

**Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta**

Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Karolína Kosová

*Kvalita života osob s onemocněním schizofrenie
v kontextu předsudků a možnosti sociální práce*
Diplomová práce

vedoucí práce: Mgr. Hana Krylová, Ph.D.

2012

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

V Ostravě dne 18. 4. 2012

Karolína Kosová

Ráda bych poděkovala mé vedoucí práce, paní Mgr. Haně Krylové, Ph.D. za vstřícné vedení, čas, který mi věnovala a inspirující podněty. Dále bych ráda poděkovala pracovníkům zařízení MENS SANA, o. s. za pomoc s výzkumem a možnosti jeho realizace a všem respondentům, kteří mi ochotně věnovali svůj čas a poskytli mi odpovědi na mé otázky. V neposlední řadě děkuji své rodině, za veškerou pomoc a podporu.

Obsah

Obsah	4
Úvod.....	7
1 Schizofrenie.....	9
1.1 Obraz postižení psychických funkcí u schizofrenie	10
1.2 Diagnóza schizofrenie	14
1.3 Druhy schizofrenie	15
1.3.1 Paranoidní schizofrenie	15
1.3.2 Hebefrenní schizofrenie	16
1.3.3 Katatonní schizofrenie.....	17
1.3.4 Nediferencovaná schizofrenie	18
1.3.5 Postschizofrenní deprese	18
1.3.6 Reziduální schizofrenie	18
1.3.7 Simplexní schizofrenie	19
1.4 Průběh schizofrenie	19
1.5 Léčba schizofrenie.....	21
2 Psychosociální důsledky onemocnění schizofrenie a kvalita života osob s tímto onemocněním	23
2.1 Vymezení kvality života.....	23
2.2 Přístupy ke kvalitě života.....	25
2.2.1 Fyziologický přístup ke kvalitě života	26
2.2.2 Psychologický přístup ke kvalitě života.....	27
2.2.3 Psychoterapeutický přístup ke kvalitě života	27
2.2.4 Sociologické aspekty ke kvalitě života	27
2.2.5 Ekologické a environmentální hledisko kvality života	29

2.2.6	Kvalita života a vzdělání	30
2.3	Kvalita života u osob s onemocněním schizofrenie v kontextu předsudků.....	31
2.3.1	Chybné předpoklady udržující stigma schizofrenní nemoci	34
3	Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním.....	36
3.1	Sociální pracovník jako poskytovatel péče o osoby s duševním onemocněním	36
3.2	Systém péče o osoby s duševním onemocněním	39
3.3	Oblasti potřebné péče	41
3.3.1	Získání a rozvíjení užitečných sociálních dovedností a schopností.....	41
3.3.2	Bydlení pro osoby s duševním onemocněním	41
3.3.3	Práce	44
3.3.4	Smysluplné trávení volného času.....	45
3.4	Úrovně sociální práce	45
3.4.1	Komunitní přístup v péči	46
3.4.2	Práce s rodinou duševně nemocných	46
3.5	Sociální služby pro osoby s duševním onemocněním	48
4	Metodologie výzkumu	50
4.1	Cíle výzkumu a výzkumné otázky	50
4.2	Metody získávání dat.....	51
4.3	Metody zpracování dat	52
4.4	Realizace výzkumu.....	53
4.4.1	Průběh výzkumu	53
4.4.2	Výzkumný vzorek	54
4.5	Analýza dat	55
4.5.1	Předsudky, se kterými se lidé s onemocněním schizofrenie setkávají.....	55
4.5.2	Oblasti, které jsou ovlivňovány předsudky společnosti.....	59
4.5.3	Vliv předsudků na sebehodnocení a životní spokojenost.....	65
4.6	Diskuze	69

4.7 Souhrn.....	70
Závěr.....	71
Seznam použitých zdrojů.....	73
Abstrakt.....	76
Abstract.....	77
Seznam příloh.....	78
PŘÍLOHY.....	79
Příloha č. 1: Diagnostická kritéria DSM-IV pro schizofrenii.....	80
Příloha č. 2: Sedmistupňové rozlišení potřeb – A. W. Maslow.....	82
Příloha č. 3: Souhrn výsledků výzkumu.....	83

Úvod

S lidmi s duševním onemocněním se setkáváme dnes a denně. S těmi, kteří nejsou hospitalizováni a zavřeni za velkými silnými dveřmi a s těmi, kteří se přes svůj strach, obavy a nejistotu rozhodnou překročit práh svého domova. Jejich nemoc a trápení však není vidět, nemají na čele nálepku „mám schizofrenii.“ O to však je nemoc záladnějši, nevyzpytatelnějši a svým způsobem zrádná. Už to je samo o sobě nepřijemné, a těžko si dokážeme představit, jak těžké je s touto nemocí žít a vyrovnat se s ní. Samotná podstata nemoci její příznaky, průběh i léčba nejsou snadné, zvláště pak, když na ni člověk zůstane sám, když člověka opustí přátelé, rodina se za něj stydí, přijde o možnost studovat, pracovat, zkrátka žít tak, jak by si představoval a jak je v naší společnosti běžné. Člověk s onemocněním schizofrenie má pak, kromě údravy, jedno přání. Sejmutí té nálepky, kterou na sobě vidí pokaždé, když se podívá do zrcadla a když se dnes a denně setkává tváří v tvář s reakcemi okolí a předsudky společnosti. Lidé s onemocněním schizofrenie jsou především lidmi, se svou důstojností, touhami, city, silnými i slabými stránkami, právy. To, jak se k nim společnost staví, narušuje většinu složek jejich osobnosti, které ještě nestačila ovlivnit nemoc a narušuje většinu oblastí jejich života.

Cílem mé diplomové práce je seznámit čtenáře s hlavními znaky schizofrenie, popsat, jak tato nemoc ovlivňuje jednotlivé psychické funkce, jaký je průběh nemoci. Práce je konkrétně zaměřena na oblast kvality života a možnosti sociální práce a sociálních služeb jako způsobu zlepšení kvality života osob se schizofrenií. Tito lidé nepatří jen do rukou psychiatrů. Pomoc sociálního pracovníka má svou nezastupitelnou a velice důležitou roli v práci s takto nemocným člověkem. Pomáhá mu v oblasti bydlení, zaměstnání, volného času a v neposlední řadě v sebepojetí a posunutí kvality jejich života příznivým směrem. Oblast sociální práce s lidmi s duševním onemocněním by neměla být zanedbávána a měl by na ni být kladen velký důraz. Výzkumná část této diplomové práce je zaměřena na konkrétní předsudky, se kterými se osoby se schizofrenií setkávají, jak působí na jednotlivé oblasti jejich života a jak ovlivňují jejich sebehodnocení a osobní životní spokojenost.

Práce se skládá ze čtyř hlavních kapitol. První tři kapitoly jsou teoretické. První kapitola se zabývá schizofrenií, jejími příznaky, formami a druhy, její diagnózou. Popisuje jednotlivé postižení psychických funkcí, které nemoc postihuje. Zabývá se také popisem průběhu onemocnění a možnostmi léčby.

Druhá kapitola je zaměřena na kvalitu života a na psychosociální důsledky onemocnění schizofrenie. Tato kapitola obsahuje vymezení kvality života, jednotlivé přístupy ke kvalitě života a kvalitu života u osob s onemocněním schizofrenie v kontextu předsudků společnosti a stigmatizace.

Poslední teoretická kapitola popisuje roli sociálního pracovníka v životě lidí s duševním onemocněním, stejně tak jako systém sociální péče. Je zaměřena konkrétně na jednotlivé oblasti potřebné péče – na bydlení, práci, volný čas, a rozvíjení a získání sociálních dovedností a schopností. V této kapitole je popsán systém sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním tak, jak je vymezuje zákon o sociálních službách.

Čtvrtá a poslední kapitola je empirická. Byl proveden kvalitativní výzkum v občanském zařízení MENS SANA, které se zabývá podporou a pomocí lidem s duševním onemocněním. Výzkum probíhal formou rozhovoru s cílem zjistit, s jakými předsudky se ve svém životě osoby s onemocněním schizofrenie setkávají, jak tyto předsudky ovlivňují jednotlivé oblasti jejich života, jejich sebehodnocení a životní spokojenost.

1 Schizofrenie

Schizofrenie je duševní porucha, která se projevuje charakteristickým narušením myšlení a vnímání, poruchou emotivity a osobnostní integrity. Patří k nejzávažnějším psychickým poruchám (Vágnerová, 2000).

Schizofrenie jako onemocnění byla popsána již v období antiky. Prvním ustáleným názvem pro toto onemocnění byl pojem „dementia praecox“, poprvé vyřčený roku 1896 a následně zavedený roku 1898 Emilem Kraepelinem (1856 – 1926). Název schizofrenie pro toto onemocnění zavedl až německý psychiatr Eugen Bleuler (1857 – 1939). Slovo schizofrenie je řeckého původu *schizo* – štěpit a *phren* – rozum, myšlení. Tento název měl zdůraznit přítomnost rozštěpení (schizma) mezi myšlením, emocemi a chováním (Doubek, Herman, Hons, Praško, 2010).

Schizofrenie vzniká nejčastěji v rozmezí 16-25 let. Obě pohlaví jsou přibližně stejně postižena, u žen bývá začátek pozdní. Obvykle se objevuje v době přechodu k dospělosti, kdy se člověk odpoutává od své původní rodiny a osamostatňuje se. Jedinec disponovaný k onemocnění schizofrenií to zpravidla nedokáže a zůstává i nadále závislý. Nemoc se však může projevit i později, do 45. roku věku (Vágnerová, 2000). Ačkoli se schizofrenie projevuje právě v období dospívání a časné dospělosti, nezastupitelnou roli hraje již prenatální období. Trauma prožité během těhotenství či při porodu, může vyvolat dispoziční k tomuto onemocnění, jež se projeví o několik let později (Beck, Rector, Stolar, Grant, 2009).

Etiologie schizofrenie je různorodá. Obecně jde o důsledek vzájemného působení dědičných dispozičních a vyvolávajících podnětů. Dědičná dispoziční se projevuje určitou změnou ve struktuře i funkci mozku. Může jít např. o strukturální změny mozku, které jsou důsledkem odchylky migrace a konečné diferenciaci mozkových buněk, změny jejich vzájemného propojení atd. Takto disponovaný člověk bývá zvýšeně zranitelný i běžnými vlivy, má obecně nižší frustrační toleranci. I zátěže působící běžně v životě u něj mohou vyvolat schizofrenní onemocnění. Reakce ve formě onemocnění je jednoznačně nepřiměřená, je zřejmé, že zde hraje významnou roli určitá dispoziční nemocného. Problém nespočívá v zátěži, ale ve způsobu, jakým ji jedinec zpracuje.

Nejčastěji jde o akceleraci a rozšíření již dříve existujících hraničních variant psychických projevů (Vágnerová, 2000).

Se vznikem onemocnění schizofrenie souvisí také vzájemná propojenost mezi užíváním drog. Nejčastěji se v této souvislosti hovoří o užívání marihuany. Nedá se tvrdit, že užívání marihuany způsobuje vznik schizofrenního onemocnění, ale je zřejmé, že její užívání činí lidi mnohem náchylnější pro vznik psychických problémů, zejména právě schizofrenie (Pritchard, 2006).

Schizofrenie je u každého nemocného naprosto originální, tak jako je originální každý člověk. Proces nemoci a její zákonitosti jsou sice u všech pacientů obdobné, ale nemocný sám je pokaždé jedinečný, proto také psychopatologický obraz této nemoci je u konkrétního člověka specifický a pro něj typický. Vzájemná vazba mezi charakterem nemoci a osobností nemocného jedince, činí proto podobu této choroby neobyčejně rozmanitou a její diagnostiku velmi obtížnou. Další významný rys této nemoci spočívá v tom, že v ní hraje důležitou roli čas. Schizofrenie není nemocí několika dnů nebo týdnů. Schizofrenie znamená nemoc v pohybu, nemoc postupující a měnící se v čase. Její příznaky nelze pouze vyjmenovat a říct o nich, že jsou přítomny nebo nepřítomny. Jednotlivé příznaky spolu různě souvisejí, vzájemně se ovlivňují a tvoří integrovaný celek (Kučerová, 2010).

1.1 Obraz postižení psychických funkcí u schizofrenie

Osobnost nemocného se může již premorbidně, tj. stav před vypuknutím nemoci, vyznačovat určitými charakteristickými rysy (plachostí, redukcí sociálních kontaktů, uzavřeností). V úvodních projevech bývá plané filozofování, zájem o bizarní otázky nebo problémy. S trváním nemoci se objevuje netečnost, nezájem o okolí, nemocný se soustředí na vnitřní svět, který za přítomnosti bludů a halucinací může být pestrý a pacientovi zcela nahrazuje realitu. S nastupující dezintegrací osobnosti se i vnitřní svět osoby se schizofrenií rozpadá (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010).

Lidé s onemocněním schizofrenie se přestávají obvyklým způsobem orientovat v sobě samém i ve svém okolí. Dochází k odtržení od vnějšího světa i k rozpadu integrujících funkcí osobnosti. Nemocný ztrácí své já, svou identitu. Není si jistý, kým doopravdy je, často se považuje za někoho jiného. Myslí si, že má nereálné schopnosti. Obdobným způsobem přičítá nemocný nereálné schopnosti svému okolí (Vágnerová, 2000).

Myšlení je postiženo po formální i obsahové stránce. Porucha myšlení je jedním z hlavních příznaků schizofrenie. Z formálních projevů se vyskytují zárazy, tvorba vlastní symboliky, neologismy, nesouvislé inkoherní myšlení, zmatené myšlení. Po obsahové stránce bývá pro schizofrenii charakteristická přítomnost bludů. Někdy jde jen o difúzní paranoidní představy, jindy o pevně skloubené bludy. Bohatá bludná produkce je častá u nemocných s prohlubujícím se autismem. Při dlouhodobém trvání nemoci mohou bludy odeznívat nebo se rozpadat (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010).

Člověk s onemocněním schizofrenie nedokáže uvažovat koherentně (souvisle). Jeho úsudky, které se zdravým lidem jeví jako nesmyslné, vycházejí z jeho soukromé logiky, odrážející individuální svět halucinací a bludů. Typickým příznakem schizofrenie je porucha plynulosti myšlení, jeho roztržitost, stav, kdy se ztrácí logická souvislost i vztah ke kontextu. U schizofrenních pacientů se můžou objevovat zárazy myšlenkové produkce (ulpívání na jedné myšlence), nebo naopak chaos různých myšlenek. To vše se navenek projevuje inkoherní, nesouvislou, nesmyslnou nebo ochuzenou řečovou produkcí (Vágnerová, 2000).

Bludy jsou nevyvratná přesvědčení, která nemocnému připadají zcela reálná a pravdivá. Blud má většinou určitý časový vývoj. Nejdříve nemocného napadne jen myšlenka, postupně dojde k vývoji bludného přesvědčení, které dále může přejít až k propracovanému systému bludů. Na počátku rozvoje příznaků se stává, že nemocný hůře rozumí lidem v okolí a pod vlivem nemoci přestává rozumět svým úvahám. Dochází k jeho postupnému uzavírání se vůči okolí. Obsahy bludů jsou nejčastěji pocity vztahovačnosti a pronásledování (paranoidní a perzekuční bludy). Dále mohou být bludná přesvědčení o nadání výjimečnými až nadpřirozenými schopnostmi (extrapotenční bludy) nebo mohou být bludy o významném původu (originární bludy). Často se setkáváme s náboženským obsahem bludů - religiózní bludy (Doubek a kol., 2010).

Pacienti s bludy nechtějí a nemohou přijmout své omyly v testování reality. Svou snahou myslet v přesných pojmech se dopracují k poznatkům, které pak druzí označí za omyl. Proto je rozčiluje popírání jejich soudů. Snaží se být dominantní, jsou provokativní, snaží se manipulovat, jsou hyperkritičtí (Malá, Pavlovský, 2002).

Verbální projev se mění společně s myšlením, odráží stav vědomí nemocného. Osoby nemocné schizofrenií často inkoherně nejenom uvažují, ale i mluví, vytvářejí neologismy a komolí běžné výrazy. Krajiní variantou takového narušení je tzv. slovní

salát, kdy je verbální vyjádření zcela nesouvislé, což znamená, že mezi jednotlivými slovy neexistuje žádná spojitost (Vágnerová, 2000).

Autismus představuje tendenci k nápadné a nepřiměřené sociální izolaci, ke koncentraci na sebe sama a tomu odpovídající ztrátě zájmu o kontakt s okolím. Nemocný se stahuje do sebe, nerozumí vnějšímu dění, má z něj obavy a proto se mu raději vyhýbá. Narušená hranice mezi já a ne-já stimuluje potřebu izolovat se ve svém ohraničeném světě, kde by platily určité, z objektivního hlediska bludné, zákonitosti (Vágnerová, 2000).

Vnímání je u některých forem schizofrenie výrazně narušeno. Vyskytují se iluze a halucinace. Významné pro diagnostiku schizofrenie jsou halucinace intrapsychické – vkládání myšlenek, odcizování myšlenek, ozvučování myšlenek (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010).

Halucinace jsou projevem zkresleného vnímání reality. Jsou to falešné smyslové vjemy, které vznikají bez jasného zevního podnětu. Nemocní pak slyší, vidí a cítí věci, které ostatní nevnímají. Halucinacemi mohou být postiženy všechny smysly. Nejčastějšími jsou sluchové halucinace, kdy nemocný člověk může slyšet buď jednotlivé zvuky (zvonění, škrábání), nebo složitější vjemy (hlasy). Hlasy, které nemocný slyší, k němu buď mluví přímo, nebo mluví o něm, nebo komentují jeho jednání. Nebezpečnou variantou jsou hlasy, které dávají nemocnému příkazy, pod jejichž vlivem pak může dojít k ohrožujícímu chování. Hlasy mohou být vnímány jako slyšené ušima, nebo jako ozvučené myšlenky. Halucinace jsou často stejně intenzivní, nebo intenzivnější než vnímaná skutečnost, a to vede k tomu, že s nimi nemocní často komunikují. Zvláštním druhem halucinací jsou intrapsychické halucinace, při nichž má nemocný dojem, jakoby mu někdo myšlenky odnámal nebo vkládal do hlavy. Někdy mají nemocní pocit, že jsou jejich myšlenky ozvučovány, zveřejňovány nebo někým komentovány. Při zrakových halucinacích může nemocný vidět různé tvary a barvy, nebo osoby, ale také barvité scény. Čichové halucinace jsou často spojené s chuťovými halucinacemi, bývají součástí bludů. Nejčastěji nemocný cítí různé pachy nebo chutě, většinou nepříjemné, nebo má dojem, že mu někdo podal jed. Tělesné halucinace jsou vyjádřeny hlavně zvláštními tělesnými pocity, např. pálení, elektrizování a doteky po těle (Doubek a kol., 2010).

