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Albert.
- Musil, J. (2005). *Sociální psychologie*. Zlín: UTB ve Zlíně.

- Nakonečný, M. (2003). *Úvod do psychologie*. Praha: Academia.
- Novosad, L. (2000). *Základy speciálního poradenství*. Praha: Portál.
- Pěč, O., Dragomirecká, E., Čechová, D., & Pěčová, J. (2008). Změny v pracovním sociálním začlenění u pacientů propuštěných z denního stacionáře pro léčbu psychóz. *Česká a Slovenská psychiatrie*. 104(7), 343-349.
- Pěč, O., & Probstová, V. (2009). *Psychózy. Psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton.
- Pěč, O. (2009). Psychoterapie u psychóz. *Psychiatrie pro praxi*. 10(2), 76-78.
Získáno 25. února 2014 z:
<http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/02/05.pdf>
- Praško, J., Bareš, M., Horáček, J., Mohr, P., Motlová L., Seifertová, D., & Španiel, F. (2005). *Léčíme se s psychózou*. Praha: Medical Tribune CZ.
- Praško, J., et al. (2011). *Obecná psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Příkryl, R., & Kučerová, H. (2008). Negativní příznaky schizofrenie. *Česká a Slovenská Psychiatrie*. 104(7), 350-357.
- Příkryl, R. (2011). Současný pohled na léčbu negativních příznaků schizofrenie repetitivní transkraniální magnetickou stimulací. *Česká a Slovenská Psychiatrie*. 107(3), 160-166.
- Raboch, J., Zrzavecká, I., Doubek, P., & Anders, M. (Eds.). (2004). *Česká psychiatrie a svět*. Praha: Galén.
- Roder, V., Brenner, H. D., Kienzle, N., & Hodel, B. (1993). *Schizofrenie. Integrovaný psychoterapeutický program pro schizofrenní pacienty*. Praha: Triton.
- Ministerstvo práce a sociálních věcí. (2013). *Sociální rehabilitace*. Získáno 25. prosince 2013 z: <http://www.mpsv.cz/cs/9#sszp>
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- *Souhrnná metodika podporovaného zaměstnávání*. (2005). Praha: Rytmus.

- Strossová, I. (1984). *Skupinová psychoterapie psychotiků v praxi*. Zprávy VÚPs č. 71. Praha: VÚPs.
- Svoboda, M., Češková, E., & Kučerová, H. (2006). *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál.
- Vágnerová, M. (2002). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Yolken, R. H., & Torrey, E. F. (1995). Viruses, schizophrenia, and bipolar disorder. *Clinical microbiology reviews*, 8(1), 131-145. Získáno 19. prosince 2013 z: <http://cmr.asm.org/content/8/1/131.short>
- Zákon č. 108/200 Sb. ze dne 14. března 2006 o sociálních službách.

PŘÍLOHY DIPLOMOVÉ PRÁCE

Seznam příloh:

Příloha č. 1: Formulář zadání diplomové práce

Příloha č. 2: Abstrakt diplomové práce

Příloha č. 3: Tematické okruhy (otázky)

Příloha č. 4: Ukázka interview

Příloha č. 1: Formulář zadání diplomové práce

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

Studijní program: Psychologie
Forma: Kombinovaná
Obor/komb.: Psychologie (PSYB)

Podklad pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
Mgr. NEUMANOVÁ Vendula	Na Včelíně 1665, Zlín	F11284

TÉMA ČESKY:

Aspekty resocializace osob s psychotickým onemocněním

NÁZEV ANGLICKY:

Aspects of resocialization of persons with psychotic disorders

VEDOUcí PRÁCE:

PhDr. Martin Lečbych, Ph.D. - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

1. Seznámení se s manuálem pro psaní diplomových prací na Katedře psychologie FF UP v Olomouci a citačních norem Americké psychologické asociace.
2. Studium odborné literatury z oblasti psychopatologie, sociální psychologie, psychologie rodiny, problematiky duševního (psychotického) onemocnění a resocializace.
3. Zpracování přehledu dosavadních výzkumů - využití databáze EBSCO.
4. Teoretická část práce bude zaměřena na popis a klasifikaci psychotického onemocnění a možnosti resocializace osob ve stavu remise a problematiku sociálních služeb.
5. Osnova teoretické části:
Psychotické onemocnění
- prevalence
- klasifikace
- projevy - pozitivní, negativní
- průběh onemocnění, léčba
- Schizofrenie
Možnosti resocializace
- resocializace obecně (teorie) - oblast sociální, pracovní?
- sociální rehabilitace
- stávající studie zaměřené na resocializaci osob s psychotickým onemocněním
- podpora státu a NNZ
- konkrétní formy pomoci (chráněné bydlení, chráněná pracovní místa, podporované zaměstnávání aj.)
- a příklady z praxe
6. Konzultace výzkumného projektu s vedoucím DP před realizací sběru dat.
7. Výzkumný design. K získání dat budou využity dotazníky a výzkumné rozhovory, případně ohniskové skupiny. Těžší výzkumu bude probíhat prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s cca šesti uživateli (případně doplněné kasuistikami jednotlivých respondentů) - zpracování metodou zakotvené teorie (kódování textu).
8. Výzkumný vzorek. Výzkum bude probíhat v CSS Horizont ve Zlíně a v Kroměříži. Sdružuje osoby s diagnózou psychotického onemocnění ve stabilizovaném stavu, kterým poskytuje sociální služby (sociální rehabilitace). Záměrným výběrem (podle daných kritérií) budou vybráni vhodní uživatelé.
9. Výzkumná část práce se pokusí odpovědět na tyto výzkumné otázky.
Jaké jsou nejvýznamnější příčiny zabraňující úspěšné resocializaci osob s PO ve stádiu remise?
Díčí výzkumné otázky
Jaké aspekty znesnadňují pracovní znovuzачlenění osob s PO ve stádiu remise?
Jaké jsou nejčastější problémy resocializace osob s PO v užších sociálních vztazích?
Jaké jsou nejčastější problémy resocializace osob s PO v širších sociálních vztazích?
Jaký je vliv partnerských (sociálních) vztahů na průběh resocializace osob s PO?

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

Kalina, K. (2001). Jak žít s psychózou. Vyd. 1. Praha: Portál.

Pěč, O., & Probstová, V. (2009) *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton.
Praško, J. (2005). *Léčíme se s psychózou*. Praha: Medical tribune CZ.

Podpis studenta:

Datum:

Podpis vedoucího práce:

Datum:

Příloha č. 2: Abstrakt diplomové práce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Aspekty resocializace osob s psychotickým onemocněním

Autor práce: Mgr. Vendula Neumanová

Vedoucí práce: PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.

Počet stran a znaků: 97 stran, 192 305 znaků

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 42

Abstrakt:

Tato bakalářská práce je zaměřena na problematiku resocializace osob s psychotickým onemocněním ve stavu remise. Teoretická část práce se zabývá psychotickým onemocněním s důrazem na schizofrenní poruchy. Dále se zaměřuje na problematiku resocializace, popisuje sociální aspekty nemoci a možnosti rehabilitačních intervencí. Výzkumná část práce si klade za cíl najít a objasnit nejvýznamnější psychosociální činitele ovlivňující znovuzáclenění osob s psychotickou poruchou ve stavu remise. Bylo využito kvalitativního přístupu. Nejprve byla uskutečněna polostrukturovaná interview s osobami s psychotickou poruchou. Tato byla následně doplněna o výsledky ohniskové skupiny, které se zúčastnili terapeuti denního centra Horizont Zlín. Pro analýzu dat byla zvolena metoda zakotvené teorie, která byla rámcovým vodítkem. Mezi významné výsledky zobrazené výzkumem patří zásadní vliv rodiny na průběh resocializace jedince. Ve vztahu s průběhem resocializace se znázorňují také širší sociální vztahy, přátelství, partnerství a rodičovství a důležitost jistot, jako je pobírání invalidního důchodu, zaměstnání a bydlení. Centrálními kategoriemi byly zvoleny „Ochrana rodičů“ a „Ochranná bublina“.

Klíčová slova: psychotická porucha, schizofrenie, resocializace, sociální rehabilitace

ABSTRACT OF THESIS

Title: Aspects of resocialization of persons with psychotic disorders

Author: Mgr. Vendula Neumanová

Supervisor: PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.

Number of pages and characters: 97 pages, 192 305 characters

Number of appendices: 4

Number of references: 42

Abstract:

This bachelor thesis is focused on social rehabilitation of persons with remission of psychotic disorders. The theoretical part is focused on psychotic disorders with emphasis on schizophrenia. It also describes the issue of resocialization, the social aspects of the disease and the possibility of rehabilitation. The research part of thesis is aimed to identify and explain the most important factors affecting the psychosocial reintegration of people with a psychotic disorder in remission. For evaluation was used qualitative ranking. People with a psychotic disorder has filled out semi-structured interviews. This was subsequently confronted with the results of focus groups from day center Horizon Zlín. For data analysis was chosen method of grounded theory, which has been guiding framework. One of the important results displayed by this research is influence of family for resocialization of the individual. It also shows important role of a wider social relationships, friendship, partnership and parenthood, and the importance of security, such as receiving a disability pension, employment and housing for resocialization. Central categories were chosen "Protecting parents " and " protective bubble".

Key words:

psychotic disorder, schizophrenia, resocialization, social rehabilitation

Příloha č. 3:

Tematické okruhy (otázky) k polostrukturovanému interview

Zajímám se o vaše zkušenosti s psychiatrickým onemocněním a o to, co všechno to ve vašem životě ovlivnilo. Můžete mi říct váš příběh v co nejširší podobě?

- Jaká byla vaše sociální situace před propuknutím onemocnění?
- Jak to probíhalo, když jste se léčil?
- Když jste se začal cítit lépe, změnilo se něco ve vztahu k ostatním lidem (rodina, přátelé, práce, škola)?
- Obával jste se něčeho při návratu do života?
- Povedlo se vám vrátit do normálního života?
- Bylo něco nebo někdo, kdo vám usnadnil návrat?
- Bylo něco nebo někdo, kdo vám znesnadnil návrat?
- Změnily se nějak vztahy s lidmi?
- Jak trávíte volný čas?
- Jak jste trávil volný čas před propuknutím nemoci?
- Změnilo se u vás nemocí něco?
- Je něco, co Vám nemoc dala?
- Je něco, co vám nemoc vzala?

Tematické okruhy (otázky) k ohniskové skupině

- Jaká je podle vašich zkušeností obecná situace klienta s psychotickou poruchou (PO)?
- Co všechno si myslíte, že psychotické onemocnění ovlivní v jejich životě?
- Z čeho mohou pociťovat největší strach, obavy?
- Ovlivní jejich nemoc vztah k dalším lidem (rodina, přátelé, partner, ostatní)?
- Kdo nebo co jim usnadňuje návrat do života?
- Kdo nebo co jim může znesnadnit návrat do života?
- Co partnerské vztahy?
- Jaká jsou úskalí jejich léčby?
- Existují nějaká úskalí ze strany rodiny?
- Co jim nemoc vzala?
- Je něco, co jim nemoc může dát?

Příloha č. 4: Ukázka interview

Ukázkový rozhovor je součástí písemné verze práce.