

Masarykova univerzita
Pedagogická fakulta



Jiří Kosorin

Patopsychologické důsledky duševního onemocnění – schizofrenie

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí práce: Mgr. Tomáš Kohoutek, Ph.D.

Brno 2014

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně pod vedením Mgr.
Tomáše Kohoutka, Ph.D. s využitím pouze uvedených pramenů a literárních zdrojů

v Brně, dne 24.11.2014

.....
podpis

„Schizofrenie je cena, kterou lidstvo platí za vývoj řeči.“ (Crow, 1998).

ANOTACE

Cílem této práce je objasnit pojem schizofrenie a zdůraznit hlavně psychopatologické důsledky této nemoci na člověku. Vymezíme pojem schizofrenie jako nemoci samotné, stejně tak se představí nejčastější formy této nemoci. Bude také vysvětleno, jak tato nemoc vzniká, jaká je její prognoza, nebo jakými způsoby se dá léčit. Probereme si také nejčastější příznaky schizofrenie. V samostatné kapitole pak představíme jednotlivé části mozku a lidského těla, které mohou být tímto onemocněním poškozeny. V praktické části pak co nejlépe zachytím život lidí trpících schizofrenií a to v nejrůznějších oblastech života, které poté interpretuji a srovnávám s ostatními.

KLÍČOVÁ SLOVA

Schizofrenie, symptomy, formy schizofrenie, pacient, léčba, kvalita života, diagnóza, prognoza, porucha, polostandardizovaný rozhovor

ANNOTATION

The real point of this work is to clarify the concept of schizophrenia and emphasize main psychopathological consequences of this disease. I define the concept of schizophrenia as a disease itself and of course the most frequent forms of the schizophrenia. I will also explain how the disease arises and what is the prognosis or how it could be treated. We will also discuss the most common symptoms of schizophrenia. In next chapter I will introduce different parts of human body and brain that could be damaged by this disease. In the practical part I want to show a life of people suffering from schizophrenia in various parts of life. Then I will compare it to other people.

KEY WORDS

Schizophrenia, symptoms, forms of schizophrenia, patient, treatment, quality of life, diagnosis, prognosis, disorder, semi-structured interview

OBSAH

1. <u>Úvod</u>	8
2. <u>Schizofrenie</u>	9
2.1 Schizofrenie – vymezení pojmu	9
2.2 Historie	11
2.3 Příznaky schizofrenie	12
2.3.1 Pozitivní příznaky	12
2.3.2 Negativní příznaky	15
2.3.3 Kognitivní dysfunkce	18
2.4 Schizofrenie u dětí a adolescentů	19
2.5 Epidemiologie	21
2.6 Etiologie	22
2.7 Formy schizofrenie	24
2.7.1 Paranoidní schizofrenie	24
2.7.2 Katatonní schizofrenie	24
2.7.3 Hebefrenní schizofrenie	25
2.7.4 Reziduální schizofrenie	25
2.7.5 Simplexní schizofrenie	25
2.7.6 Latentní schizofrenie	26
2.8 Průběh nemoci	27
2.9 Stigma	29
2.10 Léčba schizofrenie	31
2.11 Psychoterapie	34
2.11.1 Individuální edukace	34
2.11.2 Rodinná psychoedukace ..	34

3. <u>Psychopatologické důsledky schizofrenie</u>	36
3.1 Poruchy vědomí	36
3.2 Poruchy pozornosti	39
3.3 Poruchy vnímání	40
3.4 Poruchy paměti	42
3.5 Poruchy myšlení	44
3.6 Poruchy řeči	46
3.7 Poruchy emocí	48
3.8 Poruchy vůle	50
3.9 Poruchy pudů	50
4. <u>Polostandardizované rozhovory</u>	53
4.1 Metodika rozhovorů	53
4.2 Tématické okruhy	56
4.3 Respondent č.1 „Petr“	58
4.4 Respondent č.2 „Martina“	63
4.5 Respondent č.3 „Milan“	67
4.6 Respondent č.4 „Šárka“	72
4.7 Interpretace	77
4.8 Srovnávací tabulka	78
4.9 Závěr	81
5. Shrnutí	83
6. Literatura	85

ÚVOD

Schizofrenie je z psychotických poruch nejčastější, přesto však nejzávažnější nemoc. V podstatě jí onemocní každý jeden člověk ze sta. Je důležité, aby byli lidé o tomto onemocnění informováni. Když je takto nemocný člověk v našem bezprostředním okolí, není potenciální hrozbou, jak si lidé často myslí, je to jen další člověk, který potřebuje pomoc. I když se schizofrenie musí léčit farmaky, stejně velkou roli hrají psychosociální faktory, na nichž se podílíme my všichni. Schizofrenie je nemoc, která může zapříčinit i smrt. Může se stát i onemocněním, které se vyléčit nedá. Každá její podoba je zcela unikátní, ale i tak stejně nebezpečná. Je to choroba, která je kolem nás, nevíme o ní, může přijít a také nemusí. Nedá se na ni připravit. Hlavním tématem této práce jsou poruchy a potíže, které může schizofrenie vyvolat. Napadá náš mozek, to nejcitlivější, co člověk má. Každý nemocný potřebuje profesionála, stejně tak oporu, která bude stát za ním.

SCHIZOFRENIE – Vymezení pojmu

Abychom si vymezili pojem schizofrenie, je třeba na začátek zmínit, že se jedná o velmi závažné onemocnění. Je to porucha, která zcela vymezuje průběh života daného člověka. Takto postiženému člověku pak hrozí velký problém se sebeuplatněním a seberealizací. Schizofrenik má problémy hned v několika oblastech, v myšlení a ve vnějším projevu chování. To v první řadě proto, že porucha postihuje poznávací funkce, takže se hůře vnímají podněty z okolí. Není přesně dané, kdy se tato porucha u člověka objeví, není vlastně vůbec lehce identifikovatelná. U člověka se může projevit s příchodem do puberty, může se ale také ukázat až u dospělého jedince. Tato nemoc postupně graduje a proto se v mládí jen těžce určuje, zda-li je člověk již v oné době nemocný. Až v dospělosti tak mohou přijít nesnáze ve společnosti, kdy si nemocný člověk není schopný najít profesi nebo partnera. Často pak postižené osoby nemohou pokračovat ve stávajícím životě pro změny v jejich osobnosti a narůstající deficity v mnoha oblastech. Schizofrenie pak snižuje celkovou kvalitu lidského života a má tendenci k chronicitě. (Höschl, Libiger, Švestka, 2004).

Nejtěžší věcí je právě rozpoznat nemoc a začít s léčebnými postupy. Na tomto světě, kdy je každý svým vlastním originálem, je u každého pacienta tato nemoc nesrovnatelná. Pokaždé se může projevovat jinými způsoby. Příznaky jsou sice obdobné, nicméně patopsychologické důsledky jsou vždy zcela výjimečné. Různé druhy schizofrenie, stejně jako rozdílné osobnosti nám tvoří stále nové a nové vazby a charaktery této nemoci. Podobně jako u jiných chorob platí, že po zjištění by se měla léčit co nejdříve, totéž platí u schizofrenie. Je podstatné uvědomit si, že schizofrenie je porucha, která neustále graduje, nestagnuje a obvykle se mění se situací, emocemi a celkovým vnímáním daného člověka. Jakýkoliv další příznak zde může znamenat zhoršení stavu. Schizofrenie totiž funguje na principu celkového stavu člověka. V literárních pramenech, stejně tak jako v různých článcích na internetu lze nalézt psychiatry, kteří píšou o různých druzích a charakterech schizofrenie, se kterými se nikdy nesešli a neustále poznávají jiné. Běžný člověk, který se se schizofrenií ještě nesešel nebo o ní má menší povědomí, by se mohl domnívat, že jde o poruchu osobnosti, o psychicky vyčerpanou nebo dezorientovanou osobu. Musíme si však uvědomit, že schizofrenie rozbíjí osobnost. Každému člověku vytváří osobnost dvě složky, tou první je fyzická složka a pak neméně důležitá, spíše podstatnější, složka psychická. Pokud je tedy psychická složka narušená, člověk jednoduše nemůže fungovat správně. I když jsou lidská

duševní onemocnění známá již stovky let, schizofrenie je známá pro své jemné odchylky v centrální nervové soustavě člověka. Kdyby nebyla tak těžce diagnostikovatelná, už by se dávno vědělo, jak ji dokázat dříve rozpoznat a lépe léčit. Vezněme si v potaz, že schizofrenie patří mezi duševní nemoci člověka jako nejčastější. Bohužel díky ní dochází ke zkrácení délky života. Existuje totiž velké riziko spáchání sebevraždy, to se pak pohybuje mezi 2-4% takto nemocných lidí. Počátek nemoci je však ještě horší, zde je pak riziko 20-40% (Höschl et al., 2004)

HISTORIE

Pokud bychom chtěli přímo vymezit, kam až sahají objevy duševního onemocnění schizofrenie, museli bychom sahat hluboko do historie. Již ve starověkém Egyptě léčili různé druhy psychických poruch, například za pomoci her nebo zpěvu. První důležitou fází byly Fragmenty z Ayu-Védy. Jedná se o dobu zhruba 1400 let před n. l. Jde o starý systém medicíny pocházející z Indie. Již zde byl vytvořen první systém narušení mentálních funkcí. V této době byli takové poruchy dávány za vinu nadpřirozených jevům a silám, například různým duchům nebo dokonce d'áblovi. I Hippokrates se také částečně zabýval schizofrenií, zkoumal ji takovým způsobem, že se lidi postižené touto psychózou snažil oddělit od poruch způsobených alkoholem nebo od epileptických poruch. Já bych ale jako milník považoval dobu, kdy se pro schizofrenii poprvé vytvořila jednotná koncepce.

Tu měli na svědomí pánové Kraepelin a Bleuler. Kraepelin přišel jako první s jednotným systémem symptomů, které sestavil dohromady a mohl tak odlišovat schizofrenii od jiným nemocí, resp. duševních poruch. Proto využil pojem „Dementia praecox“. V roce 1898 přednesl Kraepelin na klinice v Heidelbergu svoje pojetí Dementia praecox, kdy jej jednoznačně odlišil od manicko-depresivní psychozy. Protože však jeho koncepce nebyla hlouběji propracovaná, musel na ní dále pracovat. O pár let později vydává učebnici, kde již jasněji stanovil stav mezi mezi symptomy a prognózou. Kraepelin rozdělil dementia praecox na tři typy: hebefrenii, katatonii a paranoiu.

Kompletně z druhé strany později pracoval E. Bleuler. Byl totiž prvním člověkem, který koncepcy dementia praecox dokázal rozšířit. Bleuler viděl tento pojem jako skupinu duševních onemocnění, které mohou narušit vnímání, myšlení a především citové vazby člověka. Bleuler byl také prvním, který tvrdil, že toto onemocnění je organické. Rozdělil příznaky na tzv. primární a přídatné, kdy mezi přídatné již patřily příznaky jako halucinace nebo bludy. Od druhé poloviny 20. století se o schizofrenii píše všelijak, někdo ji má stále za skupinu onemocnění, někdo také za syndrom nebo reakci osobnosti. Mluví se také ale o dědičném onemocnění nebo formě neurózy.

Dalším velkým přínosem byla koncepce a rozšíření Manfreda Bleuler, ten se zabývá zejména symptomy. Určí jasně, co je skutečně schizofrenie a zavrhuje psychozy, které se jako schizofrenie definovat nedají. Tvrdí, že u schizofrenie nemůže dojít k deterioraci intelektu nebo že takto nemocný člověk má problémy s vědomím. Bleuler také uvádí, že nemocný žije ve dvou rovinách, v jedné, kdy je nemocný a jeví jisté příznaky psychozy a ve druhé, kde žije

normálním zdravým životem. Dále tvrdí, že některé symptomy mohou mít i zdraví lidé, ale ti dokáží potlačovat své příznaky a dokáží tak stále žít harmonicky.

Dlé mého názoru je důležitý závěr expertů WHO, kteří v roce 1957 popisují schizofrenii takto: „*Termín schizofrenie je termínem smluvním a označuje stav, charakterizovaný společnou psychologickou strukturou heterogenních syndromů. Celá diagnostika schizofrenie závisí na psychologických charakteristikách, a pokud jde o podskupiny schizofrenie, je sice zvykem tyto používat, avšak týž nemocný může během průběhu onemocnění jevit prvky a rysy všech podskupin, nebo jen některých a rozlišovat je pouze arbitrání. U schizofrenie jde o hlubokou a zřetelnou změnu celého života nemocného a jde zřejmě o společný výsledek rozmanitých individuálních etiologických faktorů.*“ (Hanzlíček, 1982).

V dnešní době se zase více odkloňuje přístup k schizofrenií, tak jako tomu bylo v minulosti a přistupuje spíše ke zkoumání biologických faktorů nemoci. I v roce 1981 ještě nemá ucelený koncept, vědci si uvědomují, jak široký základ nemoc má a že je to stejná práce a hledání pro psychiatry, imunology, fyziology, biochemiky apod. (Hanzlíček, 1982)

PŘÍZNAKY

Jak jsem zmínil na začátku k vymezení schizofrenie, existuje velká škála příznaků, které lze jednotlivě charakterizovat. Při diagnóze je klíčové je rozpoznat. U pacientů se schizofrenií je nejdůležitější pozorování. Existují i jiné metody, které nám mohou pomoci s diagnózou, všechny jsou však spíše pomocné. Symptomy se dají rozdělit celkem do čtyř kategorií: symptomy pozitivní neboli psychotické, dále symptomy negativní, ty které narušují iniciativu a jsou příčinou sociálního stažení, dále pak kognitivní poruchy, což jsou problémy poznávacích funkcí, jako je paměť nebo pozornost, a v neposlední řadě také symptomy manické. Nyní si tedy vysvětlíme ty nejčastější. (Bankovská Motlová, Španiel, 2011)

Pozitivní symptomy

Pozitivní symptomy, které si níže vysvětlíme, bývají doprovázeny celou řadou dalších projevů, jako třeba nechut' k jídlu nebo problémy se spánkem, pocity strachu, a to velmi intenzivní. Nemocný člověk během těchto pozitivních symptomů může ztratit v horších případech i kontakt s realitou a uzavírá se sám do sebe

HALUCINACE

První nejznámější příznak, který se pojí se schizofrenií, jsou halucinace. Ty se řadí jako nejčastější poruchy vnímání při onemocnění. Zjednodušeně se dá říct, že halucinace znamenají, že postižený slyší nebo vidí, celkově vnímá rozdílné věci než zdravý člověk. Zdravý člověk by nic podobného neviděl a neslyšel, přesto nemocní lidé by je za každou cenu přesvědčovali o opaku. Iluze, jak se dají také halucinace pojmenovat, jsou zkreslené vnímání, které se jeví zcela jinak v realitě zdravého člověka. Toto vnímání je až z 50% sluchové, zrakové halucinace jsou přítomny asi u 15% pacientů. (Bankovská, Motlová, Španiel, 2011) Většinou se jedná o lidský hlas nebo zvuk, který může k nemocnému promlouvat. Někdy se stává, že tyto hlasy nebo zvuky popisují danou situaci nebo stav nemocného,

v horším případě pak dokonce mohou něco přikazovat. Pro lékaře pak existuje několik způsobů chování, díky nimž pozná, že se může jednat právě o halucinace. Například, pokud pacient zírá do jednoho místa a nereaguje na otázky, nebo pokud si v tiché místnosti zakrývá uši nebo vydává zvuky, snaží se tím přehlušit hlas ve své hlavě. Je zcela jisté, že pacient pak zjišťuje a hledá, odkud hlas přichází, může se však stát, a tak tomu bývá často, že se nemocný s hlasem ztotožní a přijme ho za svůj. Může se jednat o zvuk známý nebo takový, který slyší poprvé. Na rozdíl od zdravého člověka, který přijímá zvuk sluchovými orgány, nemocný má většinou jako vstupní bránu a zdroj vlastní mozek a je tak jasné, že se daného zvuku nemůže zbavit. Kromě iluzí sluchových jsou však stejně problematické ty zrakové, tedy vizuální. Je to stejné jako se zvukem, nemocný člověk vidí obraz před sebou často velmi zkresleně, doplňuje si předměty, barvy, často i osoby, které vůbec nevidí. Vše si totiž doplňuje sám mozek. Tyto předměty mohou být jakkoliv zkreslené. Když se jedná o menší objekty, jde o mikropsie, při větších o makroepse, známé jsou však i tzv. déjá vu, které mají i zdraví lidé. Jelikož má ale člověk smyslů více, mohou se u nemocných objevit i halucinace čichové nebo hmatové. Někdy může cítit, že ho pálí v krku, může mít nepříjemné pocity na zádech, jakoby ho někdo škrábal, nebo pocit, že mu stéká tekutina po těle. Při čichových halucinacích cítí nemocný člověk různé pachy, pokud je například na louce plné kvítí, vůně se mu může zkreslit na nesnesitelný zápach (Bankovská Motlová, Španiel 2011).

BLUDY

Dalším příznakem jsou bludy. Zde se pak jedná o patologickou poruchu myšlení, kdy v určité představě mozek nemocného zcela stagnuje a určuje si vlastní pravdu a přesvědčení. U nemocných jsou velmi časté, trpí jimi i více než 90 % nemocných (Bankovská Motlová, Španiel 2011). Blud vzniká postupem času, kdy se mění jeho intenzita. Nejdříve se jedná o vztahovačnost. To se nemocný dostane do stavu, kdy veškeré dění okolo sebe připisuje právě sobě. Má podezření na osoby ve svém okolí, že na něj něco chystají, nebo například pokud přijde k doktorovi, myslí si, že již o něm ten člověk všechno ví a nakonec mu třeba bude chtít zavést pod kůži štěnici apod. Většinou nejde ani o to, že skutečnost není reálná, často se i stává, že představa, kterou si nemocný vybavuje, není ani možná. Mezi nejznámější druhy bludů patří bludy paranoidní. Tyto bludy se většinou projevují jako představy, že pacienty někdo pronásleduje, nebo zkrátka že je něco sleduje. Někdy si takoví pacienti mohou myslet,

a to je velmi častý případ, že v sobě mají sledovací zařízení, které je vždy najde, ať jsou kdekoliv. Známe také bludy zevní kontroly. Pak máme také bludy emulgační, častější pak jsou hypochondrické bludy, kdy je nemocný přesvědčen, že trpí nemocí (ne schizofrenií) a nemůže se z ní vyléčit. Obtížnější jsou však případy, kdy má nemocný bludy, které jsou ve skutečnosti pravdivé, pak je velmi těžké určit, zda-li je onen člověk nemocný. U tohoto typu bludů je klíčové zjistit počátek a zdroj tohoto bludu. Zjišťování přítomnosti bludu je velmi obtížné, protože ve většině případů nejde pacienta přesvědčit, že se jedná o mylné přesvědčení. Většinou totiž bludy, pokud nejsou v pokročilejším stádiu, mohou být zcela lidské, přirozené. Mohou se se totiž stát případy, kdy nemocný začne mít pocit, že je mu žena nevěrná, a později se zjistí, že tomu tak skutečně bylo. Stejně tak existují případy, kdy nemocný tvrdí, že jej pronásleduje kriminální policie v utajení a později se zjistí, že skutečně po něm něco chtěli.

DEZORGANIZACE

Nemocný člověk může také trpět dezorganizací, ta postihuje nejen řeč, ale i chování. Vše je způsobeno poruchami myšlení. U těchto případů je důležité znát míru dezorganizace, protože její přítomnost ještě nemusí znamenat nemocnění typu schizofrenie. Existuje několik druhů této dezorganizace, jako například neologismy. Jedná se o slova, kterým nikdo nerozumí, neboť si je pacient sám vymyslel či vytvořil pomocí jiných slov nebo jejich slabik. Dalším druhem může být inkoherentní řeč. Zde pak mohou dávat slova smysl, ale větná stavba a smysluplnost výpovědí tvoří nesrozumitelné celky. Echolalie je jev, kdy nemocný opakuje slova lékaře. Tangencialita zase závažný jev, kdy nemocný poslouchá slova svého lékaře, ale při nějakém výraznějším slově se pacient chytá tohoto slova a přenáší téma konverzace právě na něj. Časté jsou také zárazy, kdy nemocný mluví a mluví, a pak najednou, když chce zmínit důvod, mlčí a už nic říci nechce, zároveň má pocit, že vše zmínil. Poslední věcí, kterou bych zmínil, je mutismus, kdy se jedná o stav, ve kterém pacient již vůbec nemluví a pouze mlčí (Bankovská Motlova, Španiel, 2011).

Negativní symptomy

Negativní příznaky většinou mají vliv na pacienta stejně jako pozitivní, to znamená, že se nikdy nestane, že by měl nemocný schizofrenik pouze jeden druh příznaků. Mezi nejčastější symptomy patří ztráta iniciativy, chudost řeči, problémy emotivity. Negativní příznaky nastupují hned po odeznění akutního stavu do stavu, kdy člověk může být již relativně klidnější. Taková osoba se ale pak stává být spíše apatickým.

VYCHUDLÉ MYŠLENÍ

Vychudlé myšlení je případ, kdy nemocný člověk doslova nemůže popisovat různé situace a myšlenky, protože neví, jaké slova použít. Má omezenou slovní zásobu a často pak toto vychudlé myšlení přeroste v naprosté mlčení, nebo pak v jednoslovné výpovědi.

EMOČNÍ ZPLOŠTĚLOST

Opakem vychudlé řeč je tzv. emoční zploštělost nebo jednodušeji porucha emotivity, která nám nedovoluje vyrovnat se se svými pocity správně. Jedná se o stav, kdy se kontrasty stávají pro nemocné podobnější a podobnější a pacient má problém cokoli prožívat nebo cítit. Pak se stává, že to dobré je stejně jen průměrné a to zlé vlastně není tak zlé apod. Všechny tyto emotivní poruchy mohou končit sebevraždou. Někdy jsou nepostřehnutelné, jindy zase velmi hluboké, až pro nemocného bývají nesnesitelné. Nemocný pak může být ve svých emocích tak zmatený, že kromě kontrastních emocí, které se zcela srovnají, se vnímání těchto emocí může úplně otočit. Příkladem může být třeba, když osoba mluví o věcech vesele, přestože popisuje věci, které jsou smutné nebo i tragické a naopak. Tyto stádia mohou přejít až v apatii, kdy člověk přijde o všechny složky emocí.

PSEUDOFILOZOFOVÁNÍ

Pseudofilozofování je takovým příznakem, kdy se nemocný věnuje spíše ontologickým otázkám, tedy přejímá o smyslu života a smyslu bytí a vlastně všeho. Snaží se najít smysl i v banalitách všedního života. Jediný rozdíl od takového filozofování zdravého člověka je fakt, že nemocný vlastně nikdy k ničemu logickému nepřijde a poté se vlastně vrací na začátek a stále dokola.

ABULIE

Velmi závažným příznakem schizofrenie je tzv. abulie, kdy se jedná o poruchu vůle. V těchto případech nemocný často ztrácí kontrolu nad svým životem, svými zvyky, hodnotami. Nemocný se například nemůže k něčemu odhodlat, donutit k něčemu, a to se často jedná o velmi obyčejné věci, které souvisí například s osobní hygienou, domácími pracemi apod. Hypoabulie také určuje, že nemocný se občas může překonat a rozhodnout se, že něco začne dělat, že by chtěl, ale nejde to. Chybí mu vůle a tak to nakonec vzdá, protože uzná, že to není důležité.

Velmi podobným příznakem jsou sebevražedné aktivity, protože se také jedná o poruchu vůle. V těchto případech může nemocný páchat sebevraždy i bez bludů kvůli maličkostem, většinou jsou však tyto lidé již paranoidní, trpí bludy a sebevraždu berou jako únik.

Podobným násilným příznakem je agresivita vůči okolí. Nemocný člověk tak nejedná však úplně dobrovolně, trpí bludy, je paranoidní, slyší hlasy, které mu přikazují ubližovat lidem, a tak mohou člověka z ničeho nic napadnout, často to také končí přímo zabitím nebo vraždou.

Insomnie je velmi častým příznakem, který není nijak agresivní, přesto však způsobuje mnoho problémů a může vést až k velké depresi, halucinacím apod. Insomnie je porucha spánku, kdy nemocný nemůže za žádnou cenu usnout a často tak musí brát prášky na spaní. Někdy se jedná o trhaný spánek, kdy nemocný sice usne, ale probudí se za chvíli. Nejhorší jsou pak případy, kdy člověk nemůže usnout několik dní.

Podobným příznakem jako hyperaktivita může být tzv. psychomotorický neklid, kdy nemocný dělá určitou věc, i když je v situaci, kdy nemusí nebo nesmí. Nemocný třeba nedokáže stát na místě a chodí stále dokola, nebo nedokáže poklidně sedět na jednom místě déle než pár minut.

Kognitivní dysfunkce

Problémy s pamětí nejsou ojedinělé a jejich výčet je opravdu dlouhý. Kromě problémů s komunikací kvůli výpadkům nebo zpracováním menších úkolů je také snížena schopnost se učit, protože jedinec zapomíná důležité podněty. Nemocný člověk nemůže racionálně jednat a postupovat, aby dosáhl svého cíle. Nikdy nebude schopný najít tu správnou cestu, i když se zcela jistě bude snažit. Jde o poruchu pochopení, interpretace a udržení kontextové informace, kterou je nutno aktivně podržet v mysli ve formě použitelné k přiměřené behaviorální odpovědi (Cohen, Servent-Schreiber, 1992). Dále bych rozvedl kognitivní dysfunkci týkající se pozornosti. Tyto problémy mohou být spouštěcím mechanismem právě pro výpadky paměti apod. Pacienti se nemohou soustředit a to i kvůli maličkostem. Dokonce, i když jsou při testování v naprostém klidu, menší zvuk je může zneklidnit až na dlouhé minuty a někdy se po odeznění do stavu klidu ani nemusí vrátit. S nepozorností souvisí nemožnost vykonávat i lehké motorické úkony. Nemocný například nemusí vykonat ani jednoduchý pohyb těla, protože mu přijde složitý a zdlouhavý a tak, když ho chce předvést, předvede zcela jiný pohyb, a to navíc trhaným způsobem, aniž by si vlastně cokoliv uvědomoval. Tato postižení lze měřit a ověřovat různými neuropsychologickými testy typu MATRICS. Tyto testy vznikly z důvodu, aby bylo schopné průběžně testovat, jestli se kognitivní funkce vrací do normálu, nebo jestli se stav zhoršuje (Bankovská Motlová, Španiel, 2011).

Vztah mezi těmito kognitivními dysfunkcemi a samotnou nemocí je více než souvislý. Například ztráta sociálních schopností a dovedností je přímo závislá na dysfunkci řeči a zpracování informací a signálů. Například mylné sluchové vjemy, zvané halucinace, které

nemocný může slyšet znehodnocující vnitřní řeč. Tu má každý člověk a spadá do pracovní paměti. Tyto sluchové halucinace se mohou projevit v případě, kdy dojde k dysfunkci zpracování informací. Podobně je na tom jedinec s bludy. Vezměme si, že někteří zdraví jedinci často egocentricky vztahují na sebe všechn svůj úspěch a vinu odklání na druhou stranu, na ostatní. Již dříve bylo popsáno, že bludy mají být výsledkem poruchy pravé hemisféry. To pak zapříčiní třeba to, že jedinci mají problém s identifikací čehokoliv známého.

Schizofrenie u dětí a adolescentů

Není to ani tak dlouho, kdy byly publikovány první práce o schizofrenii u dětí. V podstatě se jedná o období první světové války. V dětství se hlavně zkoumají nejrůznější symptomy nebo celkový průběh a stanovují se prognózy. Právě od pana Krapelina se používalo dříve označení „rozštěp mysli“. Dnes už se ví, že problém je samozřejmě hlubší a je potřeba ho dále zkoumat. Poruchy pozornosti, přísunu informací, halucinace, problémy s komunikací nebo poruchy emotivity jsou prvními příznaky. Nemocný ztratí vztah k okolí, protože ztratí vztah sám k sobě. U dětí je diagnostikování zcela jasné jako u dospělých. Příznaky mohou být totožné, jen je u dětí o dost těžší jejich diagnostika. Problém je v tom, že u dětí se předpokládá, že jejich vývoj stále probíhá a proto v určitých oblastech jako jsou interpersonální vztahy nebo schopnost komunikace a sociálních dovedností nejsou na vysokém stupni. U dětí se mohou objevovat mnohem jiné symptomy, jako například sociální izolace, když se bavíme o dětech, ale i o adolescentech. Pokud vezmeme v potaz ty starší, může se jednat o opakované selhávání při hledání práce nebo při studiu. U obou skupin pak můžeme pozorovat problémy v každodenních činnostech, jako jsou domácí práce nebo špatná hygiena. Další komplikace pak mohou nastat, když se jedná o slušné chování, vhodné oblékání nebo víru v něco abnormálního nebo neexistujícího. Nemocní často ztrácí iniciativu a celkově vůli poslouchat a tvořit nové hodnoty. U dětí je velmi časté, že nedokáží kontrolovat své emoce, často pláčou nebo se smějí něčemu, co vtipné není. Často jsou nepřiměřeně agresivní a to může vést až k sebepoškozování. Uváděny jsou také odchylky

v pohybu, kdy například dítě nechodí rovně, opatrně našlapuje. Měli bychom však vědět, že zatímco u osob, kterým je 30-40 let se nemoc podaří diagnostikovat skoro vždy, u dětí, kterým ještě nebylo 10 let, je správná diagnóza určena pouze v 1% případů. Když se zaměříme na souvislost schizofrenie s pohlavím u dětí, tak zatímco v pubertě nebo adolescenci je poměr stejný, tak v předškolním nebo raném školním věku je diagnostikováno více chlapců s touto nemocí, a to téměř dvojnásobně oproti dívkám.

Nejhorší je pak samotný předškolní věk, protože zde se střídají bludy a halucinace v rámci dětské fantazie a zde je také o dost těžší určit, kde je až samotná hranice reality. Může se totiž lehce stát, že dítě je svojí fantazií natolik pohlceno, až zcela ztrácí kontakt s realitou a může se u něj projevit autismus. Stejně jako u autismu se začne hledat počátek této nemoci, například v tragické události, nebo zkrátka velké nepříjemnosti či šoku, které dítě zažilo. Porucha řeči vzniká stejně jako u dospělého poruchou myšlení a vnímání. Když se dítě vtáhne do svého fantazijního světa, kde si upraví pravidla podle sebe, těžko pak může rozumět vztahům a situacím, na které narazí v reálném životě, protože by je řešilo jinak, po svém. Odchytky v těchto situacích se projevují hlavně při kresbě dětí. Často totiž nejsou schopné kreslit obvyčejné tvary, nedokáží nakreslit lidské postavy apod. Je logické, že pokud dítě procitne zpátky do reálného světa, kde pochopí, že je vše jinak a nelíbí se mu to, přestane cítit jakýkoliv vztah k tomuto světu, přestane vyjadřovat emoce, protože pro něj nemají na tomto světě smysl. Když jsou děti malé, jsou často zvědavé, zkoušejí nové věci, ale děti se schizofrenií ztrácí zájem, raději se věnují stále jedné činnosti, preferují samotu, kdy jim nikdo nenarušuje jejich prostředí. V některých případech může dítě dostat strach z obvyčejných věcí, předmětů, které považuje za nebezpečné a to se může jednat o hračky, nebo nábytek. Jsou případy, kdy dítě chce raději spát na zemi, protože si myslí, že je postel příliš vysoko a vystavuje se tak riziku, že spadne (Malá, 1986).

EPIDEMIOLOGIE

Schizofrenie je nemocí, která není pouze nemocí jednoho kontinentu nebo jedné skupiny obyvatel. Tato nemoc se vyskytuje všude na světě. Prevalence se pohybuje mezi vědci podobně, uvádí se, že je to někde mezi 1,4-4,6 osob na 1000 osob (Motlová, 2004). Goldner provedl v letech 1980-2000 dvě desítky studií, při kterých zjistil, že tato nemoc se nachází na všech kontinentech ale s různou mírou intenzity. Například vysoká míra se pohybuje v severním Švédsku, ale také ve Finsku nebo v Chorvatsku. Na druhou stranu jsou místa na naší zemi, kde z nějakého důvodu žijí lidé izolovaně a kde se schizofrenie například vůbec nenachází (Motlová, 2004). Incidence se pak pohybuje mezi 0,16-0,42 na 1000 osob. Velmi zajímavá a přínosná je pak studie WHO, která zkoumala deset zemí. V této studii se zkoumala incidence. Ta byla monitorována po dobu 2 let i v rozvojových zemích, i za výskytu tamních způsobů léčby. Jinak se používali standardizované metody a postupy. Zjistilo se, že 86% pacientů z počtu 1022 mělo první příznaky schizofrenie do roka od prvního kontaktu. První kontakt pak znamenal počátek psychózy. Rozdíly mezi centry byly opravdu obrovské. Tato teorie ale například nezjistila, jestli je výskyt nemoci častější u žen nebo mužů. Lze jen snad říci, že u mužů jde tato nemoc rozpoznat rychleji, protože muži jsou náchylnější k horší formě schizofrenie (Motlová, 2011). V jiných studiích se zjistily i jiné podstatné informace. Například, že nemocní lidé mají vyšší úmrtnost a stejně tak nižší plodnost. Nejedná se pouze o výsledky pacientů se schizofrenií ale celkově nemocnými lidmi s psychotickým onemocněním. Zde je riziko úmrtnosti 2,5-3x větší, než u zdravého člověka (Libiger, 1991).

ETIOLOGIE

Pokud bychom měli zjišťovat pravé příčiny toho, proč člověk onemocní schizofrenií, je důležité vědět, že existují dva silné vlivy, faktory, které jsou určující. Prvním z nich jsou genetické vlivy, ty mají největší význam na nemoci. Druhým vlivem je pak vliv zevního prostředí. I když prevalence osob není tak vysoká, jak jsem zmínil v předchozí kapitole, riziko onemocnění je u lidí, které ho již mají v rodině až desetinásobné. K sociálním faktorům, stejně tak k psychologickým, se přidávají i biologické. Ještě než bych popsal jednotlivě faktory, je potřeba zmínit teorii vlohů a zátěže. Dle mého názoru je velmi zajímavá, protože vzhledem k tomu, že nemáme dané přesné faktory, které dávají vznik tomuto onemocnění, má tato teorie své platné místo. V této teorii se počítá s tím, že schizofrenie vzniká špatnou „spoluprací“ vlohů a zátěže, nebo-li stresu. Prvním faktorem této teorie jsou vlohy, které jsou buď dědičné, nebo je můžeme získat během života. Každopádně tyto vlohy, jakoby už byly předurčeny k tomu, aby selhávali, a to především v zátěžových situacích nebo během stresu. Tento nesoulad pak dá základ ke špatnému vnímání, prožívání a chování (Höschl, Libiger, & Švestka, 2004).

Dědičnost

Genetické predispozice nemají vliv pouze na různé druhy onemocnění, ale také na chování člověka. Je také pochopitelné, že genetika má vliv i na schizofrenii. Je potřeba si uvědomit, že 99,9% genetických informací mají všichni lidé stejných. Pouze 0,1% procenta nás odděluje, přenáší se z generace na generaci a mutuje. Při onemocnění schizofrenií se hledají rozdíly a podobnosti například v rodokmenech, jsou hledány také geny vnímavosti. A i když je proces přenosu neustále monitorován a zkoumán, tak samotný model ještě není zjištěn (Motlová, 2004). Velmi zajímavé jsou pak studie dědičnosti na dvojčatech. Ta ukázala, že dědičnost je cca 60%. Fišar (2001) zmínil několik modelů, které popsal. Prvním je kontinuální model, který spočívá ve vztahu genetických faktorů s těmi vnějšími, tedy enviromentálními faktory. Předpokládá se, že pokud je jedinec silný díky genetickým predispozicím, je velká pravděpodobnost, že schizofrenií onemocní, zatímco pokud je díky genetice méně náchylný k nemoci, záleží pak na vlivech z prostředí okolo něj. Pokud jsou silné, mohou vést k propuknutí nemoci. Dalším modelem může být model výrazné různorodosti. Zde se pracuje se schizofrenií jako komplexem, který je složen z velkého množství emocí. Monogenný

model předpokládá, že největší vliv mají jednotlivé geny, ty způsobují podobnost mezi příbuznými

Vlivy prostředí

Nejenom na nemoci, ale na celkovou kvalitu života mají vlivy okolního světa. Při studiích schizofrenie, stejně tak s přibývajícím počtem nemocných se zjistila velká škála vlivů, které bezprostředně mohou kromě genetických predispozicí za toto onemocnění. Například se zjistilo, že lidí trpících schizofrenií, se narodilo o 5-8% více na jaře nebo v zimě. Stejně tak se zjistilo, že schizofrenií trpí více lidí ve velkých městech, na rozdíl od venkova. Odvíjí se to pochopitelně od hustoty zalidnění, ale rozhodující jsou také vlivy právě velkoměsta. Ve městech je větší riziko nákazy, infekční choroby apod. Jedna studie dokonce prokázala, že během chřipkové epidemie v roce 1957 byla prokázána mnohonásobně větší incidence schizofrenie. Velkým rizikem je také nedostatečná výživa plodu během určitého období těhotenství. Zajímavým faktem je také zjištění, že čím více je otec starší při početí, tím vyšší je riziko onemocnění schizofrenií (Bankovská Motlová, Španiel, 2011). Wahlbeck zase zjistil, že riziko onemocnění je silně spjata s porodní hmotností. Nízká porodní hmotnost totiž může značit retardaci a tím i vyšší riziko onemocnění (Motlová, 2004). Velký význam má také míra stresu. Například prenatální stres. Pokud je matka často během těhotenství ve stresu, také tím zvyšuje riziko onemocnění. Van Os a Selten zjistili, že během německé invaze do Nizozemí v roce 1940 se u matek, které nebyly vystaveny stresu, oproti matkám, které byly, zvýšila incidence schizofrenie u narozených dětí (Motlová, 2004). Stejně tak se zjistilo, že matky, které ovdověly, nezáměrně zvýšili riziko onemocnění schizofrenie pro svého potomka. Velké riziko také tvoří sociální postavení. Je zjištěno, že schizofrenie je také spjata s nízkým sociálním postavením, nebo nízkým vzděláním. Studie zjistili, že u bohatých lidí se tato nemoc projevuje méně, oproti čtvrtím, kde byly sociální poměry znatelně slabší. Mezi důležité faktory patří také návykové látky. Nemocní lidé mají návykové poruchy 4,6 krát vyšší než zdraví lidé. Většinou bylo zjištěno, že schizofrenici využívají návykové látky právě k potlačení negativních symptomů schizofrenie. Během studií v dnešní době se zjistilo, že například marihuana má za následek 8-14 % případů schizofrenie. Studie hlavně prokázaly, že

tento návyk je pro nemoc nejvlivnější v období adolescence, přesto však platí, že čím dříve začne člověk požívat marihuanu, tím vyšší je riziko onemocnění.

FORMY SCHIZOFRENIE

Paranoidní schizofrenie

Prvním a zároveň nejčastějším druhem schizofrenie je paranoidní schizofrenie, klasifikovaná „F20.0“. Tato forma schizofrenie se projevuje hlavně sluchovými nebo vizuálními halucinacemi. U paranoidní schizofrenie se může projevit častá agresivita vůči okolí, protože se například nemocný cítí být pronásledován nebo naháněn. Příkladem také mohou být situace, kdy si nemocný myslí, že něco vymyslel, pak to někde objeví a myslí si, že mu to někdo ukradl z hlavy. Takto nemocní lidé si také mohou myslet, že je někdo neustále unáší a dělá na něm pokusy apod.

Hebefrenní schizofrenie

Hebefrenní schizofrenie, klasifikována jako „F20.1“ je typická ve stádiu, kdy se člověk stává dospělým. To je právě ta nejhorší doba pro diagnostiku, protože se často neví, jestli daný jedinec nekončí pubertu. V tomto věku a u této formy schizofrenie má nemocný sklony k pseudofilozofování, nebo také může přerůst v agresivitu jako u paranoidní schizofrenie. Nemocný také může ztratit citové hodnoty. Často se jedná o přímou dezorientaci člověka, a proto také tato forma bývá diagnostikována jako desorganizovaná schizofrenie. Na rozdíl od paranoidní schizofrenie však zde nejsou typické bludy a halucinace.

Katatonní schizofrenie

Katatonní schizofrenie, „F20.2“ je ze začátku charakterizována jako klasická schizofrenie, pro kterou je typickou porucha psychomotoriky. Jedná se tedy o případy, kdy člověk je nervozní a neklidný. Může zde docházet k tzv. stuporu, kdy se jedná o velmi nepřírozené polohy, které osoba zaujímá. Stupor je většinou příznakem neproduktivní formy, zatímco nadměrná vzrušenost je příznakem produktivní formy.

Reziduální schizofrenie

Reziduální schizofrenie, jako „F20.5“, je typem velmi silné schizofrenie, přímo chronické. Příznaky zde přetrvávají i když nemoc již odezněla. Pacient má stále problémy s myšlením, nicméně nebrání mu to v každodenním životě. Jestliže pacient nereaguje na léčbu, a dokonce i když se může vyléčit, symptomy přetrvávají mnohem déle, někdy i několik let, narozdíl od jiných forem schizofrenie.

Simplexní schizofrenie

Posledním známým druhem schizofrenie je simplexní schizofrenie. Tento druh schizofrenie je nestálý a neustále mění příznaky. Většinou se může jednat o situace, kdy nemocný může trpět insomnií, která vyústí poruchou emotivity, může ztrácet vůli apod. Projevuje se neschopností vypořádat se například s poklesem výkonnosti nebo se sociálním přizpůsobením. Psychotický stav není tak silný jako u předešlých třech forem schizofrenie.

„F20.3“ je zcela odlišný druh schizofrenie, než předešlé typy. Příkladem je pak atypická schizofrenie.

Postschizofrenní deprese, označována jako „F20.4“ je, jak už napovídá název, deprese, která následuje po odeznění schizofrenie, přesněji je však napsat depresivní syndrom,

protože tato deprese někdy trvá velmi dlouho. Tento typ schizofrenie je diagnostikován v případě, kdy měl nemocný dříve schizofrenii, ale v posledních týdnech se u něj zase projevuje úzkost a pocit nejistoty.

Latentní schizofrenie

Pro děti na druhém stupni základní školy je velmi nebezpečná tzv. latentní schizofrenie. Tyto děti nemají problém s přehnanou fantazií, ani nemusí trpět bludy. Většinou mají problémy s emocemi. Někdy to nepůsobí jako problém, jde o případy, kdy dítě začne být až nepřírozeně pořádné, začne dbát o čistotu kolem sebe, často i na místech, kde nejsou doma. Začnou být v podstatě puntičkáři. Takovéto děti mají často i velmi dobrou paměť, dokáží si vybavit vzpomínky a zkušenosti a v dané situaci se z nich poučit. Jedno mají s mladšími dětmi, které trpí schizofrenií společné. I když mohou být velmi dobří, co se týká prospěchu ve škole a zvládnání náročnějších úkolů, mají problémy s někým navázat vztah, často i kontakt. Mají totiž strach, že jim daná osoba může něco provést, ublížit jim. Může se však stát, že kromě rodičů si najdou osobu, kterou přijmou jako svého přítele. To není samo o sobě nijak zlé, ale v těchto případech se nemocné dítě často na tuto osobu upne až moc silně. Potřebuje být neustále s ní, může jí zakazovat bavit se s ostatními, zkrátka se o svého kamaráda nechce dělit. Většinou také chce, aby tento kamarád dělal vše stejně, aby byl stejně zdatný, chytrý, pak si nemocné dítě začne myslet, že je nemůže nic rozdělit. Odmítnutí ovšem může dopadnout až tragicky. Při latentní schizofrenii také dítě ví, co se ve společnosti smí a co se nesmí, ví, co je správné a dobré a co se považuje mezi lidmi za zlé. Protože však má problémy s projevy emocí, často zaběhlé pravidla společnosti nerespektuje. Stejně jako u menších dětí může mít agresivita nebo strach hloubku velmi závažnou. I když jsem na začátku uvedl, že děti, které trpí latentní schizofrenií a děti, které jsou na druhém stupni, nemají problémy s vytyčením hranic mezi fantazií a reálným světem, stává se ale, že si mohou začít reálný svět představovat trochu odlišně, tento svět je pak může pohltit úplně stejně jako děti v předškolním věku.

PRŮBĚH NEMOCI

Předchozích kapitolách jsme si představili, že schizofrenie je velmi nebezpečná nemoc, která má nejrůznější příznaky, je rozdělena na několik forem a může jí onemocnět prakticky každý. Uvádí se, že schizofrenií trpí na 1% celé populace, pokud bychom měli zmínit Českou republiku, tak v roce 2008 byla na ambulancích vyšetřeno na 41 558 nemocných, tedy těch u kterých byla diagnostikována (F20-F29), 54% z toho byly ženy (Bankovská Motlová, Španiel, 2011)

Schizofrenie je onemocnění, které má více období. Tato nemoc začíná vždy tzv. premorbidním obdobím, jedná se zkrátka o období, pro které jsou charakterické odchylky v motorickém a sociálním vývoji a to v prvních letech života. Poté následuje prodromální období. V tomto období se projevují různé zvláštnosti v chování, změny zájmů, změny v hodnotách, sociální apatie, náladovost, pokles výkonnosti. Je to nemoc, u které průběh netrvá několik měsíců, stejně tak její symptomy nezačnou týden před samotnou nemocí. U této nemoci je propuknutí považováno jako ataka psychotických příznaků, které nemocný má. Tyto ataky mohou přijít nejčastěji mezi 20.-30. rokem života. Je ale důležité zmínit, že ataky nejsou tou první instancí propuknutí nemoci. Nejdříve se u pacienta objevují tzv. prodromální příznaky a ty se mohou objevit již během 15. roku života. Mezi nejčastější příznaky tohoto typu patří náladovost, změna zájmů a hodnot, ztráta energie, ztráta iniciativy, podrážděnost nebo samotný neklid. Tyto příznaky mohou začít již 5 let před první atakou. Protože příznaky mohou začít již v období puberty, byť klidně v jejím konci, je velmi těžké odlišit, jestli se jedná o tyto prodromy a nebo jestli se jedná o klasickou změnu během dospívání.

Když už nemoc propukne a dotyčný je hospitalizován, například po těžkém relapsu, je příhodné, aby se pacient snažil rozpomenout, protože je vždy zásadní v jakém stavu se cítil předtím. Je podstatné, aby se hledaly příčiny, neboť ty většinou napomáhají k propuknutí. Často si tak pacient vybavuje stres v práci nebo ve škole, nebo si vybaví událost, ze které byl v šoku apod. Někdy však mohou pomoci blízcí nemocného. Ti mohou potvrdit, že pacient jevil určité známky podrážděnosti, nebo že se stahoval před okolím, měl hluboké deprese apod. Mezi nejčastější příznaky těchto varovných symptomů je například porucha spánku, nesoustředění, nervozita a nechuť k jídlu, která později může přerůst až v nechuť ke všemu.

Také se může zhoršit paměť, hlavně krátkodobá, kdy si pacient opravdu nepamatuje co dělal předchozí den. Velkým paradoxem je, že takto nemocný má často pocit, že může být ve středu zájmu a na druhou stranu ho situace nutí vyhýbat se lidem a stranit se jim.

Doktoři radí těmto pacientům, aby měli u sebe osobu, které mohou všechno říci, protože nikdy není dobré držet vše v sobě. Je stejně tak důležité, aby potlačili stres, vyhýbali se co možná nejvíce všem stresovým situacím. Měli by si jasně stanovit, jak jejich den bude probíhat, včetně spánku nebo jídelníčku. V první řadě by však měli kontaktovat lékaře nebo pohotovost.

I když jsem na začátku zmínil, že tyto varovné symptomy předchází první ataka nemoci, tak jen velmi těžce lze určit, jestli jsou tyto příznaky známkou schizofrenie. Vyjmenoval jsem totiž symptomy, které mohou mít i zdraví lidé, samozřejmě ne v takovém množství, ale když se objeví, nemusí to znamenat, že je člověk duševně nemocný. To však neplatí pro pacienty, kteří již první ataka měli a poté opět trpí těmi příznaky. Ti by totiž měli okamžitě vyhledat odbornou lékařskou pomoc. Kvůli tomuto problému však vznikl program ITAREPS, ten byl v roce 2005 zaveden do klinické praxe. Tento program, kteří vymysleli čeští vědci, je vlastně prvním takovým programem na světě a v současné době se nepoužívá nejen u nás, ale i ve Slovenské republice, Nizozemí nebo Japonsku. Ve stručnosti se jedná o program, který funguje jako prostředník a informátor o stavu pacienta jeho psychiatrovi. Funguje tak, že každý týden vyplní nemocný za dozoru blízké osoby dotazník, který se týká varovných příznaků. Tento dotazník má 10 otázek. Odpovědi ve formě čísel pak se odešlou mobilem programu ITAREPS, ten čísla vyhodnotí. Pokud čísla překračují povolené normy, tak okamžitě tento program posílá psychiatrovi daného pacienta ALERT zprávu s výsledky a s doporučením na okamžitou kontrolu a zvýšení dávek medikací. Pokud během následujících týdnů tyto příznaky poleví, tak stejně tak přijde lékaři zpráva o průběhu a možné doporučení na snižování dávek medikací. Tento program je velmi oblíbený, hlavně proto, že má až neuvěřitelné výsledky. Studie ukázaly, že program ITAREPS je schopný snížit počet hospitalizací o 70% a počet hospitalizačních dní o zhruba 60%.

Dalším důležitým pojmem jsou ataka. Ataka jsou období, kdy se u nemocného naplno objevují všechny symptomy schizofrenie, tedy pozitivní a negativní příznaky, stejně tak kognitivní. Tyto fáze nemoci mohou způsobit naprostou ztrátu nadhledu a také ztrátu s reálným světem. Období může trvat až 6 měsíců. Nastává okamžitá hospitalizace, protože stav je mnohdy velmi vážný.

Ataka jsou období, u něhož lze jen ztěžka vyvodit prognózu. Nikdy se neví co bude následovat. Když odezní ataka, může následovat remise. To znamená, že se pacient vrátí do

stavu před vypuknutím nemoci. Jde o období, které je v podstatě bez příznaků. Neznamená to však, že nemoc zcela pominula, spíše se předpokládá, že u pacienta stále probíhá, ale bez symptomů. Zajímavé je, že pacient se může dostat do tohoto stavu i bez používání medikací. Pokud k tomu dojde, tento stav nazýváme remise spontánní. Když si vezmeme, že některé nemoci, včetně schizofrenie se nemusí podařit vyléčit dlouhé roky, tak období remise, které může trvat i měsíce, jsou pro pacienta vždy částečným, krátkodobým vysvobozením.

Po období remise však může následovat relaps. Jedná se o stav, kdy se nemocný dostane do stejného stavu, rozpoložení, jako když u něj propukla ataka. Období relapsu se také dá popst jako návrat příznaků nebo zhoršení stavu. Schizofrenie je nemoc, která má právě vysokou míru relapsů. V podstatě každý druhý pacient, který používal perorální medikace má frekvenci relapsů alespoň jedenkrát za jeden rok. Normální je pak relaps u 20-30% případů každý rok, samozřejmě i za použití farmakologické léčby. Pokud nemocný trpí pravidelnými relapsy, je riziko dosažení remise menší a menší. Každý relaps zhoršuje účinek léků, léčba po každém relapsu je těžší. Příčiny relapsu ale nemusí souviset pouze s psychologickými faktory. Důležitou roli hraje také okolí nemocného. Pokud nemocného nemá kdo podporovat, je riziko vyšší (Bankovská Motlová, Španiel, 2011).

STIGMA

Schizofrenie je nemocí, která se u spousty lidí jeví jako nebezpečná svému okolí. Společnost si myslí, že každý schizofrenik je potenciálně nebezpečný a může kdykoliv někomu ublížit. V společnosti tedy panuje přesvědčení, že takto nemocné lidi je potřeba udržovat dále od normálních lidí, že je potřeba je prostě izolovat. Myslí si, že jsou neschopní a společnosti nijak nepomůžou a bude nejlepší, když budou v ústavu co nejdéle. Jde o to, že pacient, který onemocní, nemusí tušit, že je nemocný. Může trpět poruchami spánku nebo se cítit víc podrážděně nebo ve stresu, ale nemusí si hned připouštět, že je nemocný. Navíc většina lidí tyto problémy stejně přehlíží. Lidé si vezmou prášek na spaní a myslí si, že až vstanou, bude po problémech. Když pak mají podezření, že problémy přetrvávají delší dobu, tak při naléhání blízké osoby tvrdí, že jde pouze o krátkodobé nešťastné období a většinou to svádí na nervozitu, například v práci, nebo ve škole. Každý nemocný svoji nemoc dlouho tají, má strach, ale většinou ne z toho, co jim nemoc přinese, ale spíše pro jejich nezačlenění do společnosti, jak budou reagovat ostatní, co je znají. Když má někdo zhoubný nádor nebo jiné vážné onemocnění tohoto typu, lidé si myslí, že je to v pořádku, svěří se, ale pokud se

jedná o psychotická onemocnění, má okolí strach. Myslí si, že hned budou odsuzováni, budou za blázny. Tato nemoc plodí stigma. To je právě stav, kdy nemocný má pocit, ví, že pro společnost nebo jen blízké okolí bude nesvéprávný, hloupý, nebezpečný. Je to stav, kdy si nemocní myslí, že už nikdy nebudou normálně žít, kdy budou do konce života hospitalizováni v blázinci. Jenže toto stigma nemůže nikdy pomoci. Právě naopak, tyto pocity pacienta jen vedou k větším škodám, jelikož posílí příznaky, prohloubí se síla schizofrenie. Stigma je zákeřné a může nemocným vzít poslední zbytky naděje, kompletně je může připravit o sebedůvěru, dává jim blok, kvůli kterému se ocitají mimo společnost. I když nemusí slyšet odezvy od ostatním ke své nemoci, nutí je vyhýbat se ostatním, nutí je nevěřit již nikomu jinému, ani lidem, kteří třeba dané osobě celoživotně pomáhali. Je velmi přínosné, že po světě existuje řada institucí a organizací, včetně samotné WHO, které berou tento jev za velmi vážný a naplno se věnují jeho vymáčení. Hlavním programem a bodem těchto organizací při tomto programu je udržení autonomie nemocného a možnost, aby se dokázal rozhodovat o svém životě sám.

Může se objevit nespavost nebo emoční poruchy. Dále pak následuje přímo samotná nemoc, tomuto období se říká „psychotická epizoda“. Zde už jsou vidět příznaky a změny v psychickém stavu člověka, stejně tak v jeho vnímání světa a vnímání sociálních vztahů a vazeb. Následují bludy a halucinace. Nemocní jsou celkově neklidní, úzkostlivý. Většinou ví, že je něco špatně, ale nedokáže to vysvětlit. Když je pacient nemocný, může následovat tzv. relaps, po první epizodě následuje celkové kritické období. Když pomine kritické období, je průběh nemoci zcela odlišný, případ od případu.

LÉČBA SCHIZOFRENIE

I když je schizofrenie velmi vážná nemoc, tak na rozdíl od některých nemocí nemusí být smrtelná a lze ji tedy vyléčit. Většina lidí si ovšem myslí, že psychotické nemoci se vyléčí jen málokdy. Samozřejmě je potřeba, aby byly zavedeny léky a to co možná nejdříve po diagnóze. Poté s nástupem moderních léků jsou prognózy mnohem lepší a nemocný má naději. Jenže léčba není pouze o lécích, je hlavně o přístupu pacienta. Nemocný člověk musí dodržovat přísná pravidla, které mu dá jeho lékař a ty nespočívají pouze v pravidelném brání léku v určitou dobu, ale jde také o správnou životosprávu. Zkrátka nemocný musí mít ve svého lékaře důvěru a hlavně musí věřit, že cokoliv udělá, ať dobré, nebo špatné, ovlivní pouze jeho stav. Někdy mohou nastat komplikace i pokud nemocný člověk dodržuje stanovená pravidla, protože nežije na tomto světě sám. Velký vliv má také prostředí okolo pacienta, například v rodině, v práci, ale také záleží na situacích, do kterých se může dostat.

V každé fázi nemoci však léčba probíhá jinak. Ze začátku, kdy může být stav považován za nejhorší, v akutním stavu, se používá psychofarmakoterapie. Můžeme říci, že ještě před 150-ti lety byla léčba velmi obtížná, protože tzv. antipsychotika nebyla vůbec v oběhu, a tak v akutních stavech pacienta na začátku nemoci nemohly být podávána a léčba se řešila jinak, tedy s mnohem horšími výsledky. Nelze říci přímo s tragickými následky, ale takoví pacienti byly často izolováni ve speciálních zařízeních. Zlom pak znamenal přelom 20./21.století, kdy byla do léčby zahrnuta elektrokonvulzivní terapie. Tato forma terapie byla natolik účinná a přelomová, že se vlastně používá dodnes, protože existuje mnoho forem schizofrenie, které jsou velmi silné a pacient se například léky nedá vůbec léčit. EKT je používána hlavně u stavů extrémní agitovanosti, nebo pokud hrozí nebezpečí suicidia. Jako další milník považují chlorpromazin, což byla látka, která sloužila jako tlumící prostředek při podchlazení člověka a jeho reakce organismu na tuto prudkou změnu. Zjistilo se totiž, že pokud dojde při léčbě k takovému podchlazení, tak spotřeba kyslíku v mozku rapidně klesá, stejně tak klesne metabolismus. Takovéto situace pak sloužily jako ideální k chirurgickým operacím složitějšího rázu. Později však poznatky využili také psychiatři. Schizofrenie byla v té době ne natolik prozkoumanou nemocí, aby se vědělo, jak proti ní bojovat. Proto, když se zjistilo, že tato látka, chlorpromazin, dovede zklidnit pacienty a tím zabrání například častým selháním srdce z důvodu vyčerpání, byla psychiatrie zase o kousek dále. Largactil tedy prvním dostupným, účinným psychotikem v léčbě schizofrenie. Nicméně postupně, když byla

léčiva zavedena do praxe, přišlo se také na to, že tyto psychotika mají velmi závažné negativní účinky, které způsobovaly neurologické komplikace, jako například neuroleptický syndrom. Nakonec se však zjistilo, že psychotika nejsou vůbec tak silnými, jak se na začátku zdálo. Polovině pacientů totiž vůbec nepomohla a některým dokonce stav zhoršila. O 30 let později začala být používána antipsychotika již II. Generace. Tato léčiva se projevovale lépe než ta předešlá, neboť ovlivňovaly více negativních příznaků schizofrenie, stejně tak jako pozitivních, rozdíl byl však také v tom, že bylo méně nežádoucích účinků. Jediným větším problémem pak zůstaly problémy se sexualitou, jak u mužů, tak u žen (Mansour-Mussová at al., 2006, Ťourková et al., 2010). Kromě toho se stejně jako u antipsychotik I. generace objevovaly vedlejší účinky, jako například zvýšená chuť k jídlu a tím i větší hmotnost, zvýšení bdělosti nebo krevního tlaku, rozmazané vidění, zácpa nebo občasné poruchy paměti. Z antipsychotik III. generace bych zmínil hlavně aripiprazol. Vedle antipsychotik I., II., III. generace jsou zde také depotní preparáty. Nejznámější je určitě LAI, což znamená v angličtině zkratku long-acting injection. V češtině přeloženo jako dlouhodobě účinkující injekce. Když však nastoupila II. generace antipsychotik perorálního typu, tak depotní preparáty I. generace šla poměrně rychle stranou. Později se pak ale začala využívat depotní antipsychotika II. generace. Jenže i když docházelo u pacientů k pravidelné aplikaci, tak docházelo u 20-24% k relapsu. Depotní antipsychotika mají jednu nevýhodu a to to, že jejich vysazení poměrně dlouho trvá, určitě se nedají vysadit ze dne na den, protože je potřeba čekat až se lék vyloučí z organismu. Přesto však mají depotní preparáty také výhody, protože zlepšují kompliance, mají výhodné farmakokinetické parametry. Kompliance určuje rozsah mezi tím, jak nemocný užívá medikace nebo změnil životní styl, v porovnání s tím, co doporučil lékař nebo zařízení. Tyto injekce mohou účinkovat již od jednoho týdne, mohou však působit i po 4 týdnech. Mezi depotní farmaka I. generace patří například aflutiden, fluanxol depot nebo cisordinol depot (Češková, 2012)

Již v předchozích kapitolách je uvedeno, že schizofrenie má několik fází průběhu, proto je také důležité vědět, že se i v jejich rozdílných fázích léčí jiným způsobem. Jedno však mají fáze léčby společné, musí splňovat konkrétní požadavky jako měřitelný efekt, musí být postavená na míru pacienta a také vždy musí být podporována nejen léky ale také péčí o své zdraví celkově. Ze začátku se jedná o akutní léčbu, ta má také dvě zásady, jednak aby byla léčba dostatečně dlouhá a aby byla podávaná dostatečná dávka léku a také, aby byla léčba komplexní, tedy farmaka včetně psychosociální intervence. Uvedl jsem, že léky musí být podávány dostatečnou dobu, za tu se pohybuje doba mezi 2,6-5,5 týdny. Nejdůležitější jsou první dva týdny léčby. Studie totiž ukázaly, že k nejvýraznějšímu zlepšení stavu pacienta

dojde během prvního týdne, další pak zjistily, že pokud se po jednom týdnu stav nezlepší, předpokládá se, že se již nezlepší později vůbec. Když jsem zase zmínil adekvátní dávky, tak například aripiprazol, perorálně 10-15 mg na den v jedné dávce, maximálně lze použít 30 mg. Akutní léčba je důležitou částí pro další vývoj schizofrenie u pacienta. Na začátku máme určité cíle. Farmaka mají jako nejdůležitější cíl potlačit pozitivní příznaky nemoci. Zásadnější jsou však cíle intervence, jako je potlačení stresu, tolerance, podpora blízkých osob, spolupráce a také informovanost pacienta o nemoci. Tyto fáze léčby ale nemusí být vždy úplně úspěšné. Může totiž dojít k relapsu, i když nemocný normálně pobírá léky. Situace se pak řeší zvýšením dávky léků. Jestli však nemocný léky vysadil, nebo vynechával jejich braní, tak se většinou vrací k lékům, které zabíraly nejvíce. Během této fáze léčby se totiž nepoužívají pouze léky jedné generace

Další fází je fáze stabilizace. Ta má také svoje cíle. Léky by měli zajistit, že pacient již může normálně fungovat, přesněji léky by měly potlačit negativní účinky a zlepšit kognitivní funkce. Během této fáze bývá většinou pacient pouštěn domů z hospitalizace. Protože však lékaři ví, že nyní nastává největší riziko relapsu, je opět velmi důležitá psychosociální intervence. Jako další je pak fáze stabilní. V této fázi mají zase léky sloužit jako prevence relapsu. Dávky v této fázi jsou minimální, dlouhodobé, mají zkrátka udržovací smysl. Mají také pomoci k dosažení remise a jejího udržení (Češková. 2012)

Jako poslední fází a zároveň asi tou nejproblematictější je udržovací léčba. Ta totiž může přinést určitá rizika a zároveň bývá nejdiskutovanější z důvodu jejich dvou rozdílných přístupů. Prvním přístupem je totiž stálá udržovací léčba. Ta předpokládá, že pacientovi budou stále podávány léky. Spousta lékařů si totiž myslí, že tato nemoc se musí léčit dlouhodobě i po první epizodě, někteří si myslí, že by nemocní měly dostávat léky až do konce života, aby nedošlo k relapsu. Oproti tomu je zde určitá cílová léčba. K této léčbě dochází až když jsou vidět první známky možného relapsu. Pro ty, kteří si myslí, že by léčba měla být kontinuální, zde existuje o 5-10% větší riziko relapsu, než když je léčba zase zahájena až při prvních známkách. V současné době se doporučuje spíše kontinuální léčba, kdy je nemocný pobírá nejmenší možnou efektivní dávku po určitou dobu. Jen ve vyjimečných případech, kdy nemocnému hrozí mnohonásobné relapsy během pár let tak může léčba probíhat i desítku let po poslední epizodě.

PSYCHOTERAPIE

Individuální edukace

Tento druh léčby je také velmi důležitý. Při léčbě schizofrenie není důležité pouze, aby pacient bral léky. Každý nemocný člověk, včetně těch, kteří trpí schizofrenií, má právo na informace týkající se jeho nemoci, stejně tak by měl vědět, do jakého stavu se může dostat a jakým způsobem se může léčit. Každý pacient by tedy měl mít možnost seznámit se s různými prostředky a způsoby a jeho lékař by mu měl pomoc vyhledat případně i jiné odborníky, aby věděl, jaký rozsah tato nemoc má. Ano, existují i různé tištěné informace, normálně dostupné, ale psychoedukace je něco jiného. Jedná se o individuální nastavení pro každého pacienta jinak. Při určování prognózy se také počítá s pacientovou znalostí nemoci, jestli má sám nějaké postřehy, jestli něco zjistil. Pokud pacient jeví zájem, má informace, ví například o lécích, které používá nebo může alternativně využívat, ví o jejich účincích, tak pak například ví, že mohou pomoci. Takže se dá předpokládat, že když si zjistí, že tyto léky mohou dlouhodobě pomoci, tak má o to větší motivace je brát a hlavně celkově spolupracovat. Je logické, že člověk, který neví, co ho léčí, jaké účinky farmaka mají, tak že je prostě nebude brát. 41% pak mluví jasně, až 80% pacientů své léky dříve nebo později přestane brát, protože se jim prostě nechce. 40% pacientů zase během prvního roku nemoci odmítne spolupracovat, 74% pak během dvou let nemoci (Motlová, 2004). Nejčastějším důvodem, proč pacienti přestali spolupracovat je nedostatečné zapojení rodiny nemocného do léčebného procesu, stejně jako malá motivace z důvodu malého náhledu. Zapojení rodiny je mnohem důležitější, než si pacienti myslí.

Rodinná psychoedukace

Vedle individuální psychoedukace je důležitá také rodinná spolupráce. Cílem rodinné psychoedukace je seznámit právě nejen pacienta s nemocí, ale právě také členy rodiny nemocného. Cílem je poskytnout a naučit, jak se dá podporovat člověk trpící schizofrenií, co je správné, co naopak nedělat. Jeden z velkých vlivů na schizofrenii je totiž stres, hlavně pokud se jedná o dlouhodobý stres. Proto se odborníci snaží rodině vysvětlit, za jakého domácího prostředí může dojít ke zlepšení stavu, jak vytvořit klidné prostředí apod. Odborníci také učí rozpoznat obyčejnou lenost a nezájem od ztráty iniciativy. Jen velmi málo totiž

poznají rodinní příslušníci, zda se jedná o chorobné příznaky, proto je seznamují hlavně s negativními symptomy schizofrenie. Důležitým prvkem v rámci rodinné terapie je také seznámit rodinu se zásadami komunikace, protože taková komunikace s pacientem potřebuje určitá pravidla, rodina by měla vědět, o čem je potřeba se bavit a o čem raději nemluvit vůbec. Například nadměrná kritika může zvýšit stres nebo deprese a ty mohou vyvolat relaps. Lepší je určitě pravidelně chválit a když kritizovat, tak jen konstruktivně a v malé míře. Často se také problémy vyřeší přímo v rámci terapie, protože také jakékoliv napětí v rodině nemocný okamžitě pozná a opět to může vést až k relapsu (Motlová, 2004).

Rehabilitačních metod je více, ale jako další účinnou metodou je nácvik sociálních dovedností. Sociální dovednosti jsou základem pro úspěšné řešení problémů a každodenní interakce s lidmi. Pro zdravého člověka může tato terapie být nepoučná, nezajímavá. ale pro nemocného je velmi důležitá. Během komunikace totiž člověk zpracovává velké množství informací a pro schizofrenika může taková komunikace být až příliš zmatečná a může vyústit například v šok. Pro správnou komunikaci je potřeba mít v pořádku kognitivní funkce. Z důvodu tréninku komunikace vznikla celá řada tréninkových programů. Například IPT, integrovaný psychoterapeutický program. Ten se skládá z 5 částí, baterií. Ty jsou sestaveny od nejjednodušší formy až po tu nejtěžší. Tyto baterie procvičují kognitivní funkce pacienta, trénují sociální percepce, sociální dovednosti, verbální a nonverbální komunikaci a poslední část je pak složena z různých problémů, které musí pacient vyřešit (Motlová, 2004).

PSYCHOPATOLOGICKÉ DŮSLEDKY SCHIZOFRENIE

V první části této práce jsme se seznámili s příznaky, syndromy schizofrenie, ty se však nevyskytují ve většině případů jednotlivě, ale v kombinaci s dalšími příznaky. Ty pak dohromady tvoří syndromy. Ty jsou celkovým obrazem nemoci.

Poruchy vědomí

Vědomí je asi nejdůležitější psychická funkce člověka. Právě vědomí nám dovoluje vznik a následné fungování jiných psychických jevů. Díky ní můžeme přijímat různé podněty, vnímat je, uvědomovat si je a následně na ně i reagovat, vědomí je však zároveň nejsložitější funkcí, protože, aby vědomí správně fungovalo, musí fungovat obrovské množství struktur a jednotlivých spojení v mozku. Jakékoliv výpadky, byť sebemenší, mohou přinést člověku problémy. Problémy s vědomím dělíme na dvě skupiny a to poruchy kvalitativní a kvantitativní.

Kvalitativní poruchy vědomí

Pokud mají pacienti zachovanou bdělost a přitom mají narušené psychické funkce, dá se mluvit o kvalitativních poruchách. Ty se projevují různě, například změnou lucidity. Lucidita znamená jasnost vědomí a pro příklad mohu uvést lucidní sny. To je snění, při kterém si spící člověk uvědomuje, že právě sní. To dává člověku ve snu neuvěřitelné a takřka neomezené možnosti. Dále se projevují například dezorientací, později mohou způsobit zmatečnost nebo ztrátu kontroly nad reakcemi.

Obnubilace

Jedná se o stav, kdy je jedinec ve většině případů aktivní, může však působit i strnule. Normálně nekontroluje své chování a má také mnohdy amnézii, protože si právě své chování vůbec nepamatuje. Tento stav se může objevit při psychomotorickém záchvatu nebo během patických afektů. Trvání je jen velmi krátké. Při stuporozní obnubilaci je nemocný většinou nehybný, strnulý, nereaguje na podněty. Při deliriozní obnubilaci zase neklidný, může být zbrklý a ze zmatku také agresivní.

Delirium

Při organickém poškození mozku nastává stav deliria. Při tomto závažném stavu dochází k narušení mnoha psychických funkcí. Nemocný je neklidný nebo utlumený, stejně jako u obnubilace má problémy s pamětí. Časté jsou také halucinace nebo bludy. Problémy jsou také v pozornosti nebo psychomotorice. Stejně tak zmatečnost v emocích. Nikdy nebývá stejná intenzita deliria, ta se pokaždé mění. Jsou případy, kdy delirium trvalo i 6 měsíců. Delirium může oddalovat uzdravení, stejně tak zvyšuje mortalitu a snižuje prvky iniciativy.

Amence

Amence je stav zmatečnosti, dezorientace. Nemocný nemusí vědět v současnou chvíli, kde se nachází, nemusí si vzpomenout ani na jméno, nebo například jaké je zrovna roční období. Vše díky narušenému vnímání a uvažování.

Kvantitativní poruchy vědomí

Tyto poruchy můžeme dělit na krátkodobé a dlouhodobé a dělíme se různě podle stupně bdělosti. Někde jsou pouze krátké výpadky, které nejsou hluboké, ale může dojít až k úplnému stavu, kdy bdělost chybí úplně.

Somnolence

Somnolence se může řadit mezi poruchy spánku, protože se jedná o takový stav bdělosti, kdy je velmi snížena a v důsledku toho má člověk větší touhu po spánku. Jedná se sice o lehčí poruchu vědomí, přesto se však jedná o stav, kdy může člověka probudit pouhý dotyk nebo velmi jemný tichý hlas. Pokud se dotyčný probudí, nemusí mluvit smysluplně, může mít velmi pomalé reakce,

Sopor

Sopor je stav naprosto opačný somnolenci. Dotyčného je velmi obtížné vzbudit. Dokonce pokud nemocný usne, je spíše nesplnitelné ho vzbudit, protože poté již nereaguje. Jediná příležitost je, když právě usíná. Vedle toho se také může objevit tzv. mumlání, kdy dotyčný vyslovuje slova, které jsou nesrozumitelné nebo naprosto nedávají smysl. Jedná se o těžkou poruchu, protože dokonce i když se ho podaří vzbudit, nenabude takového stavu, aby se plně vzbudil a bezprostředně opět usíná.

Koma

Zde se jedná o stav nejzávažnější, protože jde o plné bezvědomí. Člověk je neprobuditelný. Někdy by i vynucené probuzení mohlo způsobit smrt. Reflexi nereagují. Někdy může být dotyčný v kómatu a mít přitom otevřené oči, pak si občas lidé mohou myslet, že je vzhůru, ale tak to není, nereaguje na žádné podněty, ani té největší intenzity. Člověk se nijak nehýbe. Koma dělíme do tří skupin: povrchové, to je stav, kdy nemocný pouze reaguje na světelné podněty, hluboké, kdy nemocný například může vnímat bolest, ale nemůže se jakkoliv bránit, protože reflexi nereagují, a poslední vigilní stav, kdy se po celou dobu bezvědomí nenávratně poškozují tkáně v mozku.

Synkopa

Synkopa je stav krátkodobého bezvědomí. Jedná se o náhlou chvilkovou ztrátu vědomí, kdy příčinou většinou bývá nedostatek kyslíku v mozku. Stejně tak může nastat během vyčerpání, nebo při velkých bolestech. Nastat však může i během umělého vyvolání, například, když se dotyčný dívá na krev, nebo kvůli konkrétní situaci utrpí šok.

Poruchy pozornosti

Další významnou funkcí je pozornost, díky ní zaměřujeme své vědomí na určité podněty. Velmi úzce jsou s ní spjaty funkce kognitivní. Poruchy pozornosti pak spočívají především v neschopnosti se na něco adekvátně koncentrovat. Máme různé druhy koncentrace, jako selektivní, kdy je naše pozornost zaměřena na jeden pojem, zatímco vnímání jiných podnětů je potlačeno. Vedle toho máme difúzní pozornost, kdy se nedokážeme soustředit na jeden podnět a koncentrace je tak rozptýlená.

Hypoprosexie

Hypoprosexie je poruchou pozornosti, kdy je intenzita velmi snížena. Tento stav může vzniknout při vyčerpání. Dojde k ní hlavně, když se sníží koncentrace. Nemusí se však jednat o poruchu všech složek pozornosti. Zde známe například rozptýlenost, kdy je porušená koncentrace a tenacita, stejně jako roztrženost, kdy zase chybí koncentrace při zvýšené oscilaci. Právě u schizofrenie je zase typické, že je nízká vigilita, tenacita ale také distribuce, ta značí schopnost sledovat současně dva a více jevů. Tenacita můžeme definovat jako vytrvalost, tedy schopnost, kdy se na jeden podnět soustředíme delší chvíli. Aproxie značí různé stupně hypoprosexie.

Hyperprosexie

Opakem hypoprosexie je hyperprosexie. Jedná se o velmi zvýšenou pozornost, někdy až nepřírozeně. Koncentrace je zvýšena na újmu distribuce, tedy sledování dvou a více jevů, selektivitě, což je schopnost zaměřovat se jen na jevy určitého typu, přitom ostatní podněty nás nijak nevyrušují v pozornosti a podnět první a v poslední řadě vigility, tedy bdělosti pozornosti. Jde o poruchu chorobnou a je časná při paranoidních poruchách.

Poruchy vnímání

Základní jednotkou vnímání je vjem. Zároveň je to i výsledkem vnímání, protože to nám pomáhá zachycovat podněty, které působí na naše smysly. Vnímání je pouze subjektivním odrazem světa, tak jak jej vnímáme. Pomáhá nám v orientaci. Poruchy vnímání, které se dá i pojmenovat jako zkreslené vnímání, jsou způsobeny procesy v mozku. Tyto procesy jsou chemicko-fyzikální a jsou velmi složité. Procesy v mozku totiž fungují i nesprávně a důsledkem toho mohou problémy metabolismu. Ty zapříčiní, že tělo špatně zpracovává chemikálie a to má přímý důsledek na změněné vnímání. Zmínil bych hlavně dvě látky. Gliadinomorfin, nebo pak kazomorfin. Tyto látky totiž ohou sloužit jako opiáty. Stejně tak jako různé proteiny, které najdeme v potravě. Je to velmi paradoxní, ale právě lidé, u kterých nedokáže metabolismus tyto látky zpracovat a správně je proměnit v látky výživné, tak se mohou projevit nejen fyzické problémy, ale hlavně problémy duševní, které mohou přerůst v choroby. Nebudu zde zmiňovat drogy, protože u nich je zkreslené vnímání normální, ať to jsou drogy typu LSD nebo marihuana, zkreslené vnímání je však také u alkoholu a u všech tvrdých klasifikovaných drogách. Velmi problematické jsou však chemikálie, které ovlivňují mozek nemocného, které jsou v těle díky například bakteriálním infekcím. Tyto poruchy můžeme vnímat ze dvou hledisek. Prvním je kvantitativní, zde rozlišujeme stupně vnímavosti. Snížená vnímavost způsobí oslabení intenzity, hlavně z důvodu deprese. Na

druhou stranu zvýšená vnímavost bývá uměle vyvolána třeba kvůli zvýšené koncentraci na určitý podnět. Z kvalitativního hlediska rozeznáváme několik druhů zkresleného vnímání, některé jsem představil v kapitole Negativní symptomy schizofrenie, jiné zmíním níže.

Poruchy gnoze

Poruchy poznávání zapříčiní, že nemocný není schopný rozpoznávat určité podněty, i když má v pořádku všechny analyzátory vjemů. Člověk nemá problém s tím něco vidět, ale nedokáže rozlišit nebo zařadit, o co se jedná. Takže sledovaný objekt pro něj nemá žádný smysl. Rozlišujeme dva druhy. Agnozie je úplná ztráta schopnosti rozpoznat vnímané objekty, zatímco dysgnozie je pouze částečná neschopnost.

Halucinace (viz. str. 12)

Iluze (viz. str. 13)

Poruchy paměti

Paměť je důležitá v lidském životě. Má tři jednotlivé části, úseky, každá pracuje jinak. První částí je impregance, tedy schopnost paměti vstřípnit určité vjemy, informace. Další nedílnou součástí je retence, neboli schopnost uchování informací a následná aktualizace, tedy vybavení vjemů. Protože paměť neustále pracuje, je o to více zranitelnější. Každá z částí a schopností paměti může mít své poruchy. Zatímco poruchy impregance mohou být způsobeny kvalitou vědomí, pozorností, psychózou, nebo jen únavou či depresemi, tak organické poruchy způsobí poruchy retence. Psychický šok nebo demence zase mohou způsobit poruchy aktualizace. Poruchy paměti se také dělí na kvantitativní a kvalitativní.

Kvantitativní poruchy

Hypermnézie

Tento druh poruchy se dá interpretovat jako klasické výčitky svědomí. Hypermnézie se totiž stává silnější díky nepříjemným vzpomínkám, které v nás sílí. Jedná se o zlé myšlenky, které si nemocní vybavují proti své vůli. I když se snaží zapomenout, o to rychleji se pak vybavují.

Hypomnézie

Hypomnézie je poruchou, kdy se paměť oslabí, někdy nám může poskytovat i zkreslené informace. Výkonnost paměti může být částečná nebo úplná. Při hypomnézii může nastat jev, kdy se dotyčnému vybaví určitý vjem, který již při vybavení působí zkresleně a může vyvolat dojem, že je zcela správný. Někdy tak nemocný tvrdí věci, které nemusí dávat smysl a jsou nepravdivé, aniž by si uvědomoval, kde k těm informacím přišel.

Amnézie

Nejtěžší druh kvantitativní poruchy paměti je amnézie. Jedná se o úplnou ztrátu paměti. Ztráta může být časově omezená nebo i trvalá. Částečná je kontinuální, zatímco úplná amnézie je spíše u demencí. Anterográdní amnézie je neschopnost si vybavit určité události před úrazem hlavy. Retrográdní amnézie je zase v případě, kdy po úrazu hlavy, až po nabytí vědomí si člověk nic nevybavuje.

Kvalitativní poruchy

Paramnézie

Paramnézie je porucha, kdy dochází k poruše přesnosti, stejně tak spolehlivosti při vybavování vzpomínek. Někdy se jedná o mírné odchylky, ale někdy zase o úplné zkreslení. Závažným faktem však je, že si dotyčný toto zkreslení nevybavuje.

Konfabulace

Jedná se o nahrazování mezer v paměti, kdy si nemocný nepamatuje souvislé informace a dochází k umělému nepravdivému vyplňování

Ekmnézie

Situace, kdy si sice vybaví vzpomínky, ale nedokáže je správně zařadit, jednak časově, tak i místně. Vzpomínky tak mohou působit dezorientovaně.

Poruchy myšlení

Myšlení jako kognitivní funkce? V podstatě ano. Myšlení se za normálních okolností, nebo jen při vymezení pojmu nedá odlišit například od vnímání. Stejně tak se dá říci, že poznávací procesy jsou taky myšlení. Jak u vnímání byl základní jednotkou vjem, tak u myšlení je to pojem. Stejně jako jiné poruchy, tak i poruchy myšlení dělíme.

Kvantitativní poruchy

Kvantitativní poruchy myšlení se projevují především zpomalením tempa, dynamiky myšlení, nebo změnou zaměřenosti myšlení.

Bradypsychismus

Bradypsychismus se projevuje tím, že se zpomalí celkově tempo myšlení. To je spojené například s pomalým vybavováním a rozpomínáním. Celkově dojde k myšlenkovému útlumu. Člověk se také o dost hůře soustředí, a i když mu to nejde, o to rychleji se zase může unavit. Jedná se o typický příznak během depresí, ale může se objevit i u organických poruch mozku.

Tachypsychismus

Opakem bradypsychismu, jde pro změnu o velmi zrychlené myšlení, to může vygradovat až do stavu, tzv. myšlenkového trysku. Kromě zrychleného myšlení dojde také ke zrychlení reakcí. Problém ovšem nastává tehdy, když slova přestanou stíhat myšlenkové toky, protože ty mohou být o tolik rychlejší, že pak budí u jedince dojem roztržitého myšlení.

Jak jsem zmínil, tak mezi kvantitativní poruchy se řadí i problémy se zaměřeností myšlení. Nejde však o to, že člověk nemůže zaměřit své myšlení, jde o neschopnost zaměřit své myšlení na určitý cíl.

Paralogické myšlení

K tomuto jevu dochází hlavně při tachypsychismu, jak jsem zmínil výše, jde však o celkové narušení logické vazby během myšlenkových pochodů.

Zabíhavé myšlení

To spočívá v tom, že dotyčný není schopný odlišovat hlavní myšlenky od těch vedlejších. Takže se dostává do situací, kdy o něčem chce mluvit, ale tuto myšlenku udrží jen velmi krátce, než přijde na téma naprosto nesouvisející. Nejde o to, že by byla narušena logická vazba, ale každé takové povídání je velmi rozsáhlé a nekonkrétní, stejně tak může působit zmatečně.

Ulpínavé myšlení

Nevýpravné, nebo také perzeverativní myšlení je přesným opakem zabíhavého, tedy situace, kdy člověk není schopný přeskočit na jiné téma, neustále má tendence držet se pouze jednoho stejného tématu. Někdy to nemusí být přímo téma, ale stačí konkrétní slovo.

Kvalitativní poruchy

Při těchto poruchách dochází k narušení přiměřenosti nebo správnosti obsahu myšlení.

Myšlenkový záraz

Myšlenkový záraz je velmi typický u schizofrenie. Jde o náhlé ukončení myšlenek, myšlenkového toku bez sebemenšího důvodu. Člověk zkrátka přestane mluvit jen tak, navíc není pak schopen pokračovat, protože zapomněl o čem mluví, nevzpomene si ani, kdyby mu kdokoliv poradil,

Dereistické myšlení

Myšlení, které můžeme pojmenovat také jako autistické. Je ovládané fantazií, nevychází z reálného světa. Jde o útěk do jiného světa. Nebylo by to ani tak závažné, ale při této poruše nedokáže člověk takové myšlení přerušit, byť je svévolné. Nemocný člověk pak jedná se svými fantazijními představami, jako by byly skutečné.

Obsedantní myšlení

Typická pro obsedantně-kompulzivní poruchu. Jde o stav, kdy u jedince převažuje jeden obsah, myšlenka, kterou má na vědomí proti své vůli. Nedokáže ji totiž vytlačit ze svého svědomí a vědomí. Často se však stává, že když na ně člověk neustále myslí, tak pak často jedná pod tlakem této myšlenky.

Symbolické myšlení

Jde o poruchu myšlení, která může mít až takovou intenzitu, že člověk ztratí pojem o reálném světě. Při této poruše vidí člověk v obyčejných věcech skrytý, symbolický, někdy tajemný význam. Zatímco u dětí je to normální, u dospělého může být tento problém velmi závažný.

Mezi další poruchy patří i inkohorentní myšlení nebo bludy (viz.

Poruchy řeči

Tento druh poruch jde charakterizovat jako problémy ve vyjadřování. Lze je rozdělit na poruchy porozumění a poruchy sdělování (Vágnerová, 2004)

Dysfázie

Dysfázie, nebo afázie je poruchou obsahu řeči, tedy receptivní složky. Dotyčný není schopen porozumět mluvenému projevu. K této poruše dochází hlavně v případech, kdy je narušena mozková kůra.

Expresivní afázie

Patří mezi poruchy sdělování, konkrétně pak k obsahové stránce řeči. Jde o neschopnost se vyjádřit mluveným slovem.

Agramatismus

Porucha, při které se dotyčný neumí vyjadřovat v gramaticky větných skladbách a výpovědích.

Mutismus

Je dočasná nebo může být i trvalá ztráta schopnosti komunikovat. Patří mezi poruchy formální stránky řeči. Je také typická pro schizofrenie, ale může nastat i u dětí vlivem šoku, nebo psychického traumatu.

Dysartie

Poruchy artikulace, které jsou způsobeny špatným fungováním motoriky mluvidel.

Balbuties

Jedná se o koktavost, poruchu, kdy člověk není schopen plynule hovořit.

Poruchy emocí

Emoce vyjadřují vztah subjektu ke světu i k sobě samému. Slouží k orientaci a následné regulaci chování. Poruchy emocí lze rozlišovat z hlediska intenzity, délky trvání a kvality emočního prožitku (Vágnerová, 2004).

Tento druh poruch můžeme rozdělit na poruchy afektů a poruchy nálad:

Patický afekt

Jde o velmi silný výbuch emocí, který způsobí také krátkodobou poruchu vědomí. Dost často se stává, že v tomto stavu lidé páchají trestnou činnost, například vraždu. Člověk si totiž při tomto jednání nic nepamatuje.

Fobie

Chorobná nemoc, která se dá charakterizovat jako velký strach. Většinou s sebou přináší nesmyslné a přehnané reakce a to i v případě, kdy si člověk sám uvědomuje, že je strach nepodstatný. Tento strach však nejde ovládnout. Na světě existují desítky, možná stovky takových fobií. Jmenuji dle mého názoru ty nejzajímavější. Gynekokofobie je strach mužů z žen, ereutofobie je strach ze zčervenání, zrudní tváře. Mysofobie je strach ze špíny, sitofobie je naopak strach z jídla. Ergofobie je zase strach z práce. Častějšími jsou však klaustrofobie, strach z uzavřených prostor, arachnofobie, strach z pavouků nebo hlavně xenofobie, tedy strach z neznámého, z cizinců.

Další poruchou emocí mohou být poruchy nálady, ty jsou sice méně intenzivní, ale zase mohou trvat déle. Na rozdíl od obyčejných druhů nálad bývají tyto specifitější a více vyhraněné. Není však potřeba dodávat, že tyto druhy nálad silně ovlivňují také jednání lidí.

Depresivní nálada

Jde o velmi smutnou náladu, který je spojená s velkým útlumem. Je hlavně typická právě u schizofrenie.

Úzkostná nálada

Při této náladě jsou nepřiměřené obavy a strach z něčeho je předem neznámé. Dotyčný má zkrátka pocit, že se může něco stát. Nemocný je neustále napjatý, může být ve stresu a hlavně může přehnaně reagovat.

Manická nálada

Může způsobit manický syndrom. Jde o náladu opačnou, až nepřiměřeně optimistickou. Člověk je velmi aktivní.

Euforická nálada

Pro ní je typická povznesenost nebo blaženost. V člověku panuje euforie. Na rozdíl od manické nálady však člověk není tolik aktivní.

Apatická nálada

Charakterizovaná jako celkový nezájem a vyhaslost o dění okolo.

Explozivní nálada

Poslední známou přehnanou poruchou nálady může být explozivní stav, kdy dotyčný může náhle podlehnout záchvatu hněvu. Má tendence k agresi. Může být nejen u schizofreniků, ale i u lidí s disociální poruchou.

Poruchy vůle

Vůle se dá vyjádřit jako získaná schopnost autoregulace, která pomáhá usměřňovat jednání člověka vyžadovaným způsobem. Právě poruchy vůle pak pomáhají k neschopnosti řídit toto jednání. Dělí se na aktivní a pasivní poruchy vůle (Svoboda, 2006). K rozvinutí vůle nestačí pouze emoční regulace. Není však také známo, že velký vliv na vůli má právě rozvoj kůry mozkové. Poruchy vůle nám způsobují poruchy sebeovládání. Poruchy aktivní vůle způsobují ztrátu nebo útlum rozhodnosti. Poruchy pasivní vůle zase zneschopňují realizovat naše rozhodnutí, nemáme dostatek vytrvalosti. Podle intenzity se dělí na:

Hypobulie (viz. str.

Abulie (viz. str.

Hyperbulie (viz. str.

Poruchy pudů

Pudy se považují za takové vrozené předpoklady, určité vrozené vzorce chování. Ty jsou zaměřeny hlavně na uspokojování vlastních potřeb. Pudy máme vrozené, ale i získané během života.

Pudy zachování jedince

Zde se jedná o klasickou obrannou reakci, kterou má každý z nás, vede k zachování identity vlastního já. V případě, kdy člověku něco hrozí, tak jeho organismus vyvolá odlišnou, ale vždy obrannou reakci, jako například, že z dané situace uteče, nebo se naopak bude bránit, například násilím.

Automutilace

Jde o poruchu, kdy se dotyčný sebepoškozuje, například se řeže na rukách, nebo si sám vědomě způsobuje jiná zranění. Typické hlavně pro schizofrenie. Za automutilaci je považovaný i piercing.

Suicidální porucha

Horší stupeň předchozí poruchy. Jedinec má sebevražedné myšlenky a úmysli, jeho cílem je se zabít, tak je tomu při bilanční sebevraždě, kdy je jedinec plně rozhodnut ukončit svůj život. Naopak při demonstrační sebevraždě, nejde ani tak o to se zabít, spíše připoutat na sebe pozornost, takže většinou volají o pomoc, aby jim tom někdo přišel rozmluvit, zde nemají v úmyslu sebevraždu dokončit, pouze to předstírají. Je však velmi těžké v dané situaci rozpoznat, o kterou jde a proto se vždy postupuje a jedná, jako by šlo o bilanční sebevraždu.

Bulimie

Poškození příjmu potravu, kdy jedinec má chorobnou potřebu zvyšovat dávky jídla. Většinou se však tyto lidé snaží potravu vyzvracet, protože ví, že dávky jsou nadměrné, přesto to však nedokáží pomocí vůle změnit.

Mentální anorexie

Opak bulimie, nemocný člověk má zase chorobnou představu zmenšovat dávky jídla, to samotné může vést až k úplnému odporu jídla, nechuti a to bývá často smrtelné.

Poruchy pohlavního pudu

Poruchy tohoto typu se projevují zejména změnou nějaké složky pudu. Například při změně zaměření, nastává stav, kdy se člověk zaměří, začne ho zajímat, vzrušovat něco jiného, u pedofila například děti. Při změně intenzity pudů nás přestane zajímat „normální množství“, ale toužíme toho mít více a více, například u sexuálního u spokojení může nastat tzv.

nymfomanie, kdy člověk má potřebu být více jak nadměrně ukojován. Posledním způsobem může být změna sexuálního uspokojení, kdy známe například sadomasochismus nebo sadismus.

Vedle těchto dvou typů poruch pudů se však můžeme setkat také s poruchami rodičovského pudu. Porucha, při které rodiče nepečují o své děti, protože je nezajímají, v horším případě může také docházet k zanedbávání nebo týrání.

POLOSTRUKTUROVANÉ HLOUBKOVÉ ROZHOVORY

S OSOBAMI SE SCHIZOFRENIÍ

Pro svoji bakalářskou práci jsem použil rozhovory s lidmi, kteří trpí schizofrenií. Zvolil jsem tak, protože si myslím, že vzhledem k tématu je nejlepší způsob, jak něco zjistit a poznat alespoň částečně život těchto lidí, rozhovor. Většinou se samozřejmě dotyčný musí bavit o věcech, které nejsou vůbec příjemné, jde i o velmi citlivá témata a rozhovor mi k jejich získání připadá jako nejrozumnější. Informace, které jsem během rozhovoru získal, se týkají samozřejmě samotné nemoci stejně tak kvality života a celkově života s touto nemocí. Dávno předtím, než jsem si vybral téma mojí práce mě vždy zajímalo, jak se takový člověk cítí a přestože znám a mám spoustu lidí v mém okolí, kteří trpí schizofrenií, nikdy jsem se s nimi dlouze nebavil, natož pak se snažil zachytit jejich nemoc. Během těchto rozhovorů jsem se snažil ukázat a zprostředkovat různé pohledy na tuto nemoc, různé způsoby života a celkové psychické vyrovnání s touto nemocí.

Metodika rozhovorů

Na začátek, než začnou samotné rozhovory je potřeba zmínit několik informací, týkajících se výzkumu.

OBECNÉ INFORMACE

Počet respondentů: Celkový počet jsou čtyři lidé, dva z toho jsou ženy a dva jsou muži. Muži jsou ve věku 30 let a 23 let. Ženy jsou ve věku 22 let a 26 let.

Cílová skupina: Lidé trpící schizofrenií. Čtyři respondenti ve věku od 22-30 let.

Metoda šetření: Polostrukturovaný hloubkový rozhovor (osobní kontakt)

Hledání a získávání respondentů: I když jsem výše v úvodu výzkumu zmínil, že jsem měl vždy lidi v mém okolí, kteří trpěli a trpí schizofrenií, tím jsem myslel i nyní, tak mé kontakty mě také dostali na místa, kam se normální člověk nedostane. Když jsem si myslel, že sehnání takových lidí, kteří mi poskytnou rozhovor, nebude vůbec žádný problém, tak se opak stal pravdou. Nejdřív to vypadalo velmi dobře, měl jsem osm potenciálních respondentů, kteří byli ochotni poskytnout mi nějaké informace. Říkal jsem si, že nakonec si budu moc vybrat do své práce ty nejobsáhlejší, nejzajímavější. Jenže když se dozvěděli respondenti, že to není vlastně jen poskytnutí pár informací, ale že jde o rozhovor, který vlastně zabere trochu času, hned dva respondenti odřekli. Když mi jich zbylo šest, říkal jsem si, že to je také velmi dobré, protože jsem stále počítal, že do práce zasadím příběhy tři. Nakonec mi ale další dva odpadly, protože jeden člověk mi sdělil, ne přímo, že se na to necítí, že se mu přitížilo a že třeba někdy jindy, až se bude cítit lépe. Odpověď druhého mě opravdu zarazila, protože se jednalo o mého známého, člověka, kterého znám asi 8 let a který byl tím prvním, koho jsem požádal, protože jsem věděl, že jeho příběh bude rozhodně nejzajímavější. Navíc to býval můj kamarád, přesto se však jeho zdraví nikdy neřešilo, protože jsme všichni věděli, o co jde. Nakonec mi tedy řekl, že vlastně nejsem nikdo, nemám žádné zkušenosti, žádnou odbornost a že semnou se bavit nebude, leda že bych měl sebou novináře, kterého zná a který může publikovat jeho rozhovor po celém světě. Tak se bohužel nestalo, takže mi zůstali čtyři lidé a protože nemělo cenu, abych jednoho z nich jsem vůbec nedával, rozhodl jsem se do výzkumu zařadit všechny čtyři respondenty. Mezi těmito čtyřmi respondenty jsou dva, kteří jsou přes mé známé, o kterých věděli, že měli, mají schizofrenii a samozřejmě v takovém stádiu, že se léčí, nebo léčí. V třetím a čtvrtém případě zase šlo o kontakty, přes léčebnu, kde mám příbuznou, která s těmito dvěma spolupracovala, takže mi je doporučila, protože věděla, že se semnou budou bavit, pokud dodržím určitá pravidla.

Průběh rozhovorů: S každým respondentem jsem se na začátek nejdříve sešel. Byla to taková informativní schůzka, při které jsem všem individuálně vysvětlil, o co jde, k čemu bude rozhovor použit, řekl jsem jim něco o mě apod. Další schůzka už pak byla přímo s rozhovorem. Po informacích o mě jsem se jich samozřejmě zeptal, jestli souhlasí, abych to zveřejnil ve své práci, že zachovám jejich anonymitu a že je nijak nepoškodím. Když mi to odsouhlasili, vysvětlil jsem jim, jak bude rozhovor probíhat, řekl jsem jim, že chci hlavně, aby

se cítili dobře, klidně, že cokoliv pro ně bude až moc citlivé nebo bolestivé, že o tom nemusí mluvit, že mě to vadit nebude. Řekl jsem jim právě, že chci, aby ten rozhovor byl volnější, že témata mám sice dané, ale otázky budou směřovat spíše tím směrem, kam rozhovor. Také jsem jim říkal, že se přede mnou nemusí stydět, že jsem jako kamarád, který se chce jen na něco zeptat atd. Protože jsem již rozhovory dělal při jiných věcech, vím, že atmosféra je klíčová, když budete mít přátelský přístup, oni budou otevření, když nebudete naléhat, oni řeknou sami apod. Vždy se snažím jednat tak, aby respondenti věděli, že mě problém opravdu zajímá, že chci, aby vše bylo spontánní, až autentické. Samozřejmě ne že by mě ve skutečnosti opravdu nezajímali, ale vždy je potřeba to trochu „osladit“.

Délka rozhovorů: Protože jsem chtěl, aby rozhovory probíhali spontánně, tak jsem si na začátku určil, že čas pro mne nebude důležitý. Důležité pro mne bylo získat co nejvíce informací, vyplnit co nejvíce témat a ne, abych se vešel do určitého časového limitu. Vždy totiž musíte počítat s tím, že dotyčný má jiné vyjadřovací schopnosti, může myslet pomaleji, nebo jen pomaleji rozvzpomíná. O některých tématech má více co říct, o některých méně. Protože jsem si vždy před rozhovorem ptal na konkrétní stav, jako jsou pocity, nálada, jaký mají dnes den, a pak spontánně přešel v rozhovor, není jednoduché čas zcela vymezit, ale jednalo se cca o 80 – 120 minut.

Audiovizuální záznam: Když jsem přemýšlel nad tím, jestli chci rozhovor nahrát, tak jsem se zamyslel, jestli to opravdu potřebuji. Nakonec jsem se rozhodl, že to zkusím s tím, že rozhovor nahraji na diktafon a to zkrátka proto, že si nemusím dělat tolik poznámek jako psychiatr a můžu se věnovat respondentovi, tedy tak, že se mu většinu času dívám do očí. Samozřejmě ne všichni byly pro tento záznam a tak jsem ho pořídil pouze ve dvou případech. To byly bohužel oba ty první. Já jsem se pro záznam rozhodl i hlavně proto, že jsem nevěděl ještě, jak budu data analyzovat, interpretovat, takže jsem chtěl mít vše zkompletované, když mi však poslední dva odmítli, rozhodl jsem se, že půl na půl není dobré a proto musím zvolit metody jiné.

Zasazení místa a času: Místa rozhovorů jsem vždy nechal na respondentech, nechal jsem je vybrat, aby se cítili co nejlépe a hlavně nejpohodlněji, aby třeba byli na místě, kde se cítí bezpečně, kde to znají. Takže v mém případě probíhali rozhovory jednak na klidném místě v parku, to byly dva případy, jeden pak v azylovém domě a druhý v takové příjemné pivnici.

TÉMATICKÉ OKRUHY ROZHOVORU

Základní údaje

Pro základní informace třeba zjistit pohlaví, věk respondenta, jaké má nejvyšší dosažené vzdělání a kde bydlí.

Bydlení, zázemí

V této části bylo zase potřeba, zjistit kde bydlí a tím není myšleno přímo v jaké obci, také s kým bydlí, jak se mu to tam líbí a popřípadě, kde bydlel dříve a kde by naopak bydlet chtěl.

Vzdělání

Tím je myšleno, na jakou školu chodil, jak a proč se rozhodl studovat tuto střední školu, jaký měl prospěch, jak vycházel s učiteli apod.

Rodina

Zde jsem se ptal především na rodiče, stejně tak na sourozence, popřípadě nějaké další úzce příbuzné. Stejně tak mě ale zajímalo, jakou oporu mají v rodině a koho konkrétně například a proč.

Vztahy

Zajímali vztahy spíše partnerské, jestli již někoho měli, nebo jestli by později někoho chtělo, co to pro ně znamená a jestli jim to někdy dalo něco do života.

Přátelé

Stejně jako u vztahů mě zajímalo, jestli mají nějaké přátele a jestli jsou pro ně oporou, jestli za nimi stojí a co to pro ně znamená. Nebo naopak, jestli někoho ztratili, dobrovolně, nedobrovolně.

Zájmy

Zajímaly hlavně koníčky a zájmy, co je naplňuje, přináší jim radost, jak celkově tráví volný čas, s kým nejraději.

Práce

Zda pracovali dříve normálně, jaká práce byla nejlepší, nebo popřípadě jakou práci by chtěli dělat v budoucnu. Stejně tak mě zajímalo, jestli si vydělávali jinak.

Finance

Peníze hrají také velkou roli, takže jsem se zeptal na jejich finanční situaci, jaké mají příjmy, jaké mají výdaje, jestli jim něco dává rodina, nebo jestli něco pobírají od státu.

Schizofrenie

Samozřejmě nejcitlivější téma, zde jsem se ptal na samotný výskyt schizofrenie u respondenta, kdy se objevilo, za jakých podmínek, s jakými symptomy, jak probíhalo později, jak se léčil apod.

Budoucnost

V budoucnosti jsem jim dával možnost srovnání současné kvality života s představou, jak by chtěli žít v budoucnosti, jak se vidí, jaké mají plány a hlavně přání.

Abych nemusel používat označení „Respondent č.1“, č.2, č.3, rozhodl jsem se, že svým respondentům přidělím smyšlená jména.

Respondent č. 1: „Petr“

Základní údaje

Petr je muž, má 23 let, vzdělání má střední odborné, ukončené výučním listem. Byla u něj diagnostikována paranoidní schizofrenie. Bydlí se svými rodiči a sestrou.

Bydlení

Petr bydlel zatím vždy se svými rodiči. Měl sice období, kdy přespával u svých kamarádů a to i po dobu tří týdnů, ale to jen proto, že se často hádal se svým otcem. Bydleli vždy v panelovém domě na sídlišti, kde měli rodiče starší byt. Sami se sestrou měli pokoje dohromady, ale když bylo Petrovi 17 let a jeho sestře 12, vyslechli rodiče Petrovi prosby a udělali oběma vlastní pokoje, aby měli více soukromí. Petr už často uvažoval, že se vykašle na školu a půjde pracovat, aby si vydělal na vlastní bydlení a nemusel je doma obtěžovat. Nikdy si v pokoji moc neuklízěl a tak na něj jeho máma vždy křičela. Kvůli tomu také přemýšlel, že se odstěhuje jinam. Vždy měl však pocit, že člověk by měl bydlet na spoustě místech, střídat je, aby poznal více věcí, více lidí.

Vzdělání

Petr chodil do základní školy ve městě, kde žil celý život. Nepamatuje si, že by si stěžoval až na pár drobností se mu tam líbilo. Měl občas problémy s chováním, hlavně s agresí. Podle něj to bylo způsobeno hlavně tím, že se rodiče často hádali a útočili na sebe. Podle Petra to nebyly velké útoky, přesto ale si jejich chování vsugeroval. Přesto ale neměl mezi spolužáky nepřátele, nebyl žádným vyvrhelem, ale nebyl ani úplně oblíbený, řadí se mezi průměrné žáky. Měl sice pár neshod s učiteli, někteří ho prý neměli moc rádi, ale i tak, měl známky průměrné, neexceloval, ale nikdy mu prý nehrozilo, že propadne.

Když dohodil základní školu, tak ve stejném městě nastoupil na střední odbornou školu, kde začal studovat obor truhlář. Nebylo to podle jeho slov samozřejmě proto, že měl rád zpracovávání dřeva a nábytku, ale neměl dobré známky, chtěl mít lehkou školu, protože hodně kamarádů tam šlo taky a Petr se nechtěl namáhat. Navíc to neměl ani daleko domů, takže nemusel brzo vstávat. Na střední škole se mu známky zhoršovali, už byly spíše podprůměrné. Začal chodit za školu, začal užívat s kamarády drogy (do té doby pouze pravidelně kouřil). Po dvou letech však propadl, protože za příliš velkou absenci v jednom předmětu dostal „neklasifikováno“. Když si znovu zopakoval druhý ročník, tak ve třetím už dokázal složit zkoušky. Měl i pár problémů s chováním, několikrát se na této škole popral, vždy to však skončilo napomenutím ředitele, nebo sníženou známkou z chování. Petr to však nikdy nebral jako podstatnou věc.

Rodina

Petrovi rodiče byli vždy spolu, měl však jedno období, kdy matka žila nějakou dobu u Petrovi babičky z důvodů neshody s Petrovým otcem. Často se hádali, strkali do sebe, občas byla facka z obou stran. Petr vysvětluje, že to nikdy moc neřešil, protože jeho matka často fackovala všechny členy z rodiny, takže když otcovi jednou za čas ujeli nervy, bral to jako kompromis. Co se týká prarodičů, tak se Petr setkával pouze s rodiči z matčiny strany, protože otcovi rodiče bydleli asi 60km od nich, takže je neměl jak navštěvovat, protože za nimi nejzdili a jemu se autobusem moc nechtělo.

Vztahy

Petr měl během svého života několik partnerek. Většinu z nich na střední škole, kde je často střídal, protože ho žádná nebyla dlouho a vždy zjistil, že nestojí za to. Pouze jednou prý se jeho partnerka rozešla s ním a to kvůli jeho nejlepšímu kamarádovi, se kterým se později popral a propadl depresím. Později, když se projevila nemoc, tak žádné partnerky nechtěl, protože sám nevěděl, co by chtěl.

Přátelé

Vždy měl při sobě někoho, kdo za ním stojí, ne však tak pevně, jak si vždy myslel. Na základní škole měl jednoho velmi dobrého kamaráda i z dětství, jenže ten se pak musel kvůli nové práci jeho otce přestěhovat 150km daleko, takže už se prý neviděli. Na střední škole pak kamarádil se svými vrstevníky, hlavně kvůli cigaretám, drogám, záškoláctví a že prý s nimi byla sranda. Navzájem se bavili o stejných tématech. Když propukla nemoc po škole, tak to bylo stejné jak s jeho partnerskými vztahy, žádné nechtěl a prý nepotřeboval. V současné době má kamarády, většinou ty, kteří si prošli podobnou zkušeností jako on a podle jeho slov si jich nesmírně váží.

Zájmy

Petr měl vždy velmi rád auta, chtěl být profesionální řidič, řidič autobusu, taxikář. Chtěl jít na automechanika, ale tam se nedostal. Často si půjčoval auto, když nikdo nebyl doma a v jeho 17-ti letech se jezdíval projet na nedaleké betonové cvičišť. Stejně tak měl rád graffitti. Nikdy si prý spreje sám nekupoval, ale když jeho kamarádi šli malovat, vždy se rád přidal a třeba jen hlídal, aby je nikdo nechytl. Jeho zájmy celý život směřovali k autům. Když nesledoval pořady o autech, nehrál si s nimi, tak jezdíval ke kamarádům a pomáhal je opravovat, navíc jeho děda sbíral staré vozy, které pak rekonstruoval. S postupem času však začal chodit často ven, někdy i na celý den a začal si dělat problémy. Dnes se rád zase dívá na

pořady o autech, má rád pořad Top Gear. Před pár lety začal také skládat modely starých automobilů z plastu.

Práce

Nikdy nepracoval ve smyslu, že by byl někde děle. Spíše se jednalo o brigády, nebo o jednoduchou výpomoc, kterou si nejdříve vydělával na auto, později pak používal spíše na drogy a alkohol. Jako brigády dělal třeba ve skladu u známého jeho otce, nebo pomáhal v servisu jednomu automechanikovi. V současné době hledá práci.

Finance

V současné době moc peněz nemá, přesto však jeho léčba byla nákladnější a jeho rodiče mu vybrali spoření, také mu něco dává babička a snaží se vypomáhat, kde to jde. Nejlépe by mu však bylo, kdyby ho někdo zaměstnal.

Schizofrenie

Nemoc se u ně projevila asi měsíc potom, co si udělal výuční list a chtěl si dát chvíli volna a práci ještě nehledat. Jeho rodiče se v tu dobu hádali skoro každý den. Navíc ho zradil jeho nejlepší kamarád. Postupem času mu došlo, že se necítí, i když dodělal školu, velmi nešťastně. Nevěděl pořád proč. V té době hodně kouřit marihuanu, aby mu to pomohlo, ale dle jeho slov, to bylo spíše horší, protože během stavu vyvolaném látky THC chtěl být spíše sám a deprese byly ještě hlubší. Nechtěl se s nikým bavit, celý den býval doma. Jednoho dne ho matka natchytala jak sedí na okenním parapetu směrem ven z okna a má sluchátka okolo krku. Rozhodla se s jeho otcem, že mu pomohou na psychiatrickém onemocnění. Petr sice pouze vysvětloval, že chtěl na vzduch, ale ne moc daleko, protože má doma práci, přesto však jeho matka neváhala ani chvíli a nechala ho vyšetřit. Během terapie se zjistilo, že krom toho, že Petr trpí chronickými depresemi různé hloubky, tak má také bludy a občas trpí halucinacemi, to hlavně po požití marihuany. Doktor také zjistil, že Petr nechce jít z domu, protože prý neví, co je venku za svět a že by někomu nechtěl ublížit, kdyby mu dotyčný neporozuměl. Na druhou stranu tvrdil, že musí být doma, protože má spoustu práce a brzo ho někdo přijde zkontrolovat. Petr samozřejmě nepracoval, jen si něco psal a kreslil, poslouchal hudbu a často jen ležel a koukal do zdi. Snažil se často spát, aby neměl temné myšlenky. Poté,

co mu doktor diagnostikoval paranoidní schizofrenii, tak bral Petr prášky. Ukázalo se, že léčba celkem zabírá. Petr byl stále zamlklý, rodiče mu odpustili cigarety a nechali ho kouřit, protože jim řekl, že ho to zklidňuje. Po delší pauze klidu, však byl jednou venku a potkal partu, která ho měla za blázna, začali si z něj dělat srandu. Petr z ničeho nic vytáhl z kapsy nůž, pak se svěřoval, že si nepamatuje, kde se tam vzal a že ho nikdy neviděl. Nakonec přišel domů, ve svém pokoji vše shodil a rozbil a začal se řezat po rukách v koupelně. Když se to rodiče dozvěděli, opět ho odvezli. Byl nějakou dobu v psychiatrické léčebně, protože hrozilo, že se ataka objeví v nejbližší době znovu. Postupně přešel z perorálních antipsychotik na injekce. V psychiatrické léčebně se mu prý docela líbilo, seznámil se tam s lidmi, co měli stejné problémy. Zjistilo se mu, že má málo bílých krvinek a že mu to způsobují nejspíše léky, takže musel chodit na krevní testy. Ještě jednou se dostal do velkých psychických problémů, bylo to potom, co zjistil, že mu zemřela babička a navíc v době, kdy mu doktor oznámil, že jeho stav je stabilní, ale jeho onemocnění je vážnější a že několik let se nemusí plně uzdravit. V současné době mu lékař doporučil stále chodit na injekce. Bydlí u rodičů, aby měl lepší kontrolu a oni na něj mohli dohlížet a hlavně hledá práci. Přítelkyni nemá a tvrdí, že nejdříve je potřebovat investovat čas sám do sebe a až bude mít práci a bude se cítit fajn, pak že něco zkusí.

Budoucnost

Petr budoucnost neřeší. Zabývá se okamžikem, dnem, kdy bude následovat. Jak sám tvrdí, nikdy neví, jestli se zas neobjeví něco, co ho rozzlobí, nebo rozesmutní natolik, že by se vrátil do léčebny. Chtěl by si najít práci, aby na něj rodiče mohli být pyšní, na druhou stranu by však už chtěl aby vše špatné skončilo a on se mohl například odstěhovat. Chtěl by bydlet v blízkosti rodičů, protože je má moc rád, ví že mu pomohli a je hrozně rád, že Petrovi problémy jeho rodiče sblížily, už se totiž vůbec nehádají.

Respondent č.2: „Martina“

Základní údaje

Žena, má 22 let, vystudovanou pouze základní školu. Byla ji diagnostikována paranoidní schizofrenie. Nyní žije sama.

Bydlení, zázemí

Martina vyrůstala se svou matkou a otcem. Když jí ale bylo 12 let, tak si její matka našla nového přítele a postupem času se k němu odstěhovala, takže Martina zůstala bydlet pouze s otcem. Asi za dva roky později se její otec seznámil s novou přítelkyní, která se k němu nastěhovala, ta již měla jedno dítě z prvního manželství. Jenže v současné době bydlí Martina v příbytcích, které postavilo město v rámci chráněného bydlení. Martina musí platit nájem každý měsíc, který činí 2500 Kč. Tvrdí, že je jí tam dobře, hlavně proto, že tam může být sama. Říká, že tam všechno má a je to lepší než doma, protože její otec byl vždy hodně přísný a doma vůbec nebyl klid na nic.

Rodina

Martina tedy nejdříve vyrůstala s oběma rodiči, ale nyní to je už deset let, co nežije s matkou, za tu dobu ji prý viděla pouze jednou a to když se rozváděli její rodiče. Jinak si volají pravidelně v měsíci a její matka jí neustále přesvědčuje, ať jde bydlet za nimi, jenže oni bydlí v jiném městě, její matka už má novou rodinu a hlavně se jí z toho klidu nechce. Navíc, jak tvrdí, tak tady chce být více pro tátu, než pro mámu, která je opustila. Se svým nevlastním sourozencem vychází poměrně dobře, občas je menší neshoda, ale to je prý běžné. S nevlastní matkou si také sedla, je ráda, že doma je nějaká jiná žena, která se může o otce starat.

Například, když si přijde pro něco na jídlo, protože její nevlastní matka jí to slíbí a dá ji vědět dopředu, tak většinou se zastaví, když její otec není doma, protože podle Martiny se mu tento přístup nelíbí a nerad jí dává jídlo s sebou, když si vybrala žít sama. Když došlo na téma dětství celkově, tak se o tom Martina nechtěla bavit, tvrdila, že nebylo šťastné, s oběma rodiči nemá normální, ale hodně zvláštní a komplikovaný vztah a sourozence vlastní nemá vůbec. Jediný, kdo měl Martinu v lásce byla její prababička, ale ta již zemřela.

Vzdělání

Martina mi řekla, že na základní škole byla výborná v prospěchu, že i když se její matka odstěhovala, tak v době, kdy přecházela na druhý stupeň, tak se velmi snažila a překvapivě pro ni jí to šlo. Měla ráda spoustu učitelek a oni ji, bavil ji hlavně zeměpis a tělocvik. Když dokončila školu, tak se rozhodla, že zkusí obor prodavače, tuto školu však nedokončila. Stejně tak se snažila ještě nastoupit na střední zdravotnickou školu, ale tam chodila asi jen dva týdny, než se rozhodla, že je tam moc holek a že jí to nebaví a vzhledem ke svému věku na ní nejen žáci, ale i učitelé divně nahlíží. Když jsem se zeptal na důvod, proč tato škola, tak jen odpověděla, že by mohla pomáhat lidem.

Vztahy

Na základní škole byla Martina podle svých slov „pěkné kvítko“. Protože byla velmi akční, tak se zajímala i o kluky a na druhém stupni prý s pár chodila. Na odborné škole, kam nastoupila potom, i nejdříve oslovil kluk, že se mu líbí, ale později zjistila, že si z Martiny dělal srandu, stejně tak druhý kluk, se kterým do vypadalo vážněji, dokonce spolu i nějaký čas chodili, ale pak se zakoukal do jiné, prý hezčí. Ona na střední odborné škole Martina totiž hodně přibrala vlivem léků a tak tyto dva vztahy, které se v podstatě vůbec nerozvinuly, zanikly hlavně kvůli jejímu vzhledu. V současné době nemá zájem, má jednoho kamaráda, ale to je vše, přítele zatím nechce, i když ji nebaví být sama.

Přátelé

Martina tedy má jednoho kamaráda, který jí je oporou. Toho poznala také na střední odborné škole, prý ji později řekl, že se jí chtěl zastat, že poznal, že s ní něco je. Podle slov Martiny možná chtěl něco více než kamarádství, ale dle slov Martiny, nechtěla, aby ten vztah vypršel nebo zanikl a tak zůstali kamarády. Má také prý pár kamarádek, ale baví se pouze s jednou holkou, která bydlí také v chráněném bydlení. Často se navštěvují, ale rozhodně by, podle slov Martiny, spolu nemohli bydlet. Každá má ráda svůj klid.

Zájmy

Mezi její koníčky prý vždy patřila kresba, ale bere to pouze jako koníček a později si na ni zvykla, protože je sama, tak ráda kreslí. Nejvíce jí baví abstraktní umění, kde prý člověk může být kreativní a nejlépe sdělit své myšlenky. Martina ale netráví moc času venku, pouze s jejím kamarádem. Zjistila, že jeho rodiče se, když byl malý, také rozvedli, z jeho matky se stala alkoholička a jeho otec se hodně zadlužil a později spáchal sebevraždu. Její kamarád ho našel. Nyní bydlí již pár let u své babičky. Protože však chce trávit více času venku, hlavně více času s lidmi, tak navštěvuje nejruznější kurzy, hlavně pro lidi z chráněného bydlení. Mají velmi rozmanité programy, kdy klienti dělají vždy něco nového, hodně ji baví procházky po parcích a v přírodě.

Práce

Martina ještě nikdy zaměstnaná nebyla. Říká, že sice vyzkoušela brigády, ale tam si nic nevydělala. Chtěla by pomáhat lidem, ale říká, že i na to dnes člověk potřebuje školu, jinak mu to jiní nedovolí. Nemá moc peněz a tak mi sdělila, že by měla začít co nejrychleji hledat.

Finance

Martina pobírá invalidní důchod, který má vyměřena na 2800 Kč. To je její jediný příjem, se kterým si musí vystačit. Měsíčně však dává 2500 Kč na nájem. Její matka jí vždy koupí kredit do mobilu a po babičce Martiny jí pošle i „nějakou tu stovku“. Jenže to se stává velmi málo, tak jednou, maximálně dvakrát za dva měsíce. Její otec ji nedá nic a nechá ji tam alespoň chodit pro jídlo. Řekl jí, že si může vybrat, buď ji bude dávat peníze, ale málo, nebo si tam může chodit pro jídlo.

Schizofrenie

Martina díky své nemoci nemá ucelený řád dne. Říká, že věci dělá hlavně podle svojí nálady, ta bývá ale spíše špatná a depresivní. Snaží se nebýt vůbec sama, proto navštěvuje programy, kde je s lidmi. Když jsem se jí zeptal, jak to vše začalo, tak mi odpověděla, že se nejdříve cítila normální, že žádné problémy necítila. Později mi pouze řekla, že jediná věc po dlouhé době, na které se shodli její rodiče, je dát ji do léčebny. Tvrdí, že vlastně tam začali její problémy, že tam se zkazila, hlavně kvůli té deprimující atmosféře, která tam panovala. Když jsem se jí zeptal, co říká psychoterapeutovi, tak mi řekla, že vlastně nic a že on už si zvykl. Ptá se jí jen co dělala, jestli stále kreslí a jestli chodí na injekce. Martina totiž brala dříve prášky, ale byla velmi nešťastná z toho, že tak tloustne, že poprosila, že raději přetrpí injekce a nebude tak tlustá. Martina má jednou za čas halucinace, už nejsou tak časté jako dříve. Svěřila se mi, že ji život občas vážně nebaví, ale že se snaží být silná a být tu pro své přátele. Byla několikrát hospitalizovaná. Její otec ji často říkal, že je blázen. Když jde občas po ulici mívá divná tušení, že se o ní ostatní lidé baví. Říkala mi také, ale jen velmi stručně, že se vždy zhroutila, když si uvědomila, že její matka ji nechce a její otec ji má za blázna. Tady v té situaci začala mít Martina slzy a to byl pro mě velmi špatný signál, i když jsem jí řekl, že o tom nemusíme mluvit. Rozhodl jsem se přejít rychle na lepší téma

Budoucnost

Když si Martina zapálila další cigaretu a uklidnila se, zeptal jsem se jí, jak sama sebe vidí v budoucnosti, co by si přála. Řekla mi, že by chtěla být šťastná, hubená a šťastná. Řekla mi, že asi začne více cvičit a že kdyby to šlo, tak chodí i běhat. Jinak o budoucnosti moc nepřemýšlí, chtěla by se mít lépe, to je pro ni nejdůležitější, chtěla by mít více přátel a hlavně by chtěla mít práci, aby od nikoho nemusela dostávat peníze. Na závěr mě však velmi příjemně překvapila, když řekla, že stejně ze všeho nejvíc chce pomáhat lidem, protože jsou na světě tací, kteří se mají mnohem hůře než ona.

Respondent č. 3: „Milan“

Základní údaje

Muž, je mu 30 let. Bydlí se svojí matkou a jejím přítelem, byla mu diagnostikována obsedantně-kompulzivní porucha a paranoidní schizofrenie.

Bydlení, zázemí

Milan bydlel až do svých 10 let se svými rodiči a s mladším bratrem v menším, starším domku, který jim přenechala jejich prababička. Jenže, když bylo Milanovi 10 let, tak se rodiče rozvedli. Zatímco jeho bratr zůstal s otcem v městečku, kde bydleli, tak Milan se odstěhoval s jeho matkou do nedaleké obce, kde měl Milanův děda pozemek s menší chatou, nebo spíš statkem. Zde pak byli společně s matkou sami asi dva roky, poté si Milanova matka našla v práci zpočátku kamaráda, ale protože s ním trávila hodně času, tak se podle Milanových slov, do tohoto přítele zamilovala a za pár měsíců už tam bydlel. Zpočátku si s ním nerozuměl, neustále ho trochu štválo, že se rodiče rozvedli, dlouho ho nedokázal pocitově vstřebat. Mace to stále vyčítal, nebo to vyčítal sobě, když se nastěhoval přítel, často to pak vyčítal jemu. Po třech letech se rozhodl Milan, že půjde někam jinam. Rok bydlel u svého dědy ze strany otce, jenže ten pak začal mít zdravotní problémy, byl často hospitalizován a i když mu Milan nabízel, že se o jeho byt postará, jeho rodina ho nenechala.

Protože však jediné místo, kam Milan nechtěl jít zůstal statek s matkou a jejím přítelem a protože nechtěl jít k otci, protože tam už byl jeho bratr, poradili mu u jedné příspěvkové organizace, že může zkusit chráněné bydlení. Nakonec sehnal ještě jednoho spolužáka, který měl také problémy. V chráněném bydlení spolu bydleli dva roky. Byl jim doporučen terapeut, který je bude chodit navštěvovat a povídat si s nimi. Jenže po čase to Milana přestalo bavit a později se vrátil k matce na statek.

Rodina

Když bylo Milanovi 10 let, jeho rodiče se rozvedli, jeho bratr zůstal s otcem, Milan zůstal s matkou. Přestěhovali se na statek, který tam měl děda Milana ze strany matky. Velmi rád měl svého dědu z tátovy strany, protože u něj bydlel. S druhými prarodiči se moc nestýkal. Se svým mladším bratrem komunikuje normálně, občas za sebou přijedou, mají relativně pěkný vztah. Se svým otcem se moc nebaví, říká, že se zeptá na otce přes svého bratra, když se s ním vidí.

Vzdělání

Milan chodil do základní školy ještě v městečku, kde bydlel, když byli rodiče spolu. Na tu školu rád vzpomíná, říká, že to byly prostě začátky, kde se vše dařilo. Poté, když se přestěhoval s matkou pryč, což bylo na konci čtvrté třídy, tak musel zbytek dochodit ve vesnici (větší), kde škola byla. Zde sice moc kamarádů neměl, ale podle svých slov se snažil dělat dobrý dojem. Nejdříve pro ně byl kluk z velkoměsta, přitom Milan z žádného velkoměsta není, ale poté si našel kamarády, kteří také úplně nevyrostli v této vesnici. Jako střední školu si vybral hotelovou školu a obor kuchař-číšník. Zde studoval rok bez problémů, ale pak mu začali zdravotní problémy. Protože však jak říká, měl velké štěstí na učitele, dopomohli mu pak k tomu, aby odmaturoval. I když měl pocit, že by mohl studovat alespoň vyšší odbornou školu, tak se rozhodl vzhledem ke své nemoci, že by to nezvládl.

Vztahy

Milan měl během svého života také pár partnerek. Většinou se ale jednalo o krátkodobé vztahy, někdy ani ne měsíc dlouhé. Pak měl také dva delší, ty byly dlouhé přes rok. Důvody se většinou týkaly Milanové nemoci. Často měnil náladu, nechodil na schůzky, omlouval se a styděl se za své chování, které však nešlo změnit, jak by chtěl. Milan by v současné době chtěl partnerku, chtěl by dlouhodobý vztah a založit třeba někdy rodinu, ale pořád je pro něj hlavní zdraví. Říká, že taková láska musí přijít sama, že ji nechce hledat a dodává, že ví, co je to milovat a ten pocit zažil mockrát.

Přátelé

Přátel neměl Milan nikdy dost. Bylo to hlavně kvůli tomu, že pár jich měl, když chodil na základní školu a pobýval tam i v kroužku a v družině, ale když se pak přestěhoval, chvíli to trvalo, navíc kamarádi, se kterými se tam seznámil byly většinou z jiné obce, takže moc volného času spolu trávit nemohli. Na střední škole se seznámil s jednou partou, se kterou pobýval celkem často, ale jak sám říká, nikdy to nebylo kamarádství na život a na smrt. Přátele si spíše získal díky své nemoci, stejně tak několik partnerek. Z přátel, které potkal během své nemoci, se stali jeho nejlepšími kamarády, kteří za ním stojí a on za nimi.

Zájmy

Milan vždy rád vařil, říká, že škola ho sice něco naučila, že ho bavila hlavně praxe, kde se naučil různé styly a přístupy k vaření, ale teoreticky nebyla moc dobrá. Vždy totiž rád experimentoval, připravoval rodině jídlo, sám si dělal svačiny od 8 let. Dále pak rád čte a kouká na pořady anglického kuchaře Jamieho Olivera. Má také rád české pořady o vaření. Vedle toho také studuje zeměpis, zatím jen čte, ale snaží se co nejvíce poznávat, protože plánuje, že všechny zajímavá místa, alespoň v České republice, navštíví. I když přiznává, že nikdy ho knížky moc nebavily a nevyhledával je, tak když jsou o něčem co ho zajímá, bere je jako nejlepší trávení volného času, stejně tak jsou pro něj nejzajímavější jako dárek.

Práce

Když dokončil střední hotelovou školu a jeho stav se zlepšil, protože na konci studia to nebylo moc dobré, tak si našel práci jako kuchař v jedné hospodě, kde se vařilo. I když se snažil přinést něco zajímavého, tak po pár měsících zjistil, že mu práce nic nepřináší. Jeho zaměstnavatel ho neustále upozorňoval, že dělá chyby. To však chyby nebyly, říkal mu to pokaždé, když chtěl něco udělat jinak a podle svých slov, lépe. Stejně tak začal mít v práci halucinace. To se stalo později, když nastoupil na jiné místo, zde byl pak necelý měsíc. Začal dělat jídla, které nebyly objednané. Nejdříve sváděl vinu na ostatní, že jídlo nezapsali a tak, ale později mu došlo, že chyby dělá on. Vaření mu velmi chybí, ale pro lidi už nemůže pracovat. Nyní pobírá invalidní důchod.

Finance

Milan pobírá plný invalidní důchod, protože nemoc mu „zaručila“ třetí stupeň invalidity. Je držitelem průkazu zdravotně postiženého. Díky tomu má výrazné slevy. Říká, že peníze mu zatím stačí, ale nemůže s nimi vystačit, pokud chce začít uskutečňovat své sny. Cestování něco stojí, Milan chce zkrátka poznávat nové věci. Rodina ho vzhledem k jeho věku již moc nepodporuje, sám Milan má však raději, když mu někdo koupí dárek jako pozornost, třeba knihu nebo nějaký dokument. Nikdy neměl moc rád, když mu ostatní dávali peníze.

Schizofrenie

V 17-ti letech začal mít velmi hluboké deprese. Nevěděl, jak se jich zbavit. Velmi často se uzavíral do sebe a nekomunikoval s okolím. Začal mít bludy, trpěl nespavostí, kterou trpí doteď, slyšel různé hlasy a zvuky. Naštěstí byl natolik uvědomělý, že po delší době, kdy se mu nepodařilo svůj stav uklidnit, si uvědomil, že se může jednat o duševní nemoc. I když však o své nemoci věděl, nedokázal ji popsat. Přiznává, že měl i sebevražedné myšlenky. Hlavně i později, když byl v kuchyni, často i sám, měl tendence vzít nůž a pořezat se. Jednou to prý udělal, pořezal se na ruce a skončil na ambulanci, kde mu šili 15 stehů. Již v 18-ti

letech byl hospitalizovaný na psychiatrickém oddělení. Až v ten moment se dozvěděl, že trpí paranoidní schizofrenií. Milan však nechtěl nechat nic náhodě. Na tomto psychiatrickém onemocnění se opravdu snažil. Poctivě se svěřoval terapeutovi, říkal mu i své nejtemnější myšlenky. Jenže, když rodina Milana a on sám měl oddělení opustit, tak si Milan uvědomil, že konec ještě není, že léky sice zabírají, ale on chce pokračovat v léčbě. Sám se nechal přemístit do psychiatrické léčebny. I terapeut mu doporučoval, že léčba za přispění rodiny bude přirozenější a má lepší výsledky, ale Milan v té době neměl vůbec jistotu a kontrolu nad sebou. Když opustil léčebnu, tak se snažil žít sám, samostatně. Vydržel však jen půl roku, poté se zase vrátil na psychiatrické oddělení. Podstupoval různé druhy terapie, za tu dobu také vystřídal různé antipsychotika. Od té doby to měl různá období remise, které byly delší i kratší, ale poté vždy následovalo kritické období, kdy se Milanův stav velmi zhoršil. Vždy si však pamatuje, že tato období v léčebnách bral velmi těžce, přesto věděl, že je to pro něj nejlepší a že jiné východisko neexistuje. Vystřídal několik terapeutů. Tvrdí, že s léků měl spoustu negativních účinků. Doteď má problémy se sexuálním vzrušením, spí pouze 4-5 hodin denně.

Budoucnost

Milan má tu představu, že vzhledem ke svému věku už toho moc nestihne. Má spoustu plánů, kdy chce cestovat a objevovat prozatím naši Českou republiku. Chtěl by si později založit rodinu, být normální. Stejně jako ostatní by se rád vrátil do normálního života. Navštěvuje stále terapeuta ale podle svého mínění už to nebude trvat dlouho a přestane brát i léky. Stejně tak by si přál, aby mohl normálně pracovat, i když s tím moc nepočítá. Je totiž předurčen k tomu, aby vařil. Nejlépe nějaké slavné osobnosti.

Respondent č. 4: „Šárka“

Základní údaje

Žena, je jí 26 let, adoptovaná, neukončená střední zemědělská škola, diagnostikována simplexní schizofrenie. Bydlí v azylovém domě.

Bydlení, zázemí

Šárka bydlela s nevlastními rodiči v panelovém domě v poměrně větším městě. Žila zde se svojí matkou, otcem a dvěma sourozenci. Ti byly již vlastními dětmi, pro Šárku tedy nevlastní sourozenci. Byt ji připadal vždy velmi malý, necítila se tam fajn, jen několik pár let, co si ji vzali do své péče. Šárka ztrávila v dětském domově 7 let, než si pro ni někdo přišel. Prý doteď neví, co je s jejími rodiči. Ti nevlastní si ji vzali, když se její nevlastní matce nedařilo otěhotnět. Šárka totiž vždy byla velmi půvabná dívka, která působila roztomile. To je podle ní hlavní důvod, proč si ji tehdy vzali. Kromě tedy toho, že jako jedna z mála, nebyla Romka. Do doby, než jí bylo 14 let, tak vše fungovalo, rodiče se starali, dávali na ni pozor, zajímalo je co dělá. Změna přišla, až když se narodili dvojčata. Najednou přestával být o Šárku zájem. Později bydlela u svého přítele, pak také ve squatu, chvílemi neměla kde spát, takže byla bezdomovkyně, až nakonec skončila v azylovém domě, kde je pořád.

Rodina

Z matčinné strany Šárku její nevlastní prarodiče nikdy nepřijali, proto se s nimi moc nestýkala, připadala jim jak přiřazené dítě. Z otcové strany to bylo lepší, akorát že zde žila pouze její nevlastní babička, protože děda dávno zemřel. Podle vyprávění však Šárce připadal jako velmi zajímavý muž a vždy ho chtěla poznat. Trochu opory v nevlastní babičce měla. Od narození dvojčat Šárce připadalo, že se rodina vzdaluje, navíc jí začala puberta, takže začala mít spoustu problémů, výjevů vzteku a agrese, nechápavosti apod. Jako rodina již prý od té doby nefungovala. Hned pochopila rozdíl mezi tím, když je někdo vlastní dítě a někdo adoptovaný. Snažila se začlenit, ale pochopila, že to není jen o tom, že jsou její sourozenci malí, ale hlavně, že jsou vlastní, Šárka už se pak s tím nikdy nesmířila. Jezdili dále na

výlety, nebo jen na procházky a nabízeli Šárce, aby šla s nimi, ale Šárka vždy odmítala. Nejdříve aby si počkala na reakci rodičů, jestli ji budou přemlouvat a tak, později však nečekala a vždy se vymluvila na návštěvu kamarádky apod.

Vzdělání

Šárka chodila na jednu z městských základních škol. První stupeň, kam nastoupila o rok později ji šel celkem průměrně, měla jedničky a dvojky, na druhém stupni, hlavně pak, když začala 8. třída, tak to začala velmi flákat, začala chodit za školu, nedělala domácí úkoly, měla problémy s chováním, respektem k učitelům, často mluvila sprostě. Nakonec dostala dvakrát nedostatečně a 8. ročník musela opakovat. To ji podle jejich slov také zkazilo vztah s rodiči. Nakonec ale základní školu dodělala, ale již se čtyřkama na vysvědčení a sníženou známkou z chování. Pak se rozhodovala, kam půjde a chtělo se jí hlavně tam, kde se toho nemusí moc dělat. Když přemýšlela o odborné škole, tak si nakonec řekla, že tam mají pouze jeden obor s maturitou a ten pro ni není a ona maturitu chce, tak šla nakonec na střední zemědělskou školu. Tady však stejně do školy moc nechodila, i když, jak říká, první ročník se ještě snažila. Již však na základní škole, stejně tak na střední se dala dohromady s partou, která brala drogy, chodila za školu, provozovala různé nelegální činnosti apod. Nakonec kvůli nemoci ukončila po 2. ročníku studium a již se sem nevrátila. V současné době si nic dodělávat nechce, ani nad tím nepřemýšlela, tvrdí, že jí to je k ničemu, důležitější je, jestli se člověku daří nebo ne a jestli je zdravý nebo nemocný, vzdělání důležité není.

Vztahy

Šárka měla svůj první vážnější vztah v 16-ti letech, když končila základní školu. Našla si kluka, který začal kouřit, již když mu bylo 12 let. Často o nocích sprejoval a také s kamarády dělal výtržnosti. Šárka se k nim často přidávala, podle svých slov spíše hlídala, kdyby se objevila policie nebo majitel nemovistosti, přesto ale spousta zdí také posprejovala, říká, že když měla možnost něco si nakreslit, tak proč ne. Tento vztah skončil asi 4 měsíce po tom, co začal. Šárka začala mít velké psychické problémy. Zjistila také, že ji přítel podváděl s kamarádkou. Další vztahy pak měla, jak říká, na jednu noc. Často se scházela spousta lidí,

kde hromadně provozovali sex, střídali partnery a to všem bylo kolem 18-ti let. Na těchto akcích se seznámila s jedním klukem, se kterým později začala chodit. Líbil se jí protože byl známý v této komunitě, měl respekt a to asi hlavně z toho důvodu, že vařil pervitin a ostatním ho prodával. Šárka nejdřív nechtěla, protože do té doby pouze kouřila a každý druhý den si dávala marihuanu, po čase jí to však podle jejich slov omrzelo a ona chtěla něco víc, takže začala brát pervitin. Nakonec ale tento přítel skončil za mřížemi, protože o rok později na něj přišla kriminální policie. I Šárka z toho měla velké problémy, jenže to už bylo v době, kdy nikoho nezajímala, snad jen babičku. V současné době má přítele, se kterým je spokojený, hlavně proto, že její přítel nebere drogy, nepije alkohol a dokonce ani nekouří cigarety.

Přátelé

Přátel měla Šárka vždy dost, nejráději však vzpomíná na děti, které si s ní hrály ještě v dětském domově. Sice si nepamatuje jejich jména, sotva jejich tváře, ale vždy jí zajímalo, jak se tyto děti mají a jak dlouho tam vlastně zůstaly. Později na základní škole měla kamarádky ze třídy, ale s nimi se přestala stýkat, hned jak skončila škola. Navíc třikrát na škole vystřídala kolektiv, nejdřív je na druhý stupeň přeskupili, takže byli s úplně jinými žáky a později, když opakovala ročník. Na střední škole neměla moc kamarádů ve třídě, spíše žádného, ale kamarádila se hlavně s lidmi s party, ti jí totiž vždy pomohli, sehnali ji, co potřebovala, většinou ale ne za peníze, ty totiž neměla, takže se jim to snažila vynahradit jinými způsoby, na některé z nich by dnes nejráději zapomněla.

Zájmy

Šárka nikdy neměla nějaké koníčky, nebo zájmy, které by ji držely celý život. Dnes si nevpomene, co jí bavilo, když jí do doby, než jí bylo 16 let. Později to byli kamarádi, chození s nimi ven, popíjení alkoholu. To jí bavilo nejvíce, neví, jestli to nazvat koníčkem, ale dělala to pořád, takže na koníčky nebyl čas. Dodává, že i drogy byly jejím koníčkem, protože jí bavilo dělat cokoliv, když měla stav z drog. Nyní má ráda přírodu, ráda se prochází sama se svým přítelem, dále také četba románů.

Práce

Šárka měla do svých 18-ti let pouze prázdninové brigády, ale ve většině z nich nestrávila moc času, protože měla vždy problémy s autoritou a když už na tu brigádu přišla, někdo ji pomohl ji sehnat, tak jestli vůbec přišla, tak po pár dnech ji nebavilo poslouchat něčí rozkazy. Vyzkoušela práci ve skladu, jako prodavačka, nosila často letáky, uklízela apod. Vždy, když však skončila, tak si říkala, že toto nikdy nebude dělat. V současné době pracuje shání práci, čekají ji dva pohovory na místo skladníka a šatnáře v jednom divadle.

Finance

I když Šárka si nebyla vždy jistá tím, jak si po narození dvojčat její nevlastní rodiče berou, přesto se jí snažili vždy finančně podporovat, alespoň tak. Šárka si myslí, že to stejně dělali jen proto, aby necítili vinu za to, že na ni kašlou. Peníze dostávala hodně od své babičky, aniž by věděla na co jí je dává. Většina z nich skončila v drogách, nebo sprejích, které klukům sháněla. Později, když si našla současného přítele, tak ji dává peníze on, respektive nedává, ale vše dělají spolu. Od svých nevlastních rodičů dle vlastních slov neviděla od svých 18-ti let ani korunu. Vydělávala si i sexem.

Schizofrenie

Šárčina nemoc byla vždy velmi vážná, vždy proměnná, nezačala a neskončila stejnými symptomy. Doteď si myslí, že v ní nemoc propukla kvůli jejímu pocitu odcizení, že celý život hledá sama sebe, že nikdy nezjistila, kdo jsou její rodiče a hlavně se nesrovnala s faktem, že její nevlastní rodiče o ni ztratili zájem. Začalo to tím, že Šárka měla výčitky svědomí a začala být v depresích, ve škole, když to přestala zvládat, tak se u ní projevila panika a každodenní stres, hlavně se nechtěla vracet domů, kde ji nikdo nevíta. Začala mít problémy se spánkem, kdy ji poprvé v nemocnici předepsali léky. Začala ale trpět insomnií. Říká, že ty stavy se později hodně překrývaly s těmi z drog, takže těžko říci, kdy jí bylo dobře a kdy ne. Hezké to

bylo jen, když si píchla drogy. Ty ji ale nakonec vůbec nepomohli, protože díky nim měla větší deprese. Cítila se stále nervozně. Spíše kvůli drogám, než kvůli schizofrenii začala mít halucinace. Když měla 19 let, byla hospitalizovaná na psychiatrickém oddělení. Sem ji doporučila její nevlastní matka, která již zároveň věděla, že Šárka bere drogy, myslela si, že ji to pomůže i od drog. Jenže když Šárka oddělení opustila s patřičnými léky, přestala je po pár dnech brát a vrátila se zase k drogám, ke stejné partě apod. Ti s ní nechtěli ze začátku vůbec nic mít, protože si mysleli, že je blázen a nechtěli ji mít na svědomí, kdyby se něco stalo. Šárka tak zůstala se svým přítelem, který vařil pervitin. Tady to období charakterizuje jako halucinační, protože měla každý den halucinace. Když jejího přítele zatkli, byla nějakou dobu bez domova, byla prý v takovém stavu, že dom jít určitě nechtěla. Nejvíce ji mrzelo, že nemohla jít k babičce, protože nechtěla, aby ji takto viděla. Přespávala u kamaráda, někdy i venku. Občas ji někdo půjčil auto, ať může přespat tam. Nechala se sama hospitalizovat v psychiatrické léčebně, i kvůli tomu, že neměla, kde žít. Neustále viděla vše černě, nemohla být šťastná, cítila se nervozně a neklidně. Zde dostala antipsychotika, které později vyměnila za injekce, drogy již nebrala druhým rokem. Říká, že se z toho sama dostala a že celou dobu měla před očima děti, které znala jako malá v dětském domově a že to dělala hlavně kvůli nim. Někakou dobu měla stále psychické problémy, ale její stav se hodně zlepšil, když potkala svého současného přítele, kterého poznala na terapeutickém sezení vyléčených drogově závislých. Její přítel tato sezení vedl, jako dobrovolník, zadarmo, dříve měl také problémy s drogami, ale v současné době je o 10 let starší, než Šárka, takže je bez drog o dost déle než Šárka. Léky stále bere, stále chodí k terapeutovi profesionálovi.

Budoucnost

Šárka nyní přemýšlí, že se konečně odstěhuje z azylového domu za svým přítelem. Ten se totiž před rokem dozvěděl, že má malou dceru, takže si s ní stále vytváří vztah a nechce zde třetí osobu. Šárka zatím čeká, je pro ni také důležité, až se bude cítit výborně, což bylo naposled před půl rokem asi, aby se šla podívat za svými rodiči, sourozenci, chce navštívit babičku, které často volala, ale vždy ji řekla, že je pryč a nemůže ji přijít pozdravit. Chce se jí podívat do očí a říct jí, že ji celou dobu lhala, že se měla velmi špatně, ale nenašla odvahu ji o říct. Stejně tak chce práci, protože si myslí, že ji to velmi pomůže a hlavně rozšíří možnosti.

INTERPRETACE

Polostandardizované rozhovory dopadly velmi dobře. Všechny proběhly v klidné atmosféře na místech, které byly vybrány respondentmi. Od respondentů jsem získal všechny potřebné informace, které jsem potřeboval. Když jsem si všiml, že určité téma je pro ně nepohodlné, mluví se jim o něm špatně, okamžitě jsem změnil směr a ptal se na jiné věci. Chtěl jsem, aby mohli říct své příběhy někomu jinému, než terapeutovi, nebo někomu, kdo je bude soudit. Chtěl jsem, aby šlo o rozhovory, které se jim budou líbit, které si později mohou přečíst, protože všem respondentům jsem to samozřejmě slíbil. Všichni mi svými informacemi velmi pomohli k praktické části mé bakalářské práce. Někdy jsem byl až překvapen, jak byli respondenti otevření, nebáli se říct cokoli do hloubky, někdy šlo i o věci poměrně choulostivé, nebo velmi soukromé.

V předchozích podkapitolách lze velmi jasně a detailně vyčíst současný a minulý život lidí trpících schizofrenií, přesto jsem se však rozhodl přenést tyto konkrétní informace, alespoň v heslech do přehledné tabulky, která bude složena z jednotlivých řádků, každé na konkrétní téma a budou zde srovnány témata všech čtyř respondentů. Postupně budu dané oblasti u všech respondentů srovnávat. Pro detailní informace se lze vždy vrátit k podkapitolám

	„Petr“	„Martina“	„Milan“	„Šárka“
Základní údaje	Muž, 23 let	Žena, 22 let	Muž, 30 let	Žena, 26 let
Bydlení	S rodiči	Chráněné bydlení	S matkou na statku	Azylový dům
Rodina	Rodiče již bez hádek, vychází dobře se svojí sestrou	Rodiče se nestarají, pouze nevlastní matka ji dává jídlo	Rodiče rozvedení, kontakt pouze s matkou a bratrem	Nevlastní Rodiče se nezajímají, pouze babička
Vztahy	Několik partnerek, ale během nemoci chtěl být sám	Vystřídala pár partnerů, pouze na krátko, nyní nezadaná, nikoho nechce	Dva delší vztahy v období dospívání, nyní bez partnerky, chce však založit rodinu	Delší vztahy, často kvůli sexu, nyní se starším přítelem, vidina společného života
Přátelé	Pouze kamarádi, které poznal během nemoci	Jedna kamarádka a jeden velmi dobrý kamarád, nechce ho ztratit	Pár velmi dobrých kamarádů, potkal během léčby	Spíše lidé z party, v současnosti nikdo důvěrný
Zájmy	Auta, modely aut, pořady o autech	Kreslení, programy resocializace	Gastronomie	Dříve drogy a parta, dnes příroda a četba
Práce	Brigády od příbuzných, nyní hledá práci	Pouze brigády, chtěla by pomáhat lidem	Pracoval jako kuchař, dělal chyby	Pouze brigády, problémy s autoritou
Projevy nemoci	Deprese, sebepoškozování, agresivita, halucinace	Halucinace, deprese, pocit sebestřednosti	Bludy, deprese, stres, nespavost, sebepoškozování	Nervozita, deprese, insomnie

Vzdělání	Výuční list, obor truhlář	Studovala dvě střední školy, žádnou nedokončila	Vystudoval obor kuchař-číšník (díky solidaritě učitelů)	Nedostudovala střední zemědělskou školu
Finanční situace	Peníze od rodičů a babičky	Invalidní důchod, matka kupuje kredit do mobilu	Plný invalidní důchod	Peníze od přítele
Budoucnost	Žije ze dne na den, chce být normální a chce najít práci	Chce začít cvičit, být hubená, chce více přátel	Chce rodinu, začít cestovat, chce vařit pro lidi a chce být normální	Hledá práci, chce začít žít společně s přítelem

Respondenti jsou ve věku 22 let až 30 let. Nejedná se o stejně staré osoby, přesto však jejich věk není ve velkém rozptylu. U všech se dá říci, že u nich propukla nemoc v mládí, v pubertě, nebo během dospívání. Na nemoci se podílelo několik odlišných faktorů. Jako první je potřeba zmínit, že ve všech případech nešlo o harmonické soužití rodiny. Petr jako jediný bydlí s rodiči. Vzhledem ke své nemoci by všichni mohli bydlet s rodiči, ale Petr u nich bydlí jen z důvodu, že si udržel alespoň částečně kladný vztah s matkou a otcem. Jeho rodiče se často hádali, ale naopak Petrova nemoc je dokázala sjednotit a donutit, aby spolupracovali. Martina a Šárka jsou mimo rodiče, jedna bydlí v chráněném bydlení, druhá v azylovém domě. Milan má částečnou rodinu, protože bydlí s matkou na statku, kde s nimi žije přítel matky. Kontaktuje se občas jen se svým bratrem. Nejhůře dopadli obě respondentky ženského pohlaví, protože o jednu se rodiče nezajímají, pouze ji platí matka telefon, pro jídlo si musí chodit k nevlastní matce, když vlastní otec není doma. U druhé ženské osoby se zase dá říci, že se jí její nevlastní rodiče zřekli, když začala mít problémy. Má tak pouze nevlastní babičku, se kterou se ale nyní nebaví. Z výše popsaných faktů by se dalo interpretovat, že všichni nemocní měli nějaké problémy v rodině, jejich rodiče spolu nedokázali vycházet, dle

mého názoru se to na všech dotyčných projevilo, myslím po psychické stránce. Nemuselo to být jako spouštěcí faktory nemoci, přesto však to jejich stavu nemohli nijak pomoci.

Dalším společným faktorem je pak jejich vzdělání nebo popřípadě jaké školy studovali. V celkovém srovnání je zde několik faktorů, které se jasně liší mezi pohlavími. Například u školy vidíme, že „Petr“ a „Milan“ dokázali vystudovat, tedy ukončit střední vzdělání. Oba dva mají výuční listy. Zatímco u „Martiny“ a „Šárky“ se tomu tak nestalo, protože obě nedokázaly úspěšně ukončit studium. První jmenovaná studovala dokonce dvě vysoké školy, ale stejně jako druhá jmenovaná měla během střední školy takové problémy, že i když někteří učitelé chtěli pomáhat, dostudovat se jim nepodařilo. Schizofrenici jsou i mezi vysokoškoláky, i když jen velmi malé procento, avšak když bychom nebrali v potaz, že nikdo z nich nešel na vysokou školu, tak je ale potřeba říci, že se všichni hlásili na odborné studia, které končily výučním listem.

Co se týká partnerů, tak jsou na tom respondenti také velmi podobně. Všichni nedokázali udržet jakkoliv delší vztah, i když dva z nich takový měli. Všichni také prošťídali několik partnerů. Každému však vztahy končily jiným způsobem. Například „Petr“ přišel o svou první větší lásku díky svému kamarádovi, se kterým začala chodit. „Martina“ zase nedokázala udržet vztahy hlavně kvůli svému vzhledu. „Milan“ se snažil najít partnerky, měl i delší vztah, ale jemu zase kazily vztahy jeho nemoc. „Šárka“ vystřídala asi nejvíce partnerů, hodně z nich ji ale využilo a pak ji odkoplo.

Mezi další „mezipohlavní“ faktory patří ty, které se týkají jejich přátel. „Petr“, stejně jako „Milan“ potkali své největší přátele hlavně během léčby své nemoci. Zatímco ten první potkal asi 3 kamarády, se kterými trávil hodně volného času, tak nyní si pouze volají, s jedním se vidí jen žrídka. „Milan“ zase během terapie potkal dva kamarády, kteří mu jsou dodnes velkou oporou, sami navzájem se dokáží podržet (již hodněkrát to bylo potřeba). U žen je to jiné. Zatímco „Martina“ má pouze jednoho kamaráda, kterého považuje za důvěrného, ale kamarádky nemá, tak „Šárka“ přátele v podstatě nemá, pouze svého přítele. Poznala prý spoustu lidí a ví, co všechno mohou způsobit, takže už si k sobě jen tak někoho nepustí.

Co se týká práce, tak ze všech respondentů pracoval pouze „Milan“. Ten vzhledem ke svému věku toho dokázal stihnout více a poté, co vystudoval obor, tak začal pracovat jako kuchař. Ostatní takové zkušenosti nemají, všichni tři měli pouze brigády. Kdy jeden z nich je měl pouze od rodičů, ale sám měl velké problémy si je sehnat a druhá, která měla více příležitostí, tak měla problémy s autoritou a tak přišla do práce vždy jednou dvakrát a pak už se jí nechtělo.

Finanční situaci mají také rozdílnou. „Petr“ hledá práci, peníze dostává stále od rodičů nebo babičky, jako jediný může, protože má s rodiči „normální“ vztah. „Martina“ má invalidní důchod a její matka jí akorát přispívá na kredit do telefonu, aby se jí mohla čas od času ozvat. „Milan“ také pobírá invalidní důchod, ale 3.stupně, má kartu ZTP-S, tedy i s průvodcem. „Šárka“ pak dostává peníze spíše od svého staršího přítele a také se snaží najít práci, tentokrát však bude zodpovědnější.

Schizofrenie všechny tři postihla, když byli mladí. U všech kromě „Šárky“ byla diagnostikována paranoidní schizofrenie. Akorát u dříve jmenované byla diagnostikována simplexní schizofrenie, protože neměla stále symptomy a neustále se u ní objevovalo něco nového. „Milan“ a „Šárka“ trpěli nespavostí, v jednom případě s velmi silnou intenzitou. Všichni respondenti trpěli depresemi. „Petr“ a „Milan“ se navíc sebepoškozovali. Všichni trpěli halucinacemi nebo bludy . Každý se s nemocí vypořádal jinak. Léky brali také rozdílně. Dva z nich brali perorální antipsychotika, dva z nich pak chodili na injekce. Dva z nich mají také zkušenosti s programem ITAREPS.

Budoucnost je také pohlavně rozdílná, protože muži chtějí být hlavně normální, akorát jeden z nich chce spíše najít práci, protože pracovat může, druhý chce spíše začít cestovat a později založit rodinu.

Závěr

Lidé si myslí, že schizofrenie je porucha osobnosti, která způsobuje to, že z člověk se stanou dvě osoby, jedna hodnější a jedna ta horší, agresivnější, nebezpečnější svému okolí. To ale není pravda. Schizofrenie je mnohem komplexnější. Spousta lidí si také plete samotnou schizofrenii se samotným nejčastějším příznakem a to jsou halucinace. Vezměme ale v potaz, že schizofrenie má tolik pozitivních, negativních a kognitivních symptomů. Schizofrenie znehodnocuje život člověka tolika způsoby, že si to neznalý člověk jen těžko představí. Lidé by si měli uvědomit, že člověk trpí bludy, má halucinace, nemůže spát, má problémy s emocemi, má problémy motoriky, nemůže se soustředit, může se sebepoškozovat, nevěří nikomu nebo spousta, desítky jiných symptomů, ale v první řadě nemůže v této společnosti fungovat. Nikdo mu nedá práci, nemůže normálně studovat, učit se, nemůže se věnovat často ani svým zájmům, nemůže mít velmi často normální vztah. Je velmi důležité, že spousta věcí

souvisejících s touto nemocí se vyvíjí. Je velmi důležité, že někdo pracuje na nových účinnějších lécích, stejně tak je důležité, že se při léčbě zdůrazňuje sociální faktor léčby. Za průlom považuji fakt, že se pacienti podílí na své léčby, určují si mantinely, mívají větší nadhled, což dříve nebývalo. Pacienti stejně tak mohou požádat i jiné specialisty a slyšet a vybrat si metodu, na kterou mají, nejen finančně, ale hlavně psychicky. Schizofrenie je specifická v tom, že to je nemoc interní, někdy nejde na člověku vidět. Každý z nás viděl spoustu lidí na kterých se nám něco nezdálo, například, že šli v nevhodném oblečení vzhledem k ročnímu období, byli velmi bledí v tváři a koukali do země. Říkali jsme si, že jim něco je, třeba jsou i nemocní, ale mohli to být normální zdraví lidé. Pointa je v tom, že ta nemoc není viditelná, alespoň neprofesionálnímu oku ne. Schizofrenie je hlavně stav mysli, chaos mysli, nemoc, která probíhá uvnitř, která vytváří a určuje směr psychického stavu a je jen na konkrétním člověku, jak se s ní dokáže vypořádat, jak moc ji dokáže potlačit. Je však velmi dobré, že se v České republice rozvíjí spousta organizací, které pomáhají resocializovat, které pomáhají navracet do života. Nejznámější Baobab svůj program během posledních let změnil svůj program velmi výrazně. Již nejde pouze o chráněné bydlení nebo různé druhy terapie, ale také vzdělávací kurzy. Rozhovory na konkrétně nemocných mi opět ukázaly nové možnosti a nové pohledy na tuto nemoc. Každý ten rozhovor byl velmi speciální, každý byl jiný, každý měl jiné tempo, jiné životní události.

Shrnutí

Tato práce měla vysvětlit schizofrenii a její psychopatologické rozdíly mezi námi a nemocnými. Měla ukázat dopady, kam až a co všechno může schizofrenie způsobit našemu mozku, našemu tělu. Představil jsem pojem schizofrenie, věnoval jsem se také vývoji tohoto pojmu, historickými koncepty. Je až neuvěřitelné, jak se léčba za posledních 60 let změnila proti stoletím předtím, kdy se o ni moc nevědělo. Popsal jsem také všechny formy schizofrenie, od těch základních až po ty vedlejší. Stejně tak jsem vysvětlil a popsal všechny známé druhy symptomů. V kapitole psychopatologických důsledků jsem popsal i ty méně známé. Vysvětlil jsem také, jak vzniká taková nemoc, nebo jaký je její průběh a prognoza. Stejně tak jsem se dostal k léčbě této nemoci, jaké máme léky a jaké druhy terapie. V teoretické části mé práce jsem se snažil ukázat a popsat celkový rozsah nemoci. Chtěl jsem svým tématem zdůraznit, jak nebezpečná tato nemoc je, ne ale pro okolí nemocného, ale po něj samotného. Jak těžké musí být se s touto nemocí vypořádat nebo se s ní srovnat, nebo dokonce vyléčit. Chtěl jsem poukázat na to, že schizofrenie není žádnou poruchou rozdělené osobnosti. Také jsem objasnil spoustu faktů, doufám, že vyvrátil spoustu domněnek k této nemoci. V praktické části jsem zprostředkoval čtyři naprosto unikátní rozhovory s lidmi, kteří trpěli, nebo stále trpí schizofrenií. Bylo pro mne velmi poučné, celá tato práce a já jsem velmi rád, že jsem si vybral toto téma.

Summary

This work had to explain schizophrenia and pathopsychological differences between us, healthy people and ill people. It had to show how far and what could schizophrenia cause to our brain, to our body. I introduced the concept of schizophrenia. I have explained historical concepts of schizophrenia too. It is also unbelievable, how treatment of schizophrenia has gone so far in last 60 years compared with centuries behind us. In these centuries people did not know about the schizophrenia so much. I explained all forms of schizophrenia. I also explained and described all known symptoms. In a main chapter with psychopathological consequences I have explained less well-known. I have described starting reasons or what else could cause a start of schizophrenia. In other chapter I have described a treatment of this disease, what medication we can use or what kind of therapy we can choose. I want to show how complicated this mental disorder is, how complex it is, how dangerous it is, but not only for people living with this ill person, but just for himself. It is also very hard to deal with this disease or even get better. I want to point out that schizophrenia is not just a split personality disorder. I have also explained a lot of facts and I hope I refuted a lot of conjectures. In the practical part of this work I have shown four totally unique interviews with who have suffered or still suffering from schizophrenia. It was very enlightening for me and I am very glad that I choose this topic.

LITERATURA

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie. ŠPANIEL, Filip. *Schizofrenie : Jak předejít relapsu aneb terapie pro 21.století*. Praha. Mladá fronta a.s., 2011. ISBN 978-80-204-2494-5

ČEŠKOVÁ, Eva. *Schizofrenie a její léčba: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha:Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-056-9.

HANZLÍČEK, Lubomír. *Psychiatrická encyklopedie. Část věcná. Díl VII. – Schizofrenie*. Praha, 1982. Evidenční číslo ÚVTEI 73 142

HELL, Daniel. FISCHER-FELTEN, Magnet. *Základy pro porozumění a orientaci*. (Překlad) Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 1988. ISBN 80 – 967277 – 2 – 9

HöSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J., *Psychiatrie*. Praha, 2002, Tigis, s.r.o., ISBN 82-900130-1-5.

LIBIGER, Jan. *Schizofrenie*. Psychiatrické centrum Praha, 1991. ISBN 80-85121-13-1

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

MALÁ, Eva. *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. Praha : Grada, 2005. ISBN 80-247-0737-3

MOTLOVÁ, Lucie. KOUKOLÍK, František. *Schizofrenie: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. 1. vydání. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-277-3.

SYŘIŠŤOVÁ, Eva. *Speciální otázky zdravotnické psychologie*. Státní pedagogické nakladatelství, Praha, 1968. ISBN 17-078-68

ZVOLSKÝ, Petr. *Obecná psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-7184-494-2.

Internetové zdroje

www.schizofriends.cz

www.schizofrenie.zdrave.cz

www.stopstigma.cz

www.lekarske.slovniky.cz