U schizofrenie se s trváním onemocnění charakteristicky mění **emotivita**. Na začátku nemusí být výrazné změny, jindy se vyskytuje vystupňování projevů vůči nejbližším. Vyskytují se i patologické výkyvy nálady – manický nebo depresivní

syndrom. Postupně v průběhu nemoci dochází k emočnímu vyhasínání. Nemocní jsou tupí, neteční, jejich emoční projevy mají malou polaritu. Nakonec se porucha emotivity projeví v apaticko-abulickém syndromu. Takovéto změny emotivity jsou charakteristické pro těžší formy onemocnění. Vleklý začátek a časný rozvoj negativních symptomů predikuje těžší a nepříznivý průběh. Lze říci, že jsou postihovány vyšší city, jak z oblasti společenské, tak estetické – nemocný propadá lhostejnosti vůči lidem, rozpadají se citové vazby. To vede k izolaci a uzavírání se do svého vnitřního světa. Nápadná je i nepřiléhavost citů, nevhodné emoční projevy, paratymie či paramimie - pacient má smutnou náladu, přitom se směje (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010).

Ambivalence představuje protichůdnost citových prožitků, úvah i názorů. Projevuje se také ve výkyvech a nepřiměřenosti chování. Emoční prožitky pacienta jsou charakteristické extrémní kombinací citů, které stimulují protichůdné reakce (láska a nenávisť, touha a strach, přitažlivost a odpor aj.). Standardní citové reakce spíše vyhasínají. Ambivalence se může projevit také ve vztahu k určitým lidem (Vágnerová, 2000).

Poruchy **jednání** většinou navazují na poruchy myšlení a vnímání, na poruchy emotivity a poruchy osobnosti. Jednání osob se schizofrenií je odlišné od jejich chování v rámci premorbidní osobnosti i od jednání zdravých lidí. Často bývá nevyzpytatelné. Chorobné představy a vjemy mohou podle své naléhavosti ovlivňovat aktivitu nemocných. Pacient se může pod vlivem bludů dopouštět i trestné činnosti. Nezřídka dojde k sebezabití. Při sluchových halucinacích mívají nemocní naslouchací postoje. Vyskytují se impulzivní reakce, které se projeví náhlým a neočekávaným činem z nepochopitelné motivace. Primární postižení psychomotoriky je u katatonní schizofrenie jak v rámci produktivní, tak neproduktivní symptomatiky. Mezi základní charakteristiky schizofrenie patří i ambivalence a ambitendence. Jde o zážitek protikladných citových vztahů a protikladného snažení a úsilí (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010).

Intelekt u schizofrenie není postihován, ale pasivita a netečnost nemocného vyvolává dojem, že jde o zásah do paměťových a intelektových funkcí. Pokud se podaří tyto projevy prolomit, zjišťujeme, že paměťové a intelektové schopnosti nejsou porušeny (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010).

V některých případech, zvláště na počátku onemocnění, se může objevit porucha **vědomí** kvalitativního charakteru typu amence nebo deliria. V průběhu onemocnění jsou poruchy vědomí vzácností. Porucha vědomí se objevuje u takových forem, které

začínají náhle. Má krátké trvání a rychle odeznívá. Obvykle formy schizofrenie s rychlým bouřlivým začátkem mají příznivější prognózu (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010).

Somatické příznaky: v úvodu rozvoje nemoci bývají časté poruchy spánku. Ty také mohou upozornit na novou ataku onemocnění a jsou iniciálním projevem, kdy je třeba zahájit nebo upravit terapii. Jiným projevem jsou bolesti hlavy. Bolest bývá difúzní, někdy je jen pocit zaujatosti hlavy. U žen dochází v průběhu onemocnění k poruchám menstruace. Někdy se pozoruje přírůstek hmotnosti, který je spíše sekundárním znakem vyplývajícím z omezeného pohybu při chronickém průběhu onemocnění (podobně mohou působit některá antipsychotika). Ostatní tělesné změny nebo poruchy jsou rovněž sekundárního charakteru a nemají pro schizofrenii diagnostický význam (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010).

1.2 Diagnóza schizofrenie

Ačkoli nemohou být zjištěny přísné patognomické příznaky, je užitečné rozdělit příznaky do skupin, které jsou pro diagnózu obzvlášť důležité a které se často vyskytují společně. Podle Mezinárodní klasifikace nemoci (2000) to jsou:

- a) slyšení vlastních myšlenek, vkládání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek;
- b) bludy kontrolovatelnosti, ovlivňování nebo prožitky pasivity, které se jasně vztahují k pohybům těla, nebo specifickým myšlenkám, jednání nebo cítění, bludné vnímání;
- c) halucinatorní hlasy, které neustále komentují chování pacienta nebo o něm mezi sebou rozmlouvají, nebo jiné typy halucinatorních hlasů, přicházejících z určité části těla;
- d) trvalé bludy jiného druhu, jež jsou v dané kultuře nepatřičné a nepřijatelné (náboženská nebo politická identita, nadpřirozené síly, nebo schopnosti);
- e) přetrvávající halucinace v kterékoli formě, když jsou doprovázeny prchavými nebo neúplně formulovanými bludy bez jasného afektivního obsahu, nebo přetrvávajícími ovládanými představami, nebo když se vyskytují denně po několik týdnů nebo měsíců;

- f) zárazy nebo vkládání do toku myšlenek, z toho vyplývající inkoherece nebo irelevantní řeč nebo neologismy;
- g) katatonii jednání (vzrušenost, negativismus, mutismus a stupor);
- h) negativní příznaky (výrazná apatie, ochuzení řeči, oploštělé nebo nepřiměřené emoční reakce (musí být zřejmé, že se nejedná o příznaky vyplývající z deprese nebo z medikace neuroleptiky);
- i) výrazné a nápadné kvalitativní změny v osobním chování (ztráta zájmů, nečinnost, bezcílnost, ztráta vztahů k okolí a sociální stažení).

Normální požadavek pro diagnózu schizofrenie je, aby byl přítomen minimálně jeden velmi jasný příznak (a obvykle dva nebo více méně jasné příznaky), které patří k jakékoli skupině uvedené v seznamu pod body (a) až (d) nebo aby příznaky byly přítomny alespoň ze dvou skupin uvedených pod body (e) až (h), a to po většinu období jednoho měsíce a déle (MKN 10, 2000).

1.3 Druhy schizofrenie

Podle Mezinárodní klasifikace nemoci (2000) se schizofrenie dělí na následující druhy: **F20.0** Paranoidní schizofrenie, **F20.1** Hebefrenní schizofrenie, **F20.2** Katatonní schizofrenie, **F20.3** Nediferencovaná schizofrenie, **F20.4** Postschizofrenní deprese, **F20.5** Reziduální schizofrenie, **F20.6** Simplexní schizofrenie, **F20.8** Jiná schizofrenie, **F20.9** Schizofrenie nespécifikovaná.

1.3.1 Paranoidní schizofrenie

Paranoidní schizofrenie bývá nejobvyklejší typ schizofrenie. V klinickém obraze převládají relativně stálé bludy, často paranoidní, obvykle doprovázeny halucinacemi, převážně sluchovými, a jinými poruchami vnímání. Poruchy afektivity, řeči, vůle ani katatonní příznaky nejsou výrazné. Mezi nejběžnější příznaky patří **bludy** (perzekuční, vztahovačností, originální, mesiášského poslání, transformace vlastního těla nebo žárlivostí); **halucinatorní hlasy**, které pacientovi hrozí, či dávají rozkazy, nebo **elementární sluchové halucinace** (pískání, smích, bzučení); **čichové nebo chuťové halucinace**, **sexuální či jiné tělové pocity**, mohou se objevit i **zrakové halucinace**, avšak zřídka převládají (MKN, 2000).

Aktivita je obvykle méně oploštělá než u jiných forem schizofrenie, ale je běžný menší stupor nepřiměřenosti, stejně jako poruchy nálady. Otupělá efektivita a volní porucha jsou často přítomné, v klinickém obrazu však nepřevládají. Průběh může být v atakách, s částečnými nebo úplnými remisemi, nebo chronický (MKN, 2000).

Paranoidní schizofrenie je charakterizovaná patologickou podezřívavostí vůči okolí, která bývá posilována paranoidními bludy. Objevují se halucinace. Může se objevit i patologická žárlivost. Blud ohrožení může být vztahován nejen k nadpřirozeným bytostem, ale i ke skutečným lidem. Vzniká zde nebezpečí, že by nemocný mohl tyto nic netušící lidi napadnout, aby se, v rámci své patologické logiky, bránil proti ohrožení. S výjimkou anomální podezřívavosti bývají tito lidé emočně spíše otupělí. Mívají také poruchu vůle, bývají hypobulictí, nedovedou se přinutit k potřebné aktivitě. Myšlení je narušené, především svým přizpůsobením bludnému výkladu reality. Tato forma schizofrenie vzniká v pozdějším věku než ostatní varianty, zpravidla do 40 až 45 let (Vágnerová, 2000).

1.3.2 Hebefrenní schizofrenie

U hebefrenní formy schizofrenie jsou významné změny afektivity. Bludy a halucinace jsou prchavého nebo fragmentárního rázu a chování nezodpovědné a nepředvídatelné. Nálada je povrchní a nepřiměřená situaci a je často provázena chichotáním nebo samolibým zaujatým úsměvem, nadneseným chováním, grimasováním, manýrováním, nezbedností, hypochondrickými stížnostmi nebo opakujícími se frázemi. Myšlení je dezorganizované, řeč nespojitá. Tendence k samotářství, chování se jeví být beze smyslu a bez citu. Tato forma schizofrenie obvykle začíná ve věku 15-25 let a mívá špatnou prognózu vzhledem k rychlému rozvoji negativních příznaků, zvláště oploštění aktivity nebo ztráty vůle. Obvyklé jsou výrazné narušení efektivity a vůle a porucha myšlení. Halucinace a bludy mohou být přítomny, ale neměly by být významné. Dochází ke ztrátě průbojnosti a rozhodnosti, opuštění cílů, chování se stává bezcílné a bezúčelné. Pacient se povrchně a manýrovaně zabývá filozofickými, náboženskými a jinými abstraktními tématy, což může činit potíže při sledování toku jeho myšlenek (MKN, 2000).

Hebefrenní schizofrenie je typickým onemocněním adolescence a rané dospělosti. Mívá špatnou prognózu, neboť zasáhne rozvoj osobnosti v období, kdy by se měla vytvářet a stabilizovat nová identita jedince. Pokud v této době vypukne vážné duševní

onemocnění, nová identita se nevytvoří a původní, dětská identita není dostatečná jako stabilní základ. Tato forma schizofrenie vypadá jako protahovaná a prohloubená puberta s nápadným šaškováním a klackovitým chováním, neodpovídajícím věku. Nemocní bývají hrubí, neomalení, často i vulgární. Typická bývá suverenita, uvažování bývá patologické. Verbální projev je nápadný, nemocní užívají neobvyklých slovních vazeb i neologismů. Postupně dochází k oploštění emocí a celkovému úpadku myšlení. Někdy mívají bizarní bludy, často hypochondricky nebo kosmicky zaměřené. Halucinace jsou častěji zrakové než sluchové (Vágnerová, 2000).

1.3.3 Katatonní schizofrenie

Podstatnou a převládající charakteristikou katatonní schizofrenie jsou výrazné psychomotorické poruchy, které se často pohybují mezi dvěma extrémy, např. od hyperkineze ke stuporu, nebo od automatické poslušnosti k negativismu. Pacient může setrvávat dlouhou dobu v polohách, do kterých byl uveden. Nápadným rysem tohoto stavu mohou být epizody prudkého vzrušení (MKN, 2000).

Katatonní schizofrenie je typická v oblasti motorické aktivity. Rozlišují se dvě varianty:

1. **Produktivní forma**, která se vyznačuje nadměrnou a nepřiměřenou pohybovou aktivitou,
2. **stuporózní forma**, která se projevuje celkovým zpomalením nebo útlumem veškeré motorické aktivity. Pacient se nehýbe, často vydrží velmi dlouho v jedné poloze, nemluví, projevuje odpor vůči snaze jej nějak aktivizovat. Je negativistický, pokud reaguje, jsou jeho reakce opačné pokynům, reaguje jako loutka. Pacienti mívají halucinace, které jim zakazují mluvit, jednat atd. (Vágnerová, 2000).

Nejčastější katatonní příznaky vyskytující se u schizofrenie: **flexibilitas cerea** – vosková ztuhlost, při manipulaci s částí těla imponují končetiny jako by byly z vosku, kladou plastický odpor; **grimasování** – nezvyklé, nevhodné a nápadné výrazy v obličeji; **echomatismy** – automatické opakování projevů druhého člověka; **excitace**, **raptus** – výrazný psychomotorický neklid s bezcílným jednáním; **katalepsie** – stav, kdy jedinec setrvává v té pozici, do níž je uveden, byť jde o pozici nezvyklou (nástavy); **manýrování** – běžné jednání je doplněno o nepřiměřené bizarní projevy. Výsledkem je nepřirozenost nebo situaci neadekvátní obřadnost; **negativismus** – aktivní: přesně

opačné chování než je požadováno, pasivní: na výzvu nereaguje; **povelový automatismus** – automatické a okamžité reakce na povel, jakkoli nesmyslný, přičemž jinak pacient nespolupracuje; **stereotypie** – opakující se pohyby určitých částí těla, bez souvislosti s celkovou pohybovou aktivitou; **stupor** – vymizení pohybové aktivity a řeči při plně zachovalém vědomí (Koukolík, Motlová, 2004).

1.3.4 Nediferencovaná schizofrenie

Nediferencovaná forma schizofrenie je charakterizovaná stavy, které splňují všeobecná diagnostická kritéria pro schizofrenii, ale neodpovídají žádné shora uvedené podskupině (F20.0 – F20.2) nebo mají rysy více než jedné z nich, aniž by nějaká diagnostická charakteristika převládala (MKN, 2000).

1.3.5 Postschizofrenní deprese

Depresivní ataka, která může být dlouhá a která vzniká po odeznění schizofrenní psychózy. Musí být přítomny ještě některé schizofrenní příznaky, ale v klinickém obraze už nepřevládají. Je nejasné, do jaké míry byly depresivní příznaky odhaleny odezněním dřívějších psychotických příznaků anebo jsou nedílnou součástí schizofrenie spíše než psychologickou reakcí na ni. Jsou zřídka dostatečně vážné nebo rozsáhlé, aby splňovaly kritéria pro těžkou depresivní fázi, a je často obtížné rozhodnout, které z pacientových příznaků lze přičíst depresi a které neuroleptické medikaci nebo narušení vůle a emočnímu oploštění vlastní schizofrenii. Tato depresivní porucha je spojena se zvýšeným rizikem sebevraždy (MKN, 2000).

1.3.6 Reziduální schizofrenie

Reziduální schizofrenie je chronické stadium ve vývoji schizofrenie, u kterého je jasný postup od počátečního stadia, zahrnujícího jednu nebo více atak s psychotickými příznaky, které odpovídají shora uvedeným všeobecným kritériím pro schizofrenii, k pozdějšímu stavu, charakterizovanému dlouhodobými negativními příznaky a zhoršením (MKN, 2000).

1.3.7 Simplexní schizofrenie

Simplexní schizofrenie je vzácně se vyskytující psychóza, u které se plíživě, ale progresivně rozvíjejí bizarní chování, neschopnost vypořádat se se sociálními požadavky a pokles celkové výkonnosti. Bludy a halucinace chybí a stav není tak zřejmě psychotický jako u hebefrenní, paranoidní a katatonní formy schizofrenie. Typické negativní rysy reziduální schizofrenie (např. ztráta vůle, otupělá efektivita atd.) se rozvinou, aniž by jim předcházely jakékoli zjevné psychotické příznaky. Vzrůstající sociální ochuzení může vyústit do potulování. Pacient se stává ponořený do sebe, lenošivý a bez cíle (MKN, 2000).

Tento druh onemocnění je typickým časným a plíživým vznikem. Nemocní bývají pasivní, apatičtí, bez zájmu o cokoli, autističtí, izolují se od společnosti. Jsou nápadní svou neschopností zvládat i běžné požadavky, i celkovou nevykonností. Jejich myšlení se postupně zhoršuje až na úroveň demence. Nerespektují běžné sociální normy, potulují se a zahálí (Vágnerová, 2000).

1.4 Průběh schizofrenie

Průběh nemoci může být velice různorodý, stejně jako jeho prognóza. Obvykle platí, že onemocnění, které má náhlý a bouřlivý počátek, mívá i lepší prognózu, než varianta schizofrenie, která začíná pomalu a plíživě. Pfeifer (1995, podle Vágnerová, 2000) uvádí, že u 20% nemocných dochází jen k jedné epizodě schizofrenie. U 60% nemocných se onemocnění vrací a po každém novém zhoršení stavu dochází k úbytku adaptačních schopností. Nemocní nebývají schopni vykonávat stejnou práci, bývají pomalí, hůře adaptabilní a nejsou schopni zvládat běžné zátěže. Nedovedou prožívat radost, někdy se cítí zvýšeně unavitelní nebo tělesně nemocní. V této fázi mají na svůj stav náhled, vědí, že se změnili. U 20% nemocných dochází k úplnému rozpadu osobnosti a k následné demenci a nejsou schopni samostatného života.

Vágnerová (2000) uvádí, že **prodromálně** (před vypuknutím choroby) se mohou projevit určité příznaky: **přecitlivělost a slabost ega** (neschopnost snášet úzkost, ovládat vlastní impulzivitu, snížená schopnost prožívat radost); **nápadnější introvertní zaměření** (uzavřenost, omezená schopnost citově prožívat a vyjadřovat své emoce); **omezená samostatnost** (nápadnější vázanost na nejbližší lidi a známé prostředí); **obtíže v mezilidských vztazích** (ambivalentní kombinace nadměrné závislosti a zvýšené

kritičnosti či podceňování blízkých lidí); **nižší výkon** (důsledek obtíží ve zpracování nových informací a v adaptaci na nové situace).

V období **před vypuknutím** nemoci bývá nápadné zhoršení výkonu v různých oblastech (studium, zaměstnání, péče o sebe sama). Člověk má sklon izolovat se od druhých, může být citově otupělý, nebo nadměrně dráždivý, popř. jinak nápadný. Může se projevovat podivínsky, často přestává dbát o svou hygienu a zevnějšek. Mívá nezvyklé pocity a představy, uvažuje zvláštním způsobem.

Počátek onemocnění může být náhlý nebo plíživý. V případě plíživého počátku se mluví o krystalizační fázi chorobného procesu. Projevuje se celkovým neklidem, nejistotou, úzkostí, pocitem, že se děje něco divného a ohrožujícího. Člověk přestává rozumět světu, nevyzná se v sobě ani v okolním dění. Zdá se mu, že všechno má najednou jiný význam, že se všechno náhle změnilo. Stává se úzkostným, a bojí se nesrozumitelnosti, kterou tato změna přináší.

Jak **nemoc pokračuje**, nastupuje období, kdy se nemocnému najednou vyjasní souvislosti. Už si dovede vyložit, co se děje, ale toto vysvětlení je patologické a neodpovídá skutečnosti. Tak vzniká blud, který všechno zdánlivě logicky vysvětluje. Nemocný cítí, že konečně chápe situaci, proto se mu uleví. V souvislosti s interpretací situace se posiluje tendence k bludnému uvažování. Člověk sice vnímá správně, ale přisoudí situaci jiný význam. Pod vlivem duševní nemoci dochází k proměně subjektivního chápání smyslu věcí a událostí. Podle nemocného schizofrenií neexistuje náhoda, všechno má svůj skrytý význam a smysl. Postupně ztrácí soudnost a schopnost nadhledu.

Průběhové varianty schizofrenie můžou být klasifikovány použitím následujících pětimístných kódů. Průběh by neměl být kódován, netrvá-li sledování alespoň jeden rok (Koukolík, Motlová, 2004).

F20.x0. Kontinuální (chronický): žádná remise psychotických příznaků v průběhu období pozorování.

F20.x1. Epizodický (v atakách) s narůstajícím defektem: postupný rozvoj negativních příznaků v období mezi psychotickými epizodami.

F20.x2. Epizodický (v atakách) se stabilním defektem: trvalé, ale nenarůstající negativní příznaky v období mezi psychotickými epizodami.

F20.x3. Epizodický (v atakách) s remisemi: úplná nebo téměř úplná remise mezi psychotickými epizodami.

F20.x4. Neúplná remise

F20.x5. Úplná remise

F20.x8. Jiný

F20.x9. Období sledování kratší než jeden rok

1.5 Léčba schizofrenie

Schizofrenie je nemocí, která potřebuje odbornou léčbu, nelze očekávat, že dojde ke spontánnímu zlepšení. Medikace slouží k uklidnění a regulaci psychických projevů. Pod vlivem léků se projevy nemoci zmírňují. Schizofrenie je dnes léčitelná, pokud nemocný akceptuje léčbu a užívá léky. V akutní fázi je obvykle nutná hospitalizace. Potřebu léčby je třeba vysvětlit i rodinným příslušníkům. Je třeba, aby zajistili, že pacient bude pravidelně léky užívat. Dříve budily obavy vedlejší účinky léků ze skupiny tzv. neuroleptik, které nemocné příliš tlumily, vyvolávaly třes atd. Dnes již jsou k dispozici nová antipsychotika, jež tyto nepříjemné vedlejší účinky nemají, medikamentózní léčba bývá doplněna psychoterapií. Léčba schizofrenie je dlouhodobá a musí být pod kontrolou psychiatra. Při vysazení léků dochází ke zhoršení stavu (Vágnerová, 2000).

Po zavedení moderních léků do léčby schizofrenie jsou průběh i vyhlídka nemocných podstatně lepší. Výsledek léčby závisí nejen na typu psychotického onemocnění, i na tom, jak nemocný spolupracuje s lékařem a užívá doporučené léky. Velmi důležité je také vliv rodinného prostředí a v neposlední řadě i životních událostí, se kterými se setká. (Doubek a kol., 2010)

Léčba schizofrenie se liší podle fáze onemocnění, ve které se postižený nachází a podle míry dalšího postižení: při **akutních stavech** je hlavní metodou léčby podávání **psychofarmak**; k **zabránění relapsu** nemoci je opět nejdůležitější **pravidelné užívání léků**; **mezi akutními epizodami** nemoci v době zmírnění nebo vymizení příznaků se dostávají do popředí **psychoterapeutické metody** léčby; pokud schizofrenie postihla výrazně **sociální dovednosti** nemocného a přispěla tak k jeho invalidizaci, jsou důležité **socioterapeutické metody léčby** (Doubek a kol., 2010).

Nezastupitelnou součástí léčby je používání psychofarmatik, konkrétně antipsychotik. Na výběr je celá řada přípravků, jejichž cílem je potlačit halucinace a bludy. Jejich nasazování se případ od případu liší, záleží na komplexnosti všech příznaků schizofrenie. Nasazení vhodné léčby dokáže zcela vymítnout halucinace a bludy, nebo alespoň změnit jejich vnímání. Využívány jsou tři druhy farmaceutik, bazální antipsychotika, incizivní antipsychotika a nejmodernější atypická antipsychotika.

Atypická antipsychotika přinesla mnohem účinnější léčbu s o mnoho přijatelnějšími vedlejšími příznaky. Mezi hlavní pozitiva se řadí fakt, že kromě pozitivních příznaků v omezené míře ovlivňují ty negativní. Vedlejšími příznaky u atypické léčby může být ospalost či zvýšená chuť k jídlu, což hlavně u mladistvých pacientů vede k rozvoji nadváhy. Účinnost léčby závisí na druhu schizofrenie a jeho typu. Přibližně u třetiny pacientů se podaří docílit úplného uzdravení a přibližně po dvou až pěti letech již nemusí užívat žádné léky. U další třetiny pacientů schizofrenie útočí v atakách, po nichž se vrací do normálu a zase po nějaké nepravidelné době dojde k remisi. U těchto pacientů je nutná stálá udržovací léčba, aby nedošlo k trvalému rozpadu osobnosti. Poslední skupina pacientů většinou vůbec nebo velmi špatně reaguje na léčbu a postupně dochází ke zhoršování, i přes veškerou snahu musí příznakům choroby čelit celý život (<http://schizofrenie.ordinace.biz/lecba.php>).

Pokrok v léčbě schizofrenie je důležitým úkolem 21. století. Na celém světě je schizofrenie jednou z hlavních příčin trvalé pracovní neschopnosti. Podle studie, provedené Světovou zdravotnickou organizací, je schizofrenie celosvětově osmou hlavní nemocí způsobující postižení lidí mezi 15. a 45. rokem života. Optimální léčba osob s onemocněním schizofrenie by měla být komplexní. Měla by kombinovat nejlepší farmakologickou léčbu s nejlepšími nefarmakologickými postupy (Andreasen, Crow, Falloon, Hirsch, Kapur, Kasper, Moussaoui, 2003).

2 Psychosociální důsledky onemocnění schizofrenie a kvalita života osob s tímto onemocněním

Lidé s onemocněním schizofrenie se snadno dostávají do společenské izolace, neboť jim nemoc často znemožňuje přirozeně, volně budovat mezilidské vztahy, nebo může znehodnotit již dříve vybudované vazby. Mohou být také omezeni fyzickými nebo finančními prostředky, v souvislosti s tím mají limitované možnosti trávit čas ve veřejných prostorech. Díky negativnímu vnímání duševní nemoci dochází často ke stigmatizaci. Stigmatizace může být také překážkou pro vytváření sociálních služeb. Stigma souvisí se stereotypy a předsudky, díky kterým bývají určité skupiny posuzovány zjednodušeně a iracionálně. Duševní nemoc patří mezi stigmata působící hlavně v situacích úzkého interpersonálního kontaktu. Stigmatizace může způsobit různé změny v prožívání a chování stigmatizované osoby. Člověk mění obraz o sobě samém a své chování pod vlivem „nálepky“, nebo aby se jí zbavil, ve svém dosavadním životě hledá podporující důkazy pro své stigma, důkazy pro svou novou identitu – ukotvuje se; je redukován na svůj soubor symptomů, okolí mu přisuzuje atributy nové role (Valentová in Mahrová, Venglářová a kol. 2008).

2.1 Vymezení kvality života

Přestože je pojem kvalita života pojmem dosti frekventovaným nejen v odborných pojednáních, v oblasti jeho konceptualizace a metodologických otázkách zdaleka nenacházíme názorovou shodu. Je to způsobeno tím, že se o kvalitě života hovoří v různých souvislostech a v různých vědních disciplínách. Jsou to především psychologie, sociologie, medicína, ekologie, kulturní antropologie. Sociologové sledují kvalitu života u různých sociálních skupin a srovnávají ji, psychologové se zaměřují především na subjektivní pohodu jednotlivců a pokoušejí se jí pomocí různých metod měřit, ve zdravotnictví se hodnotí poskytovaná péče či jednotlivé zdravotnické programy (Payne a kol., 2005).

Kvalita života, osobní pohoda, pocit pozitivního zdraví mohou být vnímány jako konečný cíl programů podpory zdraví, a také jako předpoklad sociální a ekonomické

produktivity. Základní faktory či komponenty kvality života jsou zpravidla formulovány tělesným zdravím, osobním bezpečím, materiálním zabezpečením, interpersonálními vztahy, participací ve společnosti, možnostmi růstu a sebenaplněním (Kučera, 2004).

Koncept kvality života zahrnuje širokou škálu různorodých oblastí zkušenosti člověka, od fyzických funkcí, po oblasti spojené s dosahováním životních cílů a prožíváním životního štěstí. Kvalita života je označována jako multidimenzionální, multifaktoriálně podmíněna a mluvíme o ni jako o multiúrovňovém multidiscipinárním fenoménu (Gurková, 2011).

Světová zdravotnická organizace definuje kvalitu života jako jedincovu percepci jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o široký koncept, multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí (Vaďurová, Mühlpachr, 2005).

Centrum pro podporu zdraví při Univerzitě v Torontu vymezuje kvalitu života jako stupeň, ve kterém jedinec využívá důležité možnosti svého života. Tyto možnosti vyvěrají z příležitostí a omezení, které každý člověk ve svém životě má, a jsou odrazem interakce mezi ním a prostředím. „Užívání si“ má dvě komponenty – zážitek spokojenosti a dosažení určitého naplnění v rozhodujících životních oblastech. Jako důležité životní domény jsou uváděny: **bytí**, neboli souhrn podstatných charakteristik člověka, který má tři subdomény: fyzické bytí, psychologické bytí a spirituální bytí; **přilnutí** – napojení na vlastní prostředí, jež má rovněž tři subdomény: fyzické přilnutí, užší sociální přilnutí, přilnutí k širšímu prostředí – komunitě; **realizace** – dosahování osobních cílů, nadějí a aspirací, která sestává z praktického uskutečňování, relaxační aktivity a uskutečňování růstu (Vaďurová, Mühlpachr, 2005).

Rozsah kvality života v uvedených oblastech a suboblastech je podmíněn jejich důležitostmi pro jedince a jejich využíváním. Potom skutečná kvalita života je určena osobním významem jednotlivých dimenzí a rozsahem, v jakém u jedince dochází k jejich naplňování v reálném životě (Payne a kol., 2005).

Ke konceptu kvality života můžeme přistupovat ze subjektivního a objektivního hlediska. V současné době se odborníci ve všech oborech výrazně přiklánějí k subjektivnímu hodnocení kvality života jako zásadnímu a určujícímu pro život člověka. K tomuto posunu došlo i v lékařství, kdy objektivně měřitelné ukazatele zdraví

byly dlouho považovány za nejhodnotnější a nejpodstatnější pro volbu další léčby a pomoci. Objektivní kvalitu života lze vymezit jako souhrn ekonomických, sociálních, zdravotních a environmentálních podmínek, které ovlivňují život člověka. Sleduje materiální zabezpečení, sociální podmínky a sociální status, fyzické zdraví. Objektivní kvalitu lze také vidět jako míru, v níž jedinec využívá možnosti svého života. Subjektivní kvalita života se týká jedince vnímání svého postavení ve společnosti v kontextu jeho kultury a hodnotového systému. Spokojenost je závislá na jeho osobních cílech, očekáváních a zájmech (Vaďurová, Mühlpachr, 2005).

Kvalita života představuje velmi rozsáhlou oblast činitelů, které jedinci umožňují žít ve společnosti. Tyto činitele se rozdělují do dvou skupin: **vnitřní činitele** - somatické a psychické vybavení, všechny činitele ovlivňující rozvoj a integritu osobnosti; a **vnější činitele**, jež představují podmínky jejich existence – ekologické, výchovně – vzdělávací, pracovní, společensko – kulturní, ekonomické a materiálně technické faktory. Tato oblast koresponduje s objektivní dimenzí kvality života (Vaďurová, Mühlpachr, 2005).

Světová zdravotnická organizace rozeznává čtyři základní oblasti, které vystihují dimenze lidského života, bez ohledu na věk, pohlaví, etnikum či postižení: **fyzické zdraví a úroveň samostatnosti** – energie a únava, odpočinek, bolest, mobilita, schopnost pracovat, každodenní život atd.; **psychické zdraví a duchovní stránka** – sebepojetí, pocity, sebehodnocení, myšlení, učení, paměť, koncentrace, víra, spiritualita, vyznání atd.; **sociální vztahy** – osobní vztahy, sociální podpora, sexuální aktivita atd.; **prostředí** – svoboda, bezpečí, finance, dostupnost zdravotnické a sociální péče, domácí prostředí, fyzikální prostředí (Vaďurová, Mühlpachr, 2005).

2.2 Přístupy ke kvalitě života

Odborníci z různých oblastí pohlízejí na pojem „kvalita života“ různě, z perspektivy svého oboru a zaměření, ovlivněni účelem měření, jež je rozdílný u sociologie, pedagogiky, lékařství a dalších vědních oborů. OSN rozeznává šest základních oblastí kvality života: psychologickou, ekonomickou, sociální, duchovní a environmentální. V práci o rehabilitaci pacientů se přidává rovina psychoterapeutická. Vaďurová a Mühlpachr (2005) uvádí následující přístupy ke kvalitě života: fyziologický, psychologický, psychoterapeutický, sociologický, ekologický a vzdělání.

2.2.1 Fyziologický přístup ke kvalitě života

Ústředními pojmy tohoto přístupu jsou „kvalita života“ a „zdraví“. Kvalita života již byla výše definována. Zdraví definuje světová zdravotnická organizace jako stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo tělesné chyby. V kontrapozici ke zdraví je pojem „nemoc“ definován jako stav organismu, vznikající působením vnějších nebo vnitřních okolností, narušujících správné fungování a rovnováhu. Dochází k poruchám funkce a struktury orgánů, vedoucím k výskytu příznaků nemoci a dalším důsledkům.

V medicíně se prosazuje označení „kvalita života týkající se zdraví“. Je to hodnota připisovaná životu, modifikovanému postižením, funkčním stavem, vnímáním a sociálními příležitostmi, jež jsou ovlivněny nemocí, zraněním nebo léčbou. Vystihuje subjektivní prožívání nemoci a poskytované zdravotní péče. Jedná se o srovnání skutečného prožívání jedince a zvládnutí sociálních rolí se stavem, který považuje za ideální. Lékařství samo o sobě nemůže určovat kvalitu života. Může jen pomoci lidem dosáhnout takového zdravotního stavu, který jim umožní kultivovat svůj život vlastní cestou. Obecné pojetí kvality života a kvality života týkající se zdraví se překrývají. Pacientovu schopnost vyrovnat se s nemocí výrazně ovlivňují jeho individuální charakteristiky - typ osobnosti, motivace, rodinné vztahy, přátelé, životní prostředí a společenské klima.

Kvalita života pacienta je výslednicí okolností, které bychom mohli zobecnit do pěti základních dimenzí: aktuální zdravotní stav, soběstačnost, akceptace a pomoc nejbližší rodiny a okolí, individuální funkční norma a využívání možností pacienta, ekonomická situace.

Jak již bylo zmíněno, významným faktorem je rozdíl mezi vnímáním zdravotního stavu a skutečným zdravím. Lidí trpících nějakou nemocí, kteří se vyrovnají se svým stavem a přizpůsobí mu své plány a očekávání, získají určitý pocit životní pohody, tím i lepší kvalitu života. Na rozdíl od těch, kteří svůj zdravotní stav nepřijmou a jsou stále méně spokojeni se svou funkční schopností a celkovou životní situací. Dalším určujícím faktorem je očekávání. Čím menší je rozdíl mezi pacientovým očekáváním a tím, čeho ve skutečnosti dosáhne, tím vyšší je kvalita života.

2.2.2 Psychologický přístup ke kvalitě života

Objektem zájmu psychologického přístupu je myšlení, prožívání a hodnocení člověka, jeho potřeby a přání, seberealizace, sebehodnocení, sebeaktualizace i negativní indikátory (deprese, krize, životní trauma). Základními složkami psychologického přístupu jsou očekávání, jež jsou ve shodě se subjektivně hodnocenou životní realitou, potřeba uplatnění ve společnosti a prožívání pozitivní citové odezvy, autonomie (možnost rozhodovat a sebeřízení), autenticita (jedinec je sám sebou, jeho projev a život je ve shodě se sebepojetím a hodnotovou orientací člověka) a kompetentnost (porozumění světu a možnost ovlivňování).

Psychologický přístup také operuje s pojmem „well-being“, neboli spokojenost a pohoda. Subjektivní pohodu lze popsat jako výskyt pozitivních emocí v delším časovém úseku – absenci nepříjemných tělesných pocitů, pozitivní sebehodnocení, mít se rád a mít rád ostatní lidi.

2.2.3 Psychoterapeutický přístup ke kvalitě života

Tento přístup ke kvalitě života se uplatňuje při rehabilitaci pacientů, kdy je cílem nejvyšší možná kvalita. Psychoterapeutické postupy jsou kombinovány s dalšími rehabilitačními prostředky (fyzioterapie, ergoterapie atd.). Zejména u chronicky nevléčitelných pacientů je kvalita života, jak ji hodnotí pacient, rozhodujícím ukazatelem pro volbu léčby. Kvalitní život v tomto pojetí znamená, že jedinec rozvíjí a naplňuje své pozitivní možnosti, ačkoli mohou být omezeny nemocí.

Psychoterapie je především léčbou – sekundární prevencí, ale i profylaxí – primární prevencí, poruch zdraví. Uskutečňuje se výhradně psychologickými prostředky (vztahové a komunikační povahy). Psychoterapie představuje druh psychologické intervence působící na duševní život, chování člověka, osobní vztahy a tělesné procesy tím, že navozuje žádoucí změny a tak podporuje úzdravu, či znesnadňuje vznik a rozvoj určité poruchy zdraví.

2.2.4 Sociologické aspekty ke kvalitě života

Z pohledu sociologie se jedná o velmi komplexní oblast, ve které je třeba kvalitu života hlouběji vymezit vůči životní úrovni, způsobu života a životnímu stylu, které s kvalitou života souvisejí, ale nemohou s ním být zcela ztotožňovány.

Životní úroveň je určována reálnými příjmy lidí a vyjadřuje především materiální a ekonomické podmínky. Způsob života ji dává do souvislosti se životními projevy a průběhem života, prostřednictvím kterého lidé aktivně podřizují podmínky života své vědomé kontrole.

Způsob života je charakterizován jako celek zachycující charakter, obsah a strukturu života. Způsob života vystupuje jako strukturovaný projev materiálního a duchovního života, jehož součástí je životní úroveň, zároveň ovlivňuje i charakter životního stylu. Životní styl je projevem určitého životního způsobu a jako takový nemůže překročit hranice jeho determinace. Středobodem způsobu života je hledání specifického vztahu společnosti a jedince, z jehož konkrétní životní formy vyplývá jeho působení na stabilitu a vývoj jedinců i společnosti. Ke způsobu života se úzce váže pojem podmínky života.

Životní styl, dle velkého sociologického slovníku (1996), je strukturovaný souhrn životních zvyků, obyčejů, resp. akceptovaných norem, nalézajících svůj výraz v interakci, v hmotném, věcném prostředí, v prostorovém chování a v celkové stylizaci. Předpokládá se, že životní styl vyjadřuje hodnoty a zájmy jedince, skupiny, či společnosti. Styly krystalizují kolem životních rolí a samy role a jejich interpretace jsou významným projevem životního stylu. V praxi se životní styl projevuje jako podstatný znak individuality, projev samostatnosti a schopnost utvářet se jako osobnost. Formuje se pod vlivem výchovy a v obecné rovině ho můžeme chápat jako odraz duchovního citění, kultury, vzdělání a morálky. Dále je životní styl zkoumán v souvislosti s politickými, hospodářskými a sociálními procesy ve společnosti, napomáhá chování lidí v těchto sférách společenského života.

Zdrojem lidského chování a klíčem k jeho pochopení jsou **potřeby**. Většina potřeb je v moderní společnosti zprostředkována v takové míře, že původní biologický základ ztrácí na významu. Do popředí vystupují nové potřeby, jako potřeba řízení a rozhodování, na druhé straně i potřeba integrace.

Sedmistupňové rozlišení potřeb mezi dvěma extrémy – zajištěním existence a dosažením kvality života, vytvořil A. W. Maslow. Vliv peněz je nejsilnější při zajišťování biologických funkcí a potřeby bezpečí a jistoty. Seberealizace se odvíjí od osobních dispozic, peníze jsou jen prostředníkem k rozvoji a prožitek krásna a dokonalosti je už penězi ovlivněn minimálně. Obecně platí, že lidé v ohrožení upřednostňují potřeby dosažitelné penězi, naopak lidé zabezpečení uspokojují potřeby

související s kvalitou života, čili vrcholem Maslowovy pyramidy (v příloze č. 1 uveden obrázek).

Další ze sociologických aspektů ke kvalitě života jsou **hodnoty**. Za hodnotu považujeme každý jev, který má pro jednání a existenci osoby zásadní význam. Hodnoty vyplývají ze zájmů a potřeb, představují závažné cíle, ideály a vážou se na mysl i normy lidského života. Hodnoty a hodnotové postoje jsou podstatnou součástí lidské osobnosti.

Podle Fromma (1992, podle Vaňurová, Mühlpachr, 2005) existují dva základní způsoby existence. Tyto charakterizují struktury, z nichž ta, která převládá, určuje celek lidského myšlení, cítění a jednání. Jesenský (in Vaňurová, Mühlpachr, 2005) je považuje za dva základní druhy hodnot: **modus „mít“** – charakteristickým znakem je touha dosahovat zisk, mít. Tento modus zajišťuje existenci, nezaručuje však hodnotný život. Modus „mít“ převládá v moderní společnosti, ve které převládají konzumní hodnoty nad hodnotami kulturního charakteru. A dále pak **modus „být“**, jež je charakterizován touhou po poznání, ochotou dělit se, empatií a solidaritou. Bytí je opakem vlastnění a znamená opravdový živý vztah ke světu.

Ve struktuře lidské činnosti je hodnotová orientace úzce spjata s poznávací a volní stránkou. Hodnotová orientace je charakterizována jako způsob vyjadřující, jak a proč se určité jevy odrážejí u daného člověka a jak hodnoty a systém hodnot orientuje lidské chování určitým směrem.

2.2.5 Ekologické a environmentální hledisko kvality života

Život v příznivém životním prostředí je jedním ze základních lidských práv. Ekologicko-environmentální podmínky kvality života mají zásadní význam, protože přímo ovlivňují život člověka. Jejich aktuálnost v současné době narůstá vzhledem k množství ekologických problémů.

Ukazatele kvality života dle tohoto přístupu naznačuje Halečka (2001, podle Vaňurová, Mühlpachr, 2005) takto: stav hospodářského systému a jeho dopadu na možnost aktivního pracovního uplatnění jedinců a tvorbou materiálních a duchovních hodnot; stav zaměstnanosti a sociálního zabezpečení v případě nezaměstnanosti; stav zabezpečení zdravé výživy obyvatelstva; úroveň zdravotní péče; podmínky pro společenské a pracovní uplatnění osob s postižením; ochrana životního prostředí; podmínky pro vzdělávání; úroveň zabezpečení přiměřeného plnohodnotného života

seniorů; úroveň demokracie ve společenských vztazích a politickém systému; úroveň ochrany zabezpečení a ochrany lidských práv; možnosti trávení volného času, úroveň možností jeho využití na odpočinek, regeneraci, kulturu a jiné hodnotné zájmy; úroveň společenské morálky; úroveň zabezpečení péče o osoby odkázané na nějakou formu sociální pomoci apod. Uvádí také hlavní faktory narušení a rozkladu kvality života: devastace přírody a narušení životního prostředí; válečná politika a uplatňování různých forem násilí; nespravedlivé sociálně-ekonomické společenské vztahy a jejich odraz v prohlubování sociálních nerovností; porušování lidských práv, narušení demokracie; ignorování humanistických zásad a významu sociální politiky.

2.2.6 Kvalita života a vzdělání

Vzdělání je nevyhnutelnou součástí kvality života. Informace a vzdělání jsou v globalizujícím se světě považovány za jednu z priorit pro úspěšný vývoj velkých sociálních skupin. Vývoj je chápán jako konkurenceschopnost, uplatnění se, společenská a ekonomická úroveň. Vlastní realizace vzdělávání je podmíněna kulturními tradicemi. V Evropě, Americe a většině asijských zemí se vzdělávání realizuje prostřednictvím institucionalizovaného školského systému, je odrazem kultury dané společnosti a představuje systém tradičních hodnot, norem a vzorců chování.

Evropská komise vydala v roce 2000 Memorandum o celoživotním vzdělávání, v němž zdůrazňuje důležitost budování společnosti, která poskytuje rovné příležitosti ke vzdělání, zvyšování jeho kvality, rozvoj efektivních metod výuky, zajištění snadného přístupu ke kvalitním informacím a poradenství, příležitosti k celoživotnímu vzdělávání co nejbližší lidem a podněcování a uzpůsobování lidí k tomu, aby se aktivněji podíleli na rozvoji všech sfér moderního života.

Cílem je zlepšit schopnost občanů přizpůsobovat se požadavkům sociálních a ekonomických změn, umožnit jim získání znalostí, které jim umožní uplatnění na trhu práce a aktivní zapojení do pracovního i sociálního života. Tyto dovednosti umožňují člověku nalézt vlastní identitu a stanovit si životní cíle, což ovlivňuje kvalitu jejich života.

2.3 Kvalita života u osob s onemocněním schizofrenie v kontextu předsudků

Specifickým potřebám pacientů se schizofrenií se systematicky věnoval Lehman (1983, podle Motlová, Dragomirecká, 2003). Upozornil nejen na omezené finanční prostředky, ale i na ochuzené mezilidské vztahy způsobené sociálními problémy, jimiž jsou pacienti zasaženi. Na druhé straně jejich spokojenost s prožíváním volného času a pracovními aktivitami není nižší než u zdravé populace. Stejně jako odstranění symptomů je pro pacienta důležitý i jeho život: role, které zastává, jejich naplnění, spokojenost, materiální situace a životní perspektiva.

Lidé s duševním onemocněním potřebují, aby se jich člověk zeptal na jejich názor, aby někdo naslouchal jejich problémům, aby se někdo zajímal, co chtějí. Bojí se toho, co si o nich myslí veřejnost, a dokud bude ta veřejnost neinformovaná, budou mít oprávněné obavy (Vaňhová, 2011).

Kvalita života se posuzuje objektivními a subjektivními kritérii. Objektivní kritéria se blíží tomu, co zahrnujeme pod pojmem životní úroveň nebo sociální postavení. Subjektivními kritérii jsou vlastní výpovědi o spokojenosti s objektivními faktory. Kvalita života je však především subjektivní charakteristika. Vypovídá o vlivu zdravotního stavu a podmínek jedince. Kvalita života je to, jak jedinec vnímá své postavení ve světě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a ve vztahu k jeho očekáváním, cílům, zájmům a životního stylu. Kritici sebeposuzujících metod namítají, že hodnocení je ovlivněno kognitivními problémy, periodickými výkyvy nálad, nedávnými životními okolnostmi a medikací, výsledek je pak spíše odrazem psychopatologie, než skutečné životní situace. Naopak zastánci nenahraditelnost klientova vlastního pohledu tvrdě obhajují. Pacienti se schizofrenií mají tendenci svoji kvalitu života nadhodnocovat, životní spokojenost neodpovídala objektivně posuzované skutečnosti v řadě studií. Toto lze interpretovat několika způsoby. Může se jednat o důsledek emočního stažení, afektivní plochosti nebo chabého náhledu, ale i o výsledek působení kompenzačních mechanismů (schopnost adaptace na nepříznivé životní okolnosti, způsob vlastní obrany). Při interpretaci výsledných hodnot kvality života je třeba si uvědomit jak schopnosti lidské psychiky přizpůsobit se vnějším i vnitřním podmínkám, tak relativní povahu spokojenosti. Jedinec je spokojen nebo nespokojen podle toho, jak vnímá své postavení vůči referenční skupině tvořené

osobami sdílejícími podobné životní podmínky. Je-li mezi objektivním a subjektivním hodnocením výrazný rozpor, lze získat platné odpovědi i od jeho příbuzných (Motlová, Dragomirecká, 2003).

Pro posouzení kvality života osob s onemocněním schizofrenie, je třeba se dostat k samotnému vnímání vlastní autonomie, které nutně zahrnuje jejich názory a postoje. Symptomy onemocnění však mohou postihnout a ovlivnit jejich mentální, emocionální a sociální úsudek (Weinberger, Harrison, 2011). 63-95% klinicky stabilizovaných pacientů (Motlová, Dragomirecká, 2003) je však schopno hodnotit kvalitu svého života spolehlivě, s dostatečnou konzistencí a jejich výpovědi není třeba zpochybňovat. Horší náhled může limitovat užití subjektivního hodnocení kvality života. Pacienti, kteří přisuzují své problémy duševní poruše, mají nižší kvalitu života. Pacienti s lepším náhledem mají více sebevražedných úvah.

Stigma se může projevit v chování stigmatizovaného jedince. Lidé mají stereotyp o duševně nemocném zafixován od dětství, tvorba stigmatu je součástí časně socializace. Když člověk, který má tyto stereotypy v sobě zabudované, sám onemocní, může se obávat, že na něj ostatní budou hledět spatra, či jej dokonce zavrhnou. Tato percepce má pro nemocného závažné negativní důsledky: může se chovat defenzivně, nebo se začne zcela vyhýbat potenciálně ohrožujícím kontaktům. Výsledkem mohou být problematické interakce s potenciálními stigmatizátory, omezená sociální síť, nízké sebevědomí a ztráta příjmu (Koukolík, Motlová, 2004).

Typický je stereotyp duševně nemocného, promítá se do vtipů o bláznech, hovorových obrátů, zpráv v médiích i do uměleckých děl. Stereotyp může mít pro jedince negativní i pozitivní důsledky. Mezi pozitivní může patřit ochrana, soucit, kladení menších nároků na výkon a role v životě jedince. Negativním důsledkem je stigmatizace. Stigma obecně znamená znehodnocující přívlastek, jenž bývá příčinou diskriminace (Praško, 2001).

Nemocní, kteří se uzdravují z epizody schizofrenie, musí čelit výzvě, jak se vypořádat s reakcemi druhých lidí. Mezi běžnou populací panuje velká nevzdělanost, pokud jde o duševní nemoci všeobecně, zvláště pak o schizofrenii. Mýty, kterými je toto onemocnění opředeno, mohou vytvářet bludný kruh odcizování, které zasáhne ty, kteří trpí schizofrenií a také jejich příbuzné a blízké. Stigma se může stát hlavní příčinou sociální izolace, neschopnosti najít si práci, bezdomovectví, užívání alkoholu nebo drog a nadměrné snahy o řešení situace v rámci uzavřených oddělení

psychiatrických klinik a léčeben. To vše snižuje šanci na vyléčení (Doubek a kol., 2010).

Stigmatizující jsou především takové defekty, jejichž důsledkem jsou nežádoucí nápadnosti, jež se projeví v sociálním kontaktu. Ty vyvolávají určitou nechuť a bývají často spojeny s představou, že si je jedinec nebo předkové nějak zavinili. V případě stigmatizujících postižení nejde ani tak o faktické omezení psychických (či somatických) funkcí, ale více o způsob, jakým jsou tito jedinci vnímáni, hodnoceni a na základě toho akceptováni, respektive neakceptováni. Stigma není skutečnou vlastností, ale je mu sociálně přisouzeno. Vyplývá z obecně platného pojetí normality ve smyslu standardnosti projevů a vnějšího vzhledu. Stigmatizace mění roli takového jedince, její sociální status a v důsledku mnohdy i jeho identitu (Vágnerová, 2000).

Sociální psychologové rozlišují autostereotypy – představy a mínění, jež mají určité skupiny o sobě samých a heterostereotypy - představy o členech jiných skupin. Pomocí stereotypů mohou být určité skupiny posuzovány zjednodušeně a iracionálně a dochází k zatírání individuálních vlastností a odlišností (Praško, 2001).

Zkušenost ukazuje, že z velké části jsou předsudky prorocstvími, která se sama potvrzují. Podobně jako u schizofrenie, i u jiných duševních onemocnění sdílí stigma s veřejností také lékaři. Nezřídka se vloudí i do uvažování profesionálů v oblasti duševního zdraví. Předsudek o svém onemocnění ale sdílejí i samotní pacienti. Je obtížné dosáhnout toho, aby se nemocný stal naším spojencem, když se zdráhá své obtíže pojmenovat či když mu je diagnóza zatajována či zastírána. Nejlepší zbraní proti stigmatu duševního onemocnění však je plná informovanost pacienta o povaze, průběhu a důsledcích jeho nemoci. Ta vede ke znalosti o tom, jak s nemocí zacházet, a k tomu, že se s ní pacienti naučí žít (Libiger, 2011).

Mechanismy stabilizujícího vlivu můžou být různé. Nemocný mění obraz o sobě samém a své chování pod vlivem nálepky, či aby se jí zbavil; retrospektivně interpretuje své chování ve smyslu deviace; pro okolí může sloužit jako status, neponechává místo pro jiné vlastnosti, než obsahuje stereotyp (Praško, 2001).

Profesor Norman Sartorius, bývalý předseda Světové psychiatrické asociace, ukazoval tři cykly stigmatizace, jež zasahují individualitu samotného nemocného, rodinu a profesionály. Upozornil, že negativní postoje k lidem s duševním onemocněním mají souvislost také s financováním samotného oboru. Ve chvíli, kdy je určitá cílová skupina zatížena negativními předsudky, nastává větší tlak na to, aby péče měla více kontrolní charakter. S tím souvisí menší vůle prosadit zkvalitňování péče

v daném oboru a ochota společnosti do ní investovat. Nedostatek financí musí nutně vést k tomu, že je nedostatek personálu v psychiatrických léčebnách nebo je tam personál, co se týká vzdělání a supervize, méně kvalitní. Problémy a konflikty se tak generují snazším způsobem, což posiluje přesvědčení, že je potřeba, aby byla péče paternalistická. Jednoduše by se dalo říci, že když je někdo označován společností za divného, tak ten, kdo s ním je v kontaktu, je také tak trochu divný, jinak totiž není možné, aby s ním mluvil (Kaucký, Mužík, 2008).

Součástí snahy omezit vliv stigmatu je i důsledné rozlišování mezi nemocí a osobností pacienta. Ten je vždy osobnost, kterou je třeba poznat, a onemocněl chorobou, kterou je třeba vyšetřit. Stigma spojené s diagnózou se zdá menší, pokud nemocní nejsou povšechně zahrnutí do jednoho zjednodušujícího označení. „Schizofrenik“ bojuje s předsudkem nebo povšechním soudem více než „nemocný schizofrenií“ (Libiger, 2001).

2.3.1 Chybné předpoklady udržující stigma schizofrenní nemoci

Libiger (2011) uvádí následující čtyři chybné předpoklady pro předsudky, jež udržují stigma onemocnění schizofrenie:

Schizofrenie je nevléčitelné onemocnění

Ve skutečnosti schizofrenie nemá nezbytně progresivní nebo celoživotní průběh. Řada dlouhodobých studií popsala varianty průběhu, které se vyznačují průběhem s úplnými remisemi. Z dlouhodobé perspektivy prožívá svůj život jedna až dvě třetiny pacientů uspokojivě. Průběh schizofrenie může ovlivňovat příliš mnoho proměnných. Neméně než vlastní intenzita a rozsah psychopatologického postižení to jsou diagnostické omyly, nesprávná léčba, rodinné prostředí a sociální vlivy.

Podobně jako u mnoha jiných onemocnění lze rozvoj onemocnění kontrolovat, minimalizovat jeho následky v pracovním i osobním životě, je-li léčeno včas, správně a rázně. Pacientům prospívá, je-li od začátku dbáno na rehabilitaci postižených funkcí, především pak sociálních postojů a dovedností.

Pacienti se schizofrenií mají většinou sklon k násilí a jsou nebezpeční

Většina pacientů s duševní poruchou nikdy nespáchá násilný trestný čin. I když je u nemocných se schizofrenií mírně zvýšený počet násilných trestných činů, je to většinou u nemocných, kteří nejsou léčeni správně nebo nejsou léčeni vůbec. Násilí

může vycházet z psychotických fenoménů (bludy a halucinace). Nemocní často vynakládají obrovské úsilí, aby se použití násilí při obraně proti bludným nebo halucinovaným ohrožením a útokům vyhnuli. Sami se také snadno stávají oběťmi násilných trestných činů. Stejně jako u zdravých osob je riziko násilných trestných činů posilováno zneužíváním alkoholu nebo drog.

Lidé se schizofrenií jsou nespolehliví a nemohou soustavně pracovat

V mnoha průmyslových zemích pracuje méně než pětina lidí se závažným duševním onemocněním. Pracovní výkon a způsobilost ale nesouvisí přímo s intenzitou psychopatologie. Zaměstnání pravidelné, bez stresu, s jasně vymezenými povinnostmi je pro nemocné zvládnutelné a prospěšné. Napomáhá nemocnému zůstat mimo nemocnici. Více jak polovina nemocných se schizofrenií onemocněním je s podporou způsobilá získat a udržet si místo na volném pracovním trhu.

Schizofrenie je druh trvalé duševní zaostalosti

Zatímco distribuce výkonu pacientů se schizofrenií onemocněním v testech inteligence je ve srovnání se zdravými lidmi posunuta doleva, je distribuce IQ u jejich příbuzných posunuta oproti zdravým lidem doprava, tzn. k vyšším hodnotám. Příbuzní schizofrenních pacientů prvního stupně častěji dosáhnou vyššího vzdělání, častěji napíší knihu a jsou častěji citováni v biografických sbornících než ostatní populace.

3 Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním

Sociální práce s osobami s onemocněním schizofrenie vychází ze sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Ačkoli průběh duševních onemocnění může být významně ovlivněn sociálními faktory a osoby s duševní nemocí potřebují nejvíce odborné i jiné pomoci, bývají „neatraktivní“ terapeuticky a jsou objekty stigmatizace, která se týká nejen této cílové skupiny, ale i profesionálů, kteří s nimi pracují. Kvalifikovaná práce sociálního pracovníka je v multidisciplinárním týmu nejen nezastupitelná, ale v určitých fázích je pro život člověka se závažným duševním onemocněním primární (Probstová in Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2010).

Většina lidí s psychickými problémy potřebuje od sociálního pracovníka cílenou pomoc (informace v oblasti sociálního zabezpečení, občanského, rodinného a pracovního práva a pomoc s problémy v těchto sférách, rodinnou intervenci, atd.) či specifické intervence, např. poradenství. Kvalitní péče by měla také zahrnovat prevenci stigmatizace duševně nemocných (Probstová in Matoušek a kol., 2010).

3.1 Sociální pracovník jako poskytovatel péče o osoby s duševním onemocněním

Z nejobecnějšího hlediska patří do systému péče o duševně nemocné všichni lidé vyskytující se v jeho okolí. Největší základ tvoří rodina, přátelé, učitelé nebo spolupracovníci, komunita, ve které člověk s duševním onemocněním žije. Ti jsou nedílnou součástí jeho světa, znají ho a provází životem. Duševní onemocnění většinou ukáže na potřebu odborné pomoci, zde pak nastupuje síť pomáhajících pracovníků, specialistů, zařízení a organizací nabízející své služby (Mahrová, Venglářová a kol., 2008).

Sociální pracovník může s duševně nemocnými pracovat v institucích, např. psychiatrická léčebna, psychiatrické oddělení nemocnice; v léčebných komunitách, v komunitních zařízeních, např. krizová centra, nebo jsou duševně nemocní jeho klienty v jiných službách poskytovaných obcí, případně jinými organizacemi (Probstová in Matoušek a kol., 2010).

V moderní komunitní psychiatrii, která chce být sítí služeb nabízejících kontinuální léčbu, zaměstnání, ubytování a sociální podporu a která chce lidem s duševními nemocemi pomáhat obnovit jejich normální sociální role, sociální pracovník: vytváří s pacientem vztah založený na respektu a partnerství; plní roli jakéhosi vyslance, advokáta, tvůrce vztahů a spojky mezi osobou s duševní nemocí a komunitou, jejíž podmínky dobře zná, s cílem sociální integrace pacienta; chápe, že se lidé s problémy v oblasti duševního zdraví liší jak typem psychických problémů, jež zasahují do jejich života, tak i zázemím, prostředím, hodnotami a cíli, charakteristikami osobnosti, vzděláním a dovednostmi a zkušenostmi, věkem, ale také typem profesionální pomoci a podpory, které se jim již dostalo; snaží se získávat pozornost a respekt pro jedinečnost vnitřního světa pacienta, ovlivňovat prostředí, v němž žije, tak, aby bylo humánnější a citlivější k jeho potřebám; mapuje zdravotně - sociální potřeby duševně nemocného a ve svých intervencích z nich vychází, diferencuje potřeby naplněné a nenaplněné, potřebu podpory, vliv a možnosti prostředí; chápe a podporuje koncept údravy (nejen vyléčení) - u dlouhodobě duševně nemocných údravou rozumíme přijetí sama sebe, významu a smyslu života, který přesahuje limity dané onemocněním, zvládání nemoci a adaptaci na onemocnění; podporuje sociální integraci, změnu postoje lidí, kteří se bojí osob označených jako duševně nemocní, změnu postojů profesionálů, u nichž nadměrný pocit odpovědnosti vede k příliš ochrannému postoji vůči nemocným, a u klientů ovlivnění vnitřního pocitu nekompetence a nezpůsobilosti (Probstová in Matoušek a kol., 2010).

Předpokladem k práci s lidmi s duševní nemocí je základní znalost jak symptomatiky, tak také dynamiky duševních onemocnění, terapeutických intervencí, včetně vlivů medikace, znalost standardů zdravotní a sociální péče a řádu zdravotního či sociálního zařízení, ve kterém pracovník pracuje (Probstová in Matoušek a kol., 2010).

Kompetentní sociální pracovník musí umět získat informace o klientovi, jeho okolí a zázemí, sestavit a realizovat plán intervencí, hodnotit výsledky, vědět, jak práci s klientem ukončit. K tomu využívá schopnosti navázat kontakt, vést rozhovor, naslouchat, být vnímavý k verbálním i neverbálním projevům klienta i jiných respondentů, umět pozorovat. Ví, jak komunikovat s ostatními členy týmu a dalšími odborníky a institucemi - ústně i písemně. Má jasno v etice své práce, v tom, jak zacházet s informacemi o klientovi. Má přehled o možnostech a zdrojích v komunitě, snaží se je rozšiřovat či vytvářet. Zná systém sociálního zabezpečení, legislativu,

sociální politiku a orientuje se v životním stylu a hodnotách různých společenských skupin (Probstová in Matoušek a kol., 2010).

Sociální pracovník také připravuje pacienta na přechod z lůžkového zařízení do přirozeného prostředí. Zajištění návazné péče a zabezpečení podmínek k životu, např. práce, bydlení, vztahy, finanční zabezpečení, jsou základní zřetele sociální práce ve fázi po hospitalizaci. Sociální pracovník pomáhá při návratu z instituce zpět do domácího prostředí a pokračovat v léčbě např. formou docházky do stacionáře či programu centra denních aktivit. Sociální pracovník může poskytovat systematickou intenzivní podporu a monitoring v situaci větší zátěže v domácím prostředí. Pomáhá pacientovi orientovat se v jeho nárocích a zprostředkovává mu dávky a služby sociálního zabezpečení. Podílí se i na sestavení krizového plánu (Probstová in Matoušek a kol., 2010).

Pro efektivitu pokračující psychofarmakologické léčby je důležitá důvěra pacienta k odborníkům, pocit společné odpovědnosti. Sociální pracovník se věnuje i psychoedukační práci s klientem, která mimo jiné zahrnuje i „management“ léků. Klinický sociální pracovník provádí trénink nezbytných dovedností pro život v komunitě. Snaží se pomoci klientovi rozšířit nebo obnovit sociální síť, pomáhá při budování běžných sociálních vztahů, podporuje jejich udržení, zvyšuje odolnost klienta při řešení krizí a dovednosti při řešení problémů a konfliktů (Probstová in Matoušek a kol., 2010).

Sociální pracovníci se mohou specializovat v několika oblastech:

Psychiatrická rehabilitace - zahrnuje velké množství různých programových modelů, které spojuje snaha pomoci dlouhodobě duševně nemocným zvládat život v komunitě. Cílem rehabilitace je zmírnění, nebo kompenzace nezpůsobilosti a omezení (Probstová in Matoušek a kol., 2010).

Případové vedení - case management - specifická metoda komunitní práce, jež spočívá v koordinaci péče pro klienta jedním klíčovým pracovníkem. Case manager je klíčová osoba jak pro klienta, tak pro celý systém poskytování péče, je koordinátorem práce týmu a odpovídá za vytvoření, aktualizaci a provádění plánu péče. Jeho úkolem je, aby klient využíval ze systému dostupné komunitní péče pro něj vhodné prvky a jednotlivé organizace a pracovníci, kteří zajišťují tuto péči, navzájem spolupracovali a informovali se (Valentová in Mahrová, Venglářová a kol., 2008)

Psychoterapie - individuální, rodinná, skupinová psychoterapie. Psychoterapie byla v minulosti u nás některými sociálními pracovníky upřednostňována jako

atraktivní oblast práce, s rozvojem komunitní péče je zřetelný posun k rehabilitaci a případovému vedení (Probstová in Matoušek a kol., 2010).

3.2 Systém péče o osoby s duševním onemocněním

Lidé s duševním onemocněním často sami vyhledávají službu. Někteří potřebují pomoc a podporu. Rodina, přátelé a spolupracovníci jsou tak blízko, že problém nevidí, nebo ho vidět nechťejí, či jej zcela popírají. Tato reakce je zcela přirozená. Základní vlastností sociálního systému služeb o duševně nemocné by mělo být aktivní vyhledávání. Pokud má sociální pracovník o duševních nemocech informace a ve spolupráci s pacientem nebo jeho rodinou vidí možné příznaky, je zásah na místě. První reakce většinou bývá odmítavá či bouřlivá. Jako u každé nemoci je nejvýhodnější a nejučinnější pokud pomoc přijde co nejdříve. Každý pracovník v sociální sféře by měl být vybaven seznamem adres, letáků a vizitek míst, kde je poskytována pomoc a kam může pacienta odkázat. Sociální pracovník bývá někdy ten, kdo pacienty s duševní nemocí předává jinému odborníkovi, jindy pracuje v rámci odborného týmu přímo s uživatelem. Znalost vlastních kompetencí a schopnost dát klientovi reálnou nabídku je jednou z nejdůležitějších schopností člověka v pomáhající profesi (Mahrová, Venglářová, 2008).

Prvním článkem systému péče o duševně nemocné je **první kontakt s klientem**. Může být zprostředkovaný klientem samotným, jeho rodinou, blízkými osobami, nebo odborníkem. Tento úkol si jako prvořadý kladou **nízkoprahová zařízení**, která plní mnoho preventivních funkcí a zároveň bývají často prvkontaktním bodem v sociální síti. Jejich terénní pracovníci aktivně vyhledávají a nabízejí různé druhy pomoci lidem se sociálními a psychickými problémy. Někteří klienti mohou využít **stacionární péči**. Ta kombinuje pobyt klienta v zařízení s odbornou péčí a jeho pobyt doma. Klient tak neztrácí kontakt s rodinou a domácím prostředím a zázemím. Problémem často bývá dostupnost, tato zařízení bývají většinou jen ve větších městech. Pokud to zdravotní stav klienta umožňuje a zařízení je v blízkosti, nebo má dobrou dopravní obslužnost, je jeho využití pro klienta výhodné a k hospitalizaci nemusí dojít (Mahrová, Venglářová, 2008).

V období akutní nemoci se využívá **lůžkových** nebo **ambulantních zdravotnických zařízení**. Ústavní péče v psychiatrickém zařízení je nutná u klientů, kteří nemají schopnost zajistit si základní potřeby, a u těch, kteří představují nebezpečí

pro sebe, nebo pro své okolí. Péče formou docházky do denního stacionáře je možná u těch pacientů, kterým jejich stav umožňuje se samostatně dopravovat do zařízení. Dvěma dnes převážně využívanými druhy léčby jsou farmakoterapie a psychoterapie (Matoušek, 2007).

V některých případech není možné, ani žádoucí, aby se klient hned po pobytu v léčebném ústavu vrátil do předchozích životních podmínek. Pokud je třeba další návazné doléčovací péče, zařizuje ji sociální pracovník ve spolupráci s klientem ještě před jeho propuštěním. Formy takovéto péče jsou různé a odpovídají problematice duševní nemoci. Klient se může vrátit do ambulantní péče, využít specializovaného doléčovacího zařízení, domácí péče, chráněného zaměstnání či chráněného bydlení. Sociální pracovníci se pak zaměřují na možnosti resocializace klienta (Mahrová, Venglářová, 2008).

Každá dispozice se může vyvíjet jen v příslušně příznivém prostředí. Při přístupu k nemocnému se vychází z poznání, že každá porucha se vytváří a posiluje až v interakci s prostředím. Je všeobecnou zkušeností, že v dobře vedených zařízeních většinou nenalezneme nemocné ve fázích těžké regrese, naopak některá zařízení přímo vytvářejí podmínky, kde nemocní spějí k finální fázi autismu (Styx, 2003).

V období remise obtíží lze kromě výše uvedených služeb provádět soustavnou **terapeutickou práci** s rodinou, která je však u nás zatím dostupná jen výjimečně. Měla by začít v době, kdy pacient končí intenzivní léčení. Emocionální klima rodiny, měřitelné kvantitou negativně hodnocených projevů v interakci, predikuje návrat do ústavní péče. Cílem práce s rodinou je předejít zavržení pacienta, ale také přílišnému pečování o něj. Práce s rodinou může mít povahu skupinových instruktáží, ale musí také reagovat na konkrétní situaci jednotlivé rodiny (Matoušek, 2007).

Ať sociální pracovník pracuje v kterékoli části tohoto systému, neměl by zapomenout, že klientem v širším slova smyslu je celá rodina, ve které se duševní problémy vyskytly. Duševní onemocnění má vliv na všechny její členy a každý z nich potřebuje nějakou formu péče. Každý člen rodiny je zároveň tím, kdo může s odborníky spolupracovat i tím, kdo člověku s akutním projevem duševního onemocnění může pomoci (Mahrová, Venglářová, 2008).

V péči o duševně nemocné se prolíná státní i nestátní sektor. Sociální pracovníci v podpoře vzájemné spolupráce obou těchto sektorů hrají velkou roli. Jsou to právě oni, kdo síťují služby a pomáhají klientům komunikovat se zařízeními a úřady, které potřebují. Prolínání a dobrá kooperace obou sfér je pro klienty velmi významná.

Znalostí zařízení ve svém okolí, nebo alespoň informacemi o nich, může každý sociální pracovník této kooperaci významně pomoci (Mahrová, Venglářová, 2008).

3.3 Oblasti potřebné péče

Práce s lidmi s psychotickým onemocněním je složitá a klade velké nároky na komunikaci, kvalitu vztahu a přístup. Je potřeba se orientovat v základní psychopatologii duševní nemoci a brát ji při jednání s klientem s psychotickým onemocněním v úvahu. Vždy je vhodné lépe vážit slova, počítat s tím, že klient může být zvýšeně vztahovačný, že to, co by v běžné komunikaci proběhlo bez povšimnutí, může být zdrojem tenze a nedorozumění. Je třeba počítat také s tím, že vzájemnou komunikaci mohou komplikovat sluchové halucinace. Valentová (in Mahrová, Venglářová a kol., 2008) uvádí následující oblasti potřebné péče: překonání izolace a stigmatizace, získání a rozvíjení sociálních dovedností a schopností, oblast bydlení, práce a volného času.

3.3.1 Získání a rozvíjení užitečných sociálních dovedností a schopností

Můžeme se věnovat primárním postižením, tj. postižení vlastní duševní nemoci, nebo sekundárním postižením, vznikající např. jako nežádoucí následek léčby, nepříznivým postojem okolí po návratu z léčby. Vznik sekundární újmy je spojován především s dlouhodobým pobytem pacientů v nemocničním zařízení, kdy dochází k hospitalismu (adaptace na dlouhodobý pobyt v ústavním prostředí, doprovázená oslabováním sociálních dovedností, jež jsou potřebné pro život v běžných podmínkách). Cílenou rehabilitací prováděnou už v podmínkách nemocniční péče lze pacienty připravit na přechod do původního sociálního prostředí. Zde má své místo rozumný režim nemocničního oddělení, má zahrnovat aktivizující prvky, stěžejním prvkem je činnostní terapie. Osvědčuje se využití starých řemesel, kdy lze mnohdy daleko intenzivněji být sám se sebou. Využívá se arteterapie, muzikoterapie, biblioterapie, pohybových aktivit. Důležité místo mají různé programy nácviku sociálních dovedností.

3.3.2 Bydlení pro osoby s duševním onemocněním

Řada klientů, kteří jsou dlouhodobě hospitalizováni v psychiatrických zařízeních nebo se tam opakovaně vrací po krátkodobých remisích, může úspěšně fungovat ve více či

méně chráněných podmínkách. Jde o to, aby každý z klientů měl možnost využívat podle svého zdravotního stavu v co největší míře samostatnou formu bydlení. Pro někoho je jediným místem, kde je schopný žít jen psychiatrické lůžkové zařízení, pro jiného je to domov pro seniory s psychiatrickou péčí, další zvládne bydlení ve společné komunitě. Ti samostatnější mohou žít v chráněných bytech s podporou asistentů, poslední a jistě nejideálnější je možnost bydlení ve vlastním bytě s tím, že klient může využívat podpory asistenčních služeb, které za ním do jeho bytu docházejí.

Přednost dostává podpora bydlení v přirozených podmínkách stálého bydlení domácího typu, tak aby mohl klient rozvíjet své dovednosti, ale také aby byl posílen jeho pocit bezpečného zázemí. Návuk dovedností by měl probíhat v klientově přirozeném prostředí a měl by být spojen s budováním jeho přirozené sociální sítě. Zároveň platí obecné principy: důležitost vztahu pracovník-klient, stálost a návaznost péče, individualizace podpory, flexibilita v závislosti na aktuálním stavu nemocného. Mezi další principy rehabilitace patří i právo rozhodnout se, kde a s kým budou žít, účast klienta v procesu rozhodování, spolupráce s rodinou. Musí být zabezpečena dostupnost a rychlost pomoci. Nutné je i obhajovat zájmy klienta v prostředích, kde jsou ohroženy, a zabezpečit mu adekvátní finanční podporu. Potřeby a na ně reagující intervence lze rozdělit do okruhů, které nemají být definovány diagnózou, ale etapou klientova života, jeho funkční kapacitou a potenciálem rozvoje. Tomu mají odpovídat i jednotlivé druhy podpory v bydlení (Probstová in Matoušek a kol., 2010).

Valentová (In Mahrová, Venglářová a kol., 2008) uvádí, že je potřeba mít k dispozici různé formy podpory bydlení:

Domy na půl cesty (komunitní bydlení)

Dům na půl cesty je dočasné ubytování pro osoby, které byly předtím v dlouhodobé ústavní péči. Uživatelé za ubytování platí, sami udržují svou domácnost, chodí do školy, nebo do zaměstnání. S ubytováním jsou obvykle spojeny některé služby a programy, jiné úmyslně nikoli, aby byl uživatel nucen je vyhledávat mimo dům na půli cesty, ve kterém je ubytován (Matoušek, 2008).

V jednom domě, nebo části domu, žije společně více klientů. Podílejí se na úklidu, často i na vaření, musí se podřídit určitému režimu. K dispozici je jim terapeut, většinou s 24 hodinovou službou. Pobyt v těchto zařízeních bývá časově omezen, je předstupněm k přechodu klientů do samostatnějších forem bydlení (Valentová in Mahrová, Venglářová a kol., 2008).

Chráněné byty

Chráněný byt je forma chráněného bydlení, kdy klienti po časově omezenou dobu (většinou 1 – 1, 5 roku) mají možnost bydlet v samostatných nebo společných bytech. Jsou v kontaktu s asistentskými službami, které jim pomáhají s případnými problémy. Klienti mají možnost si samostatné bydlení vyzkoušet a nacvičit si některé potřebné návyky. Poté se v ideálním případě vrací do vlastních bytů, ve kterých v minulosti selhávali. Problémem tohoto typu bydlení je nutnost splácet po dobu pobytu dva nájemy, což limituje řadu klientů. Služba tak bývá mnohdy dostupná spíše mladým pacientům, kteří žijí ještě s rodiči a chtějí si vyzkoušet nebo natrénovat samostatnou existenci. Následně se však vrací do primární rodiny, což jim mnohdy neprospívá. Pro tyto klienty je pak vhodnější přestoupit do sociálního bytu. Řešením pro ty, jež mají svůj byt, je podporované bydlení ve vlastním bytě. Mnohdy však klient po proběhlé hospitalizaci do svého bytu nechce, neboť s ním má spojenou celou řadu paranoidních stavů, konfliktů apod. Pak je vhodnější, aby se o návrat pokusil skrze zprostředkované samostatné bydlení (Valentová in Mahrová, Venglářová a kol., 2008).

Podporované bydlení a sociální byty

Podporované bydlení znamená, že klienti žijí ve svém vlastním bytě a v různých časových intervalech k nim dochází pracovníci z asistenční služby, nebo se sami uživatelé mohou přihlásit o pomoc. Učí se lépe fungovat v domácím prostředí s dopomocí a radou sociálních pracovníků, či terapeutů nebo zdravotníků (Valentová in Mahrová, Venglářová a kol., 2008).

Podporované bydlení by mělo být metodou první volby u pacientů, kteří nechtějí nebo nemohou bydlet s rodinou a jejich stav jim umožňuje samostatný život. Jiné formy pobytových služeb mají tendenci podobat se malým léčebnám, takže vedlejším účinkem může být posilování pacientovy sociální izolace. Míra integrace má u každé osoby své optimum. Nikdo by neměl být nucen k tomu, aby se zapojoval do vztahů, které pro něj představují zátěž (Matoušek, 2007).

Sociální byt je forma bydlení potřebná především pro mladé klienty, kteří se chtějí a měli by se odpoutat od své primární rodiny (Valentová in Mahrová, Venglářová a kol., 2008).

3.3.3 Práce

Michon a Weeghel (1999, podle Matoušek a kol., 2010) dělí překážky pracovní integrace duševně nemocných na vnější - nezaměstnanost, firemní pravidla, neodpovídající pracovní podmínky, špatná integrační politika pro hendikepované; a vnitřní - kvalifikační faktory (kvalita vzdělání pracovní dráha), psychiatrická onemocnění (závažnost a typ symptomatiky), sociální fungování (praktické dovednosti a sociální kompetence), pracovní dovednosti, sebeprožívání a sebedůvěra. Práce ve většině případů brání sociální izolaci. Pracovní rehabilitace má být zaměřena na návrat, udržení a rozšíření pracovních schopností. Má spojovat individuálně cílené postupy se strategiemi zaměřenými na prostředí. Sociální pracovník během rehabilitačního vyšetření diagnostikuje typ a rozsah překážek a spolu s klientem navrhuje typy intervence. Sociální pracovník bude pravděpodobně méně aktivní v oblasti získávání pracovních dovedností a návyků, ale bude se zapojovat v oblasti sociálního fungování klienta, při překonávání vnějších a vnitřních bariér. Zvláště intenzivně by měl pracovat s klienty, u kterých je možný přímý návrat do práce.

Chráněné dílny poskytují nejvyšší míru ochrany pracovního prostředí. Nejznámější z nich jsou tzv. tréninkové resocializační kavárny, které jak se zdá, nejlépe splňují podmínku smysluplnosti práce. Finanční ohodnocení v chráněných dílnách není buď žádné – je v rámci psychiatrické rehabilitace, nebo pouze symbolické. O to víc je důležitá zajímavost práce a její smysl. Kromě chráněných kaváren se osvědčily dílny s náplní práce různých starých řemesel. Své nezastupitelné místo má stále keramika či práce s hlinou. Chráněné dílny provozované různými neziskovými organizacemi se musí snažit také o prodejnost svých výrobků. Vyšší náklady, převedšim na energii, se však většinou prodejem výrobků nedaří kompenzovat. Fakt, že jsou výrobky na trhu žádané a ceněné, je krom vlastní práce další silnou motivační složkou (Valentová in Mahrová, Venglářová a kol., 2008).

Tzv. přechodné a podporované zaměstnávání je již poskytováno na otevřeném trhu práce v běžných firmách a umožňuje tak přirozenou každodenní integraci zdravých a nemocných lidí. Podpora terapeuta je tady poskytována jen v nezbytně nutné míře, klient se připravuje na vstup do nechráněného zaměstnání. V rámci přechodného zaměstnávání je doba podpory povětšinou omezena šesti měsíci, během kterých si může klient osvojit řadu pracovních návyků, které pak může využít na volném trhu práce. Podporované zaměstnávání klientovi umožňuje nastoupit do zaměstnání s vědomím,

že v případě potřeby či potíží se může obrátit na svého terapeuta či asistenta, který mu pomůže v kontaktu se zaměstnavatelem, řešit případné absence, nezvládání pracovního rytmu atd. Všechny tyto služby jsou většinou zasazeny do už fungujících systémů (Valentová in Mahrová, Venglářová a kol., 2008).

3.3.4 Smysluplné trávení volného času

Dlouhodobě duševně nemocní žijí často velice izolovaně, síť jejich sociálních kontaktů je velmi malá. Sociální pracovník má za úkol budovat spojení mezi klientem a okolím, ať již pracuje individuálně s klientem na nácviku dovedností, nebo s ním pracuje ve skupině. Snaží se klientovi otevírat dveře do zařízení a institucí (např. do centra denních aktivit), zprostředkovává a podporuje dobrovolnické služby. Pomáhá organizovat služby, které klienti nabízejí pro ostatní (kurzy vaření, jazykové kurzy). Je s klientem tam, kde ho klient potřebuje. V rámci komunitních zařízení probíhá řada akcí, jako jsou vánoční a jiné oslavy, výlety, letní pobyty a zájezdy. V naplnění volného času mohou duševně nemocným lidem bránit různé překážky. K vnitřním patří nedostatek dovedností a rozličné psychologické bariéry (strach z nové, neznámé situace, nadměrná zátěž, zvnitřněná stigmatizace, problémy v sociálním fungování - neobratnost, potíže v komunikaci, nápadnost v chování), symptomy duševní nemoci, vedlejší účinky léků, nízká sebedůvěra, nebo naopak nadnesená obranná očekávání. K vnějším patří finanční náročnost, nedosažitelnost místa veřejnou dopravou, odmítání duševně nemocných okolím či strach z nich (Probstová in Matoušek a kol., 2010).

3.4 Úrovně sociální práce

Běžně se v sociální práci rozlišují činnosti na mikroúrovni, střední úrovni a makroúrovni. Mikroúrovni je myšlena případová práce, střední úrovni práce s rodinami a malými skupinami a mikroúroveň znamená práci s velkými skupinami, organizacemi, komunitami a působení na sféru veřejného mínění i politiky (Matoušek a kol., 2003). V následujícím textu se budu v souvislosti se sociální prací s osobami s duševním onemocněním blíže zabývat pouze komunitní péčí a prací s rodinou.

3.4.1 Komunitní přístup v péči

Oproti medicínskému pojetí se komunitní přístup zaměřuje více na prostředí klienta a na podmínky, ve kterých žije, než na vlastní psychopatologii; zaměřuje se spíše na potenciál klienta a na jeho možnosti, než na handicap, který ho limituje; expertem na svou nemoc je více klient, který za pomoci profesionála stanovuje své potřeby z komunitní sítě. Klienti se také podílejí na plánování jednotlivých služeb komunitní péče; spolupráce profesionálů má jednoznačně týmový charakter; těžiště obsahu je v psychosociální rehabilitaci. Klienti, kteří využívají komunitní systém, nejsou homogenní skupinou, některé potřeby však mají stejné. Především to, že potřebují dlouhodobou stálou péči a podporu. Tato cílová skupina pomoc mnohdy nevyhledává nebo ji není schopna náležitě využívat. Není výjimkou, že klienti se schizofrenním onemocněním mnoho let přežívají zavřeni ve svém bytě, jen sporadicky vycházejí ven, jsou bez finančních prostředků, sociálně izolovaní, než se dostanou do lékařské péče, je diagnostikováno psychotické onemocnění a zahájena léčba a sociální pomoc. Mezi prvky komunitní péče patří krizové služby a domácí léčení; denní stacionáře a denní centra; podpora v oblasti bydlení a podpora v práci (Valentová in Mahrová, Venglářová a kol., 2008).

3.4.2 Práce s rodinou duševně nemocných

Komunitní péče přinesla zvýšený důraz na podporu rodin lidí s duševním onemocněním, jež se stávají primárními pečovateli. S příbuznými, většinou s rodiči, žije 30-60% lidí se závažným duševním onemocněním. Práce s rodinou a sociální sítí klienta se tak stává důležitou součástí práce multidisciplinárního týmu, který se snaží mapovat rodinné zázemí pacienta, porozumět mu a následně intervenovat. Cílem intervence je reagovat na potřeby rodin i klientů, pro které je důležité chápat podstatu duševního onemocnění, zvládat projevy nemoci a rizikového chování, vědět, jak se chovat v krizových a pro onemocnění specifických situacích, udržovat dobrou komunikaci v rodině, mít kapacitu a dovednosti pro zvládnání problému, formulovat pro sebe i pro klienta dosažitelné cíle a udržovat pocit sebedůvěry všech členů rodiny. Takto fungující rodina bude schopna udržet si přesvědčení, že se věci dají zvládnout. Bude schopna snižovat stres a předcházet stavu tzv. vyhoření, který zvyšuje riziko relapsu onemocnění (Probstová in Matoušek a kol., 2010).

Sociální pracovník, který je v týmu obvykle odpovědný za koordinaci práce s rodinou, pracuje v ideálním případě s rodinou individuálně v domácím prostředí. Může využívat technik nácviku sociálních dovedností, často se podílí na psychoedukaci rodinných příslušníků. Vedle individuální práce může být použita i práce skupinová. Sociální pracovník kromě toho může podporovat vznik a rozvoj svépomocných organizací příbuzných. Mnozí sociální pracovníci procházejí psychoterapeutickými výcviky a podílejí se také na rodinné psychoterapii, jež je další možností péče (Probstová in Matoušek a kol., 2010).

První duševní problémy klientů se objevují často v období osamostatňování. Téma závislosti a nezávislosti zůstává nedořešeno a klienti se k němu opakovaně a často neúspěšně vrací. Hatfield a Lefley (1993, podle Matoušek a kol., 2010) hovoří o typických problémech se vztahovou a ekonomickou závislostí na rodičích. Pocity viny, které rodiče prožívají, mohou posilovat jejich nadměrné zasahování do klientova života. To, co obvykle dobře působí jako krátkodobé řešení krizové situace – zvýšená pozornost a péče, se při dlouhodobém uplatňování u dlouhodobě duševně nemocných stává nadměrnou emoční angažovaností a hyperprotektivitou.

U rodinných příslušníků lidí s duševní nemocí se často objevují pocity strachu, úzkosti, studu, frustrace, smutku, zlosti a truchlení, pokusy o to dát smysl nesmyslné komunikaci, ignorování či neustálý dohled, zvýšená odpovědnost, omezování vlastních aktivit, zvýšená kritičnost, opomíjení ostatních členů rodiny. Klient se může ocitnout v situaci, kdy má pocit, že bez rodičů nemůže existovat, ale s nimi také ne. Sociální pracovník se snaží ovlivnit prožívání a chování rodinných příslušníků. Pomáhá jim nahlédnout, že nadměrný počet podnětů (spojený s vysokou mírou vyjadřovaných emocí) může bránit klientově uzdravě. Sociální pracovník by si měl být vědom toho, že rodinní příslušníci mají jiné potřeby než klienti: chtějí sdílet své vlastní zkušenosti, potřebují praktickou pomoc a emoční podporu, chtějí zabezpečit život svých dětí. Odlišné jsou potřeby rodin mladých lidí, sourozenců, partnerů. Někdy se objevuje problém s „dvojím“ klientem - jedním klientem je rodina a druhým klient sám, což vyžaduje citlivou spolupráci celého týmu. Problémy by měly být rozděleny do malých kroků a postup by měl být naplánován spolu s rodinou tak, aby řešení necítila jako vnucené (Probstová in Matoušek a kol., 2010).

3.5 Sociální služby pro osoby s duševním onemocněním

V této kapitole se budu zabývat sociálními službami, jak jsou vymezeny zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, definuje sociální službu jako činnost nebo soubor činností, zajišťující pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení (§3 zákona č. 108/2006 Sb.).

Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob (§2 zákona č. 108/2006 Sb.).

Podle §32 zákona č. 108/2006 Sb. sociální služby zahrnují **sociální poradenství**, služby **sociální péče** a služby **sociální prevence**. Sociální poradenství zákon rozděluje na základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství. Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v co nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Osobní asistence je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost a jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje.

Sociální služby se poskytují jako služby **pobytové**, **ambulantní** nebo **terénní**. Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb; ambulantními službami se rozumí služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování; terénními službami se rozumí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí (§33 zákona č. 108/2006 Sb.).

Mezi služby sociální péče, které mohou lidé s duševním onemocněním využít, patří např. osobní asistence, pečovatelská služba, podpora samostatného bydlení, denní a týdenní stacionáře, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení. Mezi služby

sociální prevence, které mohou osoby s duševním onemocněním využít, patří např. domy na půl cesty, služby následné péče, terapeutické komunity, či sociální rehabilitace. Všechny tyto služby jsou definované v zákoně č. 108/2006 Sb.

4 Metodologie výzkumu

V teoretické části jsem se zabývala tématem schizofrenie, jejími příznaky, druhy, průběhem a popisem toho, jak tato nemoc ovlivňuje jednotlivé psychické funkce a aspekty života. Zaměřila jsem se také na oblast kvality života, na specifické potřeby lidí, kteří onemocněli schizofrenií a na předsudky, týkající se tohoto onemocnění. V neposlední řadě jsem se věnovala sociálním službám, jako možnosti pomoci v zajištění životní spokojenosti osob s onemocněním schizofrenie.

V praktické části zaměřuji pozornost na téma předsudků společnosti ke schizofrenii a k lidem, které tato nemoc postihla. Téma stigmatizace v oblasti duševních nemocí není neprozkoumané. Je zmíněno ve většině publikací zaměřující se na duševní onemocnění. Také každého z nás jistě napadne, s čím se nemocní lidé setkávají. Možná nás však nenapadne, co tito lidé prožívají. Jak je ovlivňuje nejen samotná nemoc, ale především to, jak se k nim staví okolí a společnost, tedy lidé, se kterými před onemocněním trávili svůj čas v rámci osobního nebo pracovního života. Proto jsem se v praktické části zaměřila na to, jak na lidi se schizofrenií předsudky se kterými se setkávají, působí, jak je prožívají a jak ovlivňují jejich život.

4.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Jako **výzkumný cíl** jsem si stanovila zjistit, s jakými předsudky se ve svém životě setkávají lidé s onemocněním schizofrenie, jak tyto předsudky ovlivňují jednotlivé oblasti jejich života a jak ovlivňují jejich sebehodnocení a životní spokojenost. Protože jsem se zaměřila na hlubší popis jednotlivých případů, zvolila jsem **kvalitativní výzkum**.

Kvalitativní výzkum používá induktivní formy vědeckých metod, hloubkové studium jednotlivých případů, různé formy rozhovorů a kvalitativní pozorování. Cílem je získat popis zvláštností případů, generovat hypotézy a rozvíjet teorie o různých fenoménech světa. Kvalitativní výzkum probíhá nejčastěji v přirozených podmínkách sociálního prostředí. Plán výzkumu se z daného základu rozvíjí, mění a přizpůsobuje podle okolností a dosud získaných výsledků (Hendl, 2005).

Kvalitativní přístup je přístupem, jenž využívá principu jedinečnosti, neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesualnosti a dynamiky. V jeho rámci se cíleně pracuje s reflexivní povahou jakéhokoli psychologického zkoumání. Pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných nebo nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných psychologických fenoménů naší vnitřní i vnější reality využívá kvalitativních metod (Miovský, 2006).

Kvalitativní metody se užívají k odhalení a porozumění toho, co je podstatou jevů, o kterých toho moc nevíme, nebo mohou být použity k získání neotřelých názorů na jevy, o nichž už něco víme (Straus, Corbinová, 1999).

Na základě svého cíle jsem zformulovala následující **výzkumné otázky**:

1. S jakými předsudky se lidé s onemocněním schizofrenie setkávají?
2. Jak tyto předsudky ovlivňují jednotlivé oblasti jejich života?
3. Jaký vliv mají tyto předsudky na sebehodnocení a životní spokojenost?

4.2 Metody získávání dat

Jako nejvhodnější metoda k získání kvalitativních dat se mi jevil polostrukturovaný rozhovor. Tento je nejrozšířenější podobou metody rozhovoru, protože dokáže řešit nevýhody jak nestrukturovaného, tak strukturovaného rozhovoru. Polostrukturovaný rozhovor vyžaduje náročnější technickou přípravu. Vytváříme si schéma, které je pro tazatele závazné, specifikuje okruhy otázek, na které se budeme ptát. Obvykle je možné zaměřovat pořadí a dle potřeby a možností pořadí upravujeme tak, abychom tím maximalizovali výtěžnost rozhovoru. Při polostrukturovaném rozhovoru je vhodné použít upřesnění a vysvětlení odpovědi účastníka. Je definováno tzv. jádro rozhovoru, tj. minimum otázek, které má tazatel za povinnost probrat. Na toto jádro se pak nabalují doplňující témata a otázky, které se tazateli jeví jako smysluplné či vhodně rozšiřující původní zadání (Miovský, 2006).

Na základě cíle výzkumu a výzkumných otázek mi vzniklo schéma rozhovoru obsahující následujících jedenáct otevřených otázek:

1. S jakými předsudky ze strany společnosti se ve svém životě setkáváte?
2. Při jakých příležitostech? Od koho?
3. Jak tyto předsudky ovlivňují váš život?
4. Brání vám v něčem?

5. Pomáhají vám v něčem?
6. Co považujete za největší omezení vyplývající z těchto předsudků?
7. Co ve vás vyvolávají, co vám způsobují?
8. Jak se s nimi vyrovnáváte?
9. Jakým způsobem působí na vaše sebehodnocení?
10. Co byste rád/a aby se v tomto ohledu změnilo?
11. V čem myslíte, že by se změnil váš život bez předsudků společnosti?

4.3 Metody zpracování dat

Při zpracovávání dat jsem nejdříve doslova přepsala zvukový záznam rozhovoru, který jsem nahrávala na diktafon. Zvukový záznam fáze získávání dat představuje velkou podporu a pomoc. Výzkumník si nemusí dělat poznámky, aby zaznamenal obsah, ale dělá si poznámky výhradně pro své potřeby. Zvukový záznam zachycuje veškeré kvality mluveného slova, tedy sílu hlasu, délku pomlky, doprovodné zvuky atd. Záznam je nestranný, autentický a je na něm vše tak, jak se odehrálo. Po technické stránce se snažíme, aby záznamové zařízení co nejméně narušovalo výzkumný kontakt a současně aby co nejkvalitněji zaznamenával zvukový průběh výzkumné situace. Fixováním kvalitativních dat vzniká základní materiál, se kterým můžeme dále pracovat. Převedení dat netextové povahy do povahy textové se nazývá **transkripce** (Miovský, 2006).

Poté jsem přešla k procesu **kódování dat**. Kódování kvalitativních dat v obecném významu stojí na začátku procesu zpracování a třídění dat. Znamená to přiřazování klíčových slov, nebo symbolů k částem textu tak, aby byla umožněna snadnější a rychlejší práce s těmito částmi a aby bylo možné prostřednictvím kódů kdykoli snadno pracovat s většími významovými celky (Miovský, 2006).

Dále jsem při zpracovávání analýzy kvalitativních dat použila **metodu vytváření trsů**, která slouží k tomu, abychom seskupili a konceptualizovali výroky do skupin, které by měly vznikat na základě vzájemné podobnosti mezi identifikovatelnými jednotkami - tímto procesem vznikají obecnější a induktivně zformované kategorie, jejichž zařazení do dané skupiny je asociováno s určitými opakujícími se znaky, charakteristickým uspořádáním atd.; a **metodu zachycení vzorců (gestaltů)**, jejíž základní princip spočívá ve vyhledávání určitých opakujících se vzorců v datech, které následně zaznamenáváme (Miovský, 2006).

4.4 Realizace výzkumu

V této kapitole popíši, jak probíhal samotný výzkum, průběh rozhovorů a výzkumný vzorek.

4.4.1 Průběh výzkumu

Proces sběru kvalitativních dat probíhal v občanském sdružení MENS SANA, kde jsem se pracovníkům představila a seznámila je s cílem mé diplomové práce. Následně jsme se s paní ředitelkou konkrétně domluvily na realizaci rozhovorů. MENS SANA o. s. je nestátní nezisková organizace, jejíž snahou je vytvářet podporu a pomoc lidem s duševním onemocněním a psychosociálními problémy, jejím rodinným příslušníkům a osobám jim blízkým. Toto občanské sdružení poskytuje dlouhodobou podporu lidem při řešení náročných životních situací, psychologické a sociální poradenství, terénní služby, podporu bydlení, sociální rehabilitaci, skupinové terapie, vzdělávací programy, tvůrčí a pohybové programy pro volný čas, arteterapii, muzikoterapii a psychoterapii.

Ředitelka organizace mi poskytla potřebné informace a doporučila mi, abych oslovila uživatele jejich služeb při čekání na některou z aktivit, jež MENS SANA poskytuje. Domnívala se, že mnozí přivítají možnost si popovídat, protože např. chodili dříve a následně tři hodiny čekali na začátek aktivity.

Do zařízení jsem chodila od listopadu 2011 do března 2012. Náhodně jsem oslovila osoby, které čekaly na chodbě. Výběr výzkumného vzorku byl tudíž vybírán kombinací pravděpodobnostní metody **prostého náhodného výběru** a **záměrného výběru přes instituce**, což je metoda, kdy využíváme určitého typu služeb, nebo činnosti nějaké instituce určené pro cílovou skupinu, jež nás zajímá (Miovský, 2006).

Dotázaným jsem představila sebe, téma mé diplomové práce a nastínila jim průběh rozhovoru. Celkově jsem oslovila 20 osob, z toho 9 s rozhovorem souhlasilo. Rozhovory probíhaly v hovorně MENS SANA o. s., tedy v důvěrně známém prostředí, ve kterém se dotazovaní cítili bezpečně. Dotazované jsem seznámila s průběhem rozhovoru, informovala je o možnosti kdykoli rozhovor ukončit, popřípadě možnosti neodpovídat na otázku, o které by nechtěli mluvit. Ujistila jsem je o anonymitě a požádala o souhlas s pořízením audiozáznamu na diktafon a použitím jejich výpovědí pro účely výzkumu k mé diplomové práci.

Každý rozhovor trval zhruba 50 minut. Z devíti dotazovaných jsem od šesti z nich dostala data, která jsem použila ke zpracování a analýze. Jedna dotazovaná komunikovala zcela sporadicky, spíše mi jen přikyvovala a odpovídala slovy „ano, ne, nevím, možná by to tak mohlo být“. Další dotazovaný odpovídal nesouvisle, zmateně a zcela mimo položené otázky, přesto, že jsem mu taktně několikrát zopakovala, na co se ptám a jak je otázka myšlena. Jeden dotazovaný na každou otázku odpovídal dlouhým povídáním o jeho vztahu k Bohu. Všechny tyto rozhovory byly pro mě přínosné, smysluplné a mnohé mi objasnily, pro účely výzkumu je však vzhledem k výzkumnému cíli nemohu použít, neboť jsem v nich nedostala ani jednu odpověď na výzkumnou otázku. V průběhu rozhovoru jsem se nesečkala s ničím, co by jej narušilo, s odmítnutím, ani s žádnými nepředvídatelnými situacemi. Stávalo se, že bylo třeba několikrát zopakovat otázku, objasnit, na co se ptám, čekat, jak respondenti svou odpověď zpracují. Reagovali však na všechny otázky a podle svých možností mi poskytli odpovědi.

4.4.2 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek se skládal ze čtyř žen a dvou mužů ve věku od 28 let do 49 let. Všichni onemocněli paranoidní schizofrenií. Tři ženy jsou v období remise, dva muži a jedna žena se nachází v chronickém průběhu. Pět respondentů má ukončené středoškolské vzdělání, jeden muž má ukončené vysokoškolské studium. Dva muži pracují z domu, jedna žena na poloviční úvazek jako prodavačka a tři ženy jsou v invalidním důchodu. Jedna žena bydlí v chráněném bydlení. Jeden muž se svou rodinou a jedna žena se svým partnerem a tři respondenti bydlí s rodiči. Dále uvádím konkrétnější informace o jednotlivých respondentech. Vzájemně jsme se dohodli, že poskytnu pouze tyto údaje, jména jsou pozměněná.

Jirka, 32 let. Paranoidní schizofrenií onemocněl před sedmi lety, nachází se v chronické variantě jejího průběhu. Má ukončené středoškolské vzdělání, pracuje na poloviční úvazek z domu. Bydlí se svými rodiči. Nemá žádnou životní partnerku.

Martina, 31 let. Paranoidní schizofrenií onemocněla před 12 lety, nyní je v období remise. Má šestiletého syna, se kterým žije u své matky. Partnera nemá. Má ukončené středoškolské vzdělání, nastoupila na VŠ, po dvou letech ji však kvůli nemoci ukončila. Je v plném invalidním důchodu.

Klára, 28 let. Paranoidní schizofrenií onemocněla před šesti lety, nyní je v chronické variantě jejího průběhu. Žije se svými rodiči a bratrem. Je v invalidním důchodu. Partnera nemá. Má ukončené středoškolské vzdělání.

Aleš, 48 let. Paranoidní schizofrenií onemocněl před 29 lety. Je v chronické variantě průběhu. Je podruhé ženatý, má tři děti, s první manželkou má dceru - 23 let a syna - 20 let. S druhou manželkou má čtyř měsíčního syna. Má VŠ vzdělání – učitel matematiky. Nyní pracuje z domu.

Jana, 49. Paranoidní schizofrenií onemocněla před 12 lety. Nyní se nachází v období remise. Je rozvedená, má dvě dospělé děti, žije s přítelem. Pracuje na částečný úvazek v prodejně s pralinkami. Má ukončené středoškolské vzdělání.

Věra, 31 let. Paranoidní schizofrenií onemocněla před pěti lety. Nyní je v období remise. Je v plném invalidním důchodu, žije sama v chráněném bydlení. Partnera nemá, s rodinou se delší dobu nestýká. Má ukončené středoškolské vzdělání.

4.5 Analýza dat

Analýzou rozhovorů vznikly jednotlivé kategorie, které jsou doplněné o přímé citace dotazovaných. Kategorie odpovídají jednotlivým oblastem zkoumání.

4.5.1 Předsudky, se kterými se lidé s onemocněním schizofrenie setkávají

NEBEZPEČNÍ - nejčastěji se respondenti setkávají s tím, že jim okolí přisuzuje násilné sklony, proto se jim vyhýbají, nedůvěřují jim a jsou k nim ostražití. Bojí se, že v nich dojde v důsledku nemoci k nějakému zkratu a ublíží jim. Jedná se většinou o sousedy, ale také o přátele, kteří se sice snaží chovat hezky, ale obezřetnost je znát. Velkou míru zodpovědnosti za tento postoj přisuzují médiím. Na druhou stranu však přiznávají, že sami by se asi nechovali jinak.

Jirka: „Lidé v okolí mě nezdraví. Jednou jsem zaslechl, jak nějaká maminka říká svému dítěti, ať si na mě dá pozor, že jsem nebezpečný a ať se mi vyhýbá, že bych mu mohl moc ublížit.“

Martina: „To, co mě tíží nejvíce, je že lidi očekávají, že mám násilnické sklony, mají strach, že ohrožuju jejich bezpečí a bezpečí jejich dětí. Mrzí mě, že by mi nesvěřili své

vlastní dítě, přitom já jsem nikdy nikomu fyzicky neublížila. Jsem takový nekonfliktní typ. A stejně ti lidi mají pocit, že mě dojde asi k nějakému zkratu.“

Klára: „Kamarádi se mnou nechtějí komunikovat, bojí, se jestli bych jim něco neudělala. Ví o tom málo a asi mají strach.“

Martina: „Jsou lidi, kteří by se mnou žádný kontakt nenavázali a jsou lidi, co se rovnou zeptají, co ode mě můžou čekat a já jim odpovím. Ale stejně jsou obezřetní a to se mě dotýká. Dotýká se mě ta nedůvěra.“

Jirka: „Mnoho lidí je ovlivněno televizí, média z nás opravdu dělají násilníky. Prostě ty, kteří bezdůvodně napadají ostatní a jsou nebezpeční. Kdyby se ta televize spíše zaměřila na podstatu nemoci a vysvětlení, udělali by lépe. Ale možná by to nikoho nezajímalo.“

Martina: „Nebaví mě sledovat televizi, ale občas vidím ty pořady, kde prezentují duševně nemocné, jak páchají násilné činy. To je takové médium, které dává takový náhled na psychicky nemocné. Ale ono je to těžko, protože někteří opravdu jsou blázni a mají násilné sklony, jsou nebezpeční. Potom nás hází všechny do jednoho pytle.“

Aleš: „Mělo by se o tom více mluvit v médiích, ne aby se jen říkalo „schizofrenik ubodal dítě.“

Martina: „Můj vlastní pohled, než jsem onemocněla, taky nebyl moc pěkný, takže svým způsobem ty zdravé lidi chápu, kdyby se mi to nestalo, tak bych se asi nechovala jinak, to je na tom to smutné.“

Martina: „Změnit by se to mohlo jen v případě, že by je potkal stejný osud. Myslím si, že se s tím nic dělat nedá, že to je takový přirozený reflex každého z nás. Pokud člověk nemá tu osobní zkušenost, tak to v sobě těžko změní. Navenek se může snažit, ale vždycky tam bude ten střeh.“

NEVYZPYTATELNÍ - Dalším nepříjemným předsudkem okolí, se kterým se respondenti setkali a který souvisí s předchozím, bylo označení, že jsou nevyzpytatelní a nečitelní, proto z nich mají strach. Okolí neví, co můžou čekat, proto se jim raději vyhýbají. Respondenti vnímají své okolí, jako málo informované, a domnívají se, že proto se jim straní. Myslí si, že situace by se změnila, kdyby

probíhala na toto téma větší osvěta, a lidé s duševním onemocněním by nebyli stavěni pouze do negativního světla.

Klára: „Lidi si myslí, že ta nemoc se nedá vysvětlit, neví, o co jde. Jsou málo informovaní a neví co čekat. Když jedu ve výtahu, tak se mnou nejedou, jezdím sama. Lidé se mi straní.“

Jana: „Setkávám se s nepochopením, okolí je málo informované, neví jak se chovat. Někdy se chovají vyhýbavě, někdy spíše agresivně.“

Martina: „Když řeknu, tak jako ostatní lidé, že se třeba zblázním, v tom smyslu že mi něco leze na nervy, tak lidé neví, bojí se toho a že jim třeba něco udělám.“

Jirka: „Známým jsem se zmínil, že se mě opravdu nemusí bát, vysvětlil jsem jim pár věci, které vím, dokonce jsem přinesl jakousi brožuru, co mi dala paní doktorka, aby se informovali a věděli víc.“

BLÁZNI - respondenti se často setkávají s tím, že si jejich nejbližší okolí myslí, že jsou blázni a cvoci. Okolí a bohužel také rodina i přátelé nevěnují příliš pozornosti tomu, co říkají. Mají dojem, že jejich názory a myšlení je nesouvislé, zmatené, nesrozumitelné a nemá logiku. Přiznávají, že v atace nemoci tomu tak opravdu je, ale dotýká se jich zobecňování a nerespektování možnosti, že to může být i jinak. Stále také narážejí na tabu naší společnosti, že kdo má psychiatra, musí být nutně blázen.

Věra: „Tak to je takový klasický primitivismus, že když má někdo nějakou diagnózu, tak prostě není normální, je blázen. Kdo to nezažil, tak to nepochopí a vidí to z té své stránky.“

Martina: „Málokdo dokáže mít tak otevřené oči a slepit ze mě tu nálepku blázna. Můžu být sebelepší, ale pořád jsem ta, co si ostříhala vlasy a běhala po vesnici.“

Jana: „Je mi to líto, když mi někdo řekne, že on teda na hlavu není. To se mě dotkne. Já taky nejsem na hlavu, jsem psychicky nemocná.“

Martina: „Když jsem otěhotněla, tak lidi z vesnice říkali: aha bláznivá Viktorka bude mít děcko, nakonec s ním skočí do řeky...oni mě tak prostě viděli. Dokonce sousedka přišla říct doktorce, že sedím s děckem u vody, ať mi ho vezmou, že ho do té vody hodím. Lidí měli strach, že mu něco udělám a prosazovali, ať mi ho vezmou. No málem

mi ho nedali v té porodnici. Ale kdyby nebylo vlivného švagra tak by mi určitě ho nedali, možná mamce nebo sestře, ale mě určitě ne.“

Klára: *„Lidé si myslí, že ti, co mají psychiatra, jsou divní. Já to ale považuji za velký přínos, mě to pomáhá, když si potřebuju popovídat. Ale lidé se toho bojí, že jsme blázni.“*

Jirka: *„Jde na nich vidět, že prostě to, co řeknu, pro ně nemá význam. Mám pocit, že se k tomu staví jako k výplodu choré mysli. Oni mě sice poslouchají, když mluvím, ale povětšinou na to ani nezareagují a pokračují dále ve své debatě.“*

Jana: *„Nedovedu si představit, jak to probíhá v jiných zemích, kde je větší informovanost. Říká se, že v Americe má každý svého psychiatra nebo psychoterapeuta, že tam berou psychoterapii jako součást života.“*

LÍNÍ – respondenti se také ve svém životě v nemalé míře a v různých formách setkávají s tím, že jsou povaleči, lenoši a flákači, kteří nepracují a přiživují se na ostatních. Že jsou pohodlní a není na ně spolehnutí. Nezřídka se také setkávají s tím, že jsou hloupí, moc rozumu nepobrali, jsou nevychovaní a jejich povaha je jednoduchá.

Jirka: *„Nejčastěji se setkávám s tím, že jsem lenoch, flákač a povaleč. Občas na mě někdo z vesnice pokřikne, že jsem přiživník, protože nechodím do práce. Lidé z vesnice si všimli, že nechodím na autobus, tak si vyvodili, že nepracuji. O mé nemoci jsem řekl jen pár známým, ale víte, jak to chodí na vesnici.“*

Aleš: *„Přestože mám vysokou školu, bývalá rodina mě označovala za hloupého. Kdykoli měli příležitost, dodali, že na mě není spolehnutí.“*

Jirka: *„U vozičkářů vidíte, že mají nějaký problém, psychická nemoc není vidět, to si každý řekne jen: to je hulvát a nevychovaný.“*

Aleš: *„Moje exmanželka si myslela, že jsem lenoch, že jsem to všechno nahrál, že se mi jen nechce chodit do práce a moje manželka se také často ptá mé lékařky, jestli mé chování je v rámci nemoci, nebo jestli už je to něco jiného.“*

Martina: *„Vedlejší účinky těch léků jsou dost nepříjemné. Udělají z toho člověka nepoužitelného člověka, nehezkého člověka. Pro zdravého člověka se pak jeví jako pohodlný, lenivý, ospalý, nedobře vypadající, prostě člověk, který nedbá vůbec o nic.“*

Aleš: „Jezdím do Opavy, kde máme takový klub, a potom si sedneme do hospody a ti štamgasti vědí, že jsme duševně nemocní, a že jsme důchodci, tak mají takové narážky, že se flákáme, nepracujeme a oni na nás musí dělat a tak.“

4.5.2 Oblasti, které jsou ovlivňovány předsudky společnosti

Mezi oblasti, kterými jsem se v rámci této výzkumné otázky zabývala, patří sociální vztahy – s partnery, rodinou a přáteli, dále pak oblast bydlení a oblast zaměstnání.

OBLAST SOCIÁLNÍCH VZTAHŮ

PARTNEŘI - v oblasti partnerských vztahů se všichni respondenti setkali s rozchodem, případně s rozvodem v důsledku onemocnění. Jejich partneři je v nemoci opustili. Mnohdy býval důvod ten, že nezvládali příznaky nemoci, vedlejší účinky léků, nebo se za ně zkrátka styděli, vytrácela se společná řeč, koníčky, porozumění a důvěra. V polovině případů se respondenti časem dozvěděli, že partner jejich nemoc před okolím tajil. Čtyři z respondentů žijí bez partnera, což má vliv mimo jiné také na jejich životní spokojenost a subjektivní pohodu. Jeden respondent žije v manželství, jeho první žena jej pro nemoc opustila, druhá žena je lékařka, takže podle jeho slov věděla, do čeho jde. Jedna respondentka žije po rozvodu s partnerem, se kterým je spokojená.

Jana: „Můj bývalý manžel se za mě hodně styděl, snažil se to utajit, i když jsem byla hospitalizovaná. Dělal doma všechno, jako bych to dělala já, aby nikdy nic nepoznal. O to větší to pak bylo pro okolí překvapení. A samozřejmě to byl jeden z důvodů rozvodu. Opustil mě v nemoci.“

Všichni respondenti však uvedli, že najít partnera pro ně není či nebylo snadné. Kolikrát se nachází v sociální izolaci, a nemají možnost se s potenciálním partnerem vůbec setkat. Při případném setkání jim dělá problém navázat kontakt. Zpočátku vztahu o nemoci nemluví, a když ji přiznají, většinou vztah skončí. Respondenti vztahy většinou nacházejí mezi lidmi, kteří mají stejné problémy. Většina jich vzniká v chráněných dílnách, psychoterapeutických skupinách, aktivitách občanských sdružení atp.

Jirka: „Někdy na skupinové terapii je nějaká paní, co si padneme do oka, tak spolu třeba strávíme nějaký ten čas. Povídáme si a pak víte co. Ale nikdy to nevydrží dlouho, vždycky to na něčem ztroskotá. Jinde moc nemám příležitosti. Jsem ovlivněn tou nemocí,

už si tak moc nevěřím, bojím se a kolikrát jsem tak unavený, že o sebe nedbám, však vidíte, jak jsem tlustý.“

Sami respondenti uvádějí, že vyhledávají spíše také podobně nemocné lidi, protože se setkávají s mnohem větším pochopením a jejich vztah, jak se domnívají, stojí na jiných pilířích, než vztahy zdravých lidí, váží si maličkostí a neřeší malichernosti. Přiznávají, že mají pocit, že přes prvotní obtíže, je vztah následně opravdovější, neboť je často vystavován velmi vypjatým a obtížným situacím, které je potřeba společně zvládnout a nějakým způsobem vyřešit.

Jana: *„Teďka mám přítele, který má epilepsii, takže my si tak vycházíme vstříc. Seznámili jsme se v těch chráněných dílnách. A jsem ráda, dává mi lásku, podporu, kontroluje mě a hlídá, třeba jestli beru léky.“*

Nezadaní respondenti přiznávají, že jim v souvislosti s partnerstvím chybí sexuální aktivita, jejíž absence se také podílí na případné životní nespokojenosti.

Jirka: *„Jedna známá, o které se říká, že jde s každým, tak se nezlobte, že to tak řeknu, jde občas i se mnou. Víte jak to je, člověk to potřebuje a jak jsem postřehl, když si ženské stěžují, chlapi zvláště. No aspoň pořád vím, že jsem aspoň v tomhle normální. Pokud se to tak dá nazvat.“*

RODINA - všichni respondenti, kteří žijí v rodině či udržují kontakt s rodinou tvrdí, že rodina byla ta, která je nejvíce podpořila a pomohla jim v nejtěžších chvílích. Uvědomují si, že pro samotné členy rodiny, ať se jednalo o rodiče, děti, nebo jiné příbuzné, bylo jejich onemocnění také velkým šokem, nevěděli, co se děje, jak se mají chovat, co mají dělat a jak mohou pomoci. Taky se setkávali s negativními reakcemi okolí a poslouchali nepříjemné poznámky. Nemoc je pro nejbližší členy rodiny rovněž fyzicky i psychicky náročná, a kromě jedné respondentky, která rodinu nemá, si všichni velice váží podpory, které se jim od rodiny dostalo. Uvědomují si náročnost situací, se kterými se členové rodiny setkali.

Martina: *„S mámou mám úžasný vztah, hodně mi pomohla. Dalo by se říct, že naši rodinu má nemoc stmelila, paradoxně se spousta věcí vyřešila.“*

Klára: *„Tátovi se posmívali, že má za dceru blázna. Bývalo mu to hodně nepříjemné, ale vždycky stál při mně, pomohl mi a byl mi oporou.“*

Jana: „S dětmi se o všem můžu bavit úplně normálně, vědí, čím jsem si prošla a jaké mám stavy. Taky o tom chtějí něco vědět tak si sami vyhledávají na internetu informace. Umí se se mnou o tom pobavit, i poradit. A to pro mě důležité.“

Respondenti se setkávají s tím, že se je rodina snaží uchránit od různých zátěžových situací a negativních vlivů. Nedostanou se k nim všechny informace, některé věci se řeší za jejich zády, aby je příliš neznepokojovaly. Toto respondenti nehodnotí kladně, neboť se poté cítí jako neplnohodnotný člen, bez důvěry, informací a zodpovědnosti, byť si uvědomují, že tak příbuzní většinou konají v dobrém úmyslu.

Jana: „Rodina a přátelé mi zůstali. Snaží se mě spíše chránit. Takže mi třeba spoustu věcí neříkají, aby mě to zbytečně nezatěžovalo. Je to od nich milé, asi bych dělala to samé, ale cítím se potom, jak bych to řekla, nevyužitě. Že třeba řeší moje věci za mě, že nevím, když se něco stane, že jsem jakoby izolovaná od informací běžného dne a života.“

Jirka: „Když se doma něco řeší, tak zásadně beze mě. Mě postaví před hotovou věc. Je to tak a tak a já to musím přijmout, aniž bych měl třeba možnost nějak vstoupit.“

PŘÁTELE – oblast přátelství byla mezi respondenty různorodá. Jeden respondent a jedna respondentka odpověděli, že jim přátelé zůstali, že jim také dost pomohli, že se na ně mohli kdykoli spolehnout a nepocítili z jejich strany žádný způsob vyhýbání se, či nápadné ostražitosti. Nadále spolu tráví čas, chodí na kafe a v rámci možností jezdí i na výlety. Dvě respondentky a jeden respondent přiznali, že je přátelé opustili. Nebylo to bezprostředně poté, co se dozvěděli o nemoci, ale vplynulo to postupem času. Přestali si rozumět, trávit společný čas. Respondenti si posteskli, že jim kamarádi nerozumí, a že začali být více či méně ostražití. Nevěděli, co můžou v souvislosti s nemocí čekat. Postupně většina kamarádů založila rodinu, začali trávit čas s dětmi a s jinými rodinami s dětmi. Když už se při nějaké příležitosti sešli, byla již mezi nimi znatelná bariéra. Jedna respondentka zmínila, že přátelé se k ní sice chovají hezky, ale ona musí vyhledávat jejich společnost a kontaktovat je. Sami od sebe se prý neozvou, což ji velice mrzí.

Jana: „Spolužáci a kamarádi mě neopustili, berou mě takovou, jaká jsem byla i jaká jsem teď.“

Aleš: „Přátelé mi zůstali.“

Martina: „Předsudky mi brání mít pocit, že mám přátele. Mám známé, mám kamarády, ale nemám přátele. A to mi chybí. To z nich člověk prostě cítí, že mají odstup.“

Martina: „Kamarádi se ke mně chovají hezky, to nemůžu říct, ale chybí mi ta iniciativa, ne že si o to vždycky řeknu a svým způsobem vynutím.“

Jirka: „Přátele jsem ztratil, začali se trochu bát. Pár z nich bylo při tom, když jsem měl záchvat, chápu, že to muselo být velice nepříjemné, sám nevím, jak bych reagoval.“

Martina: „Jsem v invalidním důchodu, takže mám dost času a ráda bych ženám v mém okolí pomohla, např. s hlídáním dětí, ale není to v mých silách, protože o to nestojí.“

Jirka: „Když mi známí občas napíšíou, ať s nimi jdu, jednou za uherský rok, to není moc často, víte jak to je, tak jim stejně moc nerozumím, mají úplně jiný život, prožívají úplně jiné věci, radují se, třeba mají i trápení, ale víte, mi to kolikrát přijde taky srandovní, co řeší. No, a když se přidám k rozhovoru, tak nad tím, jak bych to řekl, mávnou rukou, nedávají tomu nějaký význam.“

Martina: „Předsudky mi ubližují, mrzí mě to a cítím bezmoc s tím cokoli dělat a něco změnit. Ale snažím se nelitovat a brát to tak jak to je být vděčná za každý kontakt. Že jsou se mnou ochotni komunikovat.“

Klára: „Přátelství má nemoc hodně ovlivňuje. Ale nechci se nikomu vnucovat, když není zájem.“

Věra: „Komu nechci tak o nemoci říkat nebudu, a kdo to nějakým způsobem ví, tak to prostě neřeším, prostě jestli jim to vadí, tak to беру tak, že to je jejich problém.“

Oblast přátelství je pro všechny dotazované velmi citlivou záležitostí, a právě to, že většina se s přáteli přestala stýkat, je příčinou jejich izolace, která je považována za velký problém a důsledek životní nespokojenosti. Tak jako v oblasti partnerských vztahů, nacházejí respondenti nová přátelství v okruhu lidí s podobným onemocněním. Setkávají se při terapeutických skupinách, autorských čteních, či jiných aktivitách organizované právě pro lidi s duševním onemocněním, za účelem navazování nových kontaktů.

Jirka: „Předsudky mi brání setkávat se s lidmi, takhle bych to zkrátka řekl.“

Martina: „Omezuje mě to, že nemůžu pro druhé něco udělat. Mám ten čas, tu možnost druhým pomoci, a oni o to nestojí. Nevěří mi. To mě mrzí opravdu nejvíce.“

Klára: „Našla jsem si nové kamarády, kteří jsou taky nemocní, a skvěle si rozumíme a trávíme spolu volný čas.“

Martina: „Teď po osmi letech nemoci mám potřebu navazovat kontakty se stejně nemocnými, mám pocit, že by to mohlo vyplnit tu prázdnotu.“

Klára: „Přátelé mě opustili, přítel také, zůstala mi jediné rodina a teď ta Katka se Zuzkou, to jsem ráda, že jsem se s nimi seznámila.“

OBLAST BYDLENÍ – jeden respondent bydlí ve svém domě se svou rodinou a jedna respondentka bydlí ve svém bytě s partnerem a bydlí tak jako většina zdravé populace v jejich věku. Dvě respondentky a jeden respondent bydlí v domě s rodiči. Tato situace jim zcela nevyhovuje, ale jak sami tvrdí, není jiná možnost. Vlastní bydlení by prý nebyli schopni zajistit ani finančně, ani se fyzicky postarat o běžný chod domácnosti. Také jim brání strach ze samoty a obavy, že by sami bez pomoci nezvládli běžné úkony spojené se zajištěním domácnosti. Jedna respondentka rodinu nemá, bydlí v chráněném bydlení, které je pro ni nejpříjemnější varianta.

Jirka: „Bydlím stále s rodiči, taky už nejsou zrovna mladíci. Dny s nimi trávím u televize. Snaží se mi pomáhat, ale víte jak to je, když jsme spolu pořád. Oni jsou v důchodu, který si asi taky představovali jinak. Musíme se neustále přizpůsobovat, i když bydlíme v domě, je nám to malé. Já nemám sourozence, naši mají jen mě, tak jsou na mě určitým způsobem fixováni, myslím, že se za mě i stydí. Ale se zahradou jim pomáhám.“

Klára: „Bydlím s rodiči a bráchou, mám maximální podporu rodiny, pomáhají mi hodně.“

Martina: „Bydlím s maminkou a synem, byt máme rozdělený, starám se sama o sebe a dítě, ale nechtěla bych se odstěhovat. Nechci být sama. S těmi přáteli to není moc růžové, partnera nemám, necítím se na to být sama, proto stále bydlíme s ní. Máme spolu našťástí dobrý vztah.“

OBLAST ZAMĚSTNÁNÍ – zaměstnání je oblast, ve které se všichni respondenti setkali s předsudky. S jedním respondentem zaměstnavatel poté, co zjistil, že se léčí

na psychiatrii, rozvázal pracovní poměr. Dále se mu nedařilo najít jinou práci, pokaždé to ztroskotalo právě na jeho diagnóze. V současné době vykonává práci z domu. Pro respondenty je zcela nemožné se realizovat skrze práci, když pracují, tak ne v oblasti, která je zajímavá, baví a naplňuje. Nicméně jsou vděční, že mají práci. Jedna respondentka po práci v chráněných dílnách nastoupila na otevřený trh práce, do obchodu, kde prodává pralinky. Když zjistili, že má psychiatrickou diagnózu, nedělalo jim problém, aby tam pracovala na částečný úvazek, z jejich chování je však znatelný jiný přístup. Dalo by se říct, že pozitivní, ve smyslu, že jí umožňují nebýt v konfrontaci se zátěžovými situacemi, neposkytují jí informace, které by ji mohly zatěžovat, celkově ji však kolegyně vyřadily ze spoluúčasti na dění a rozhodování. Následně toho dotazovaná cítí nedůvěru a málo zodpovědnosti.

Jana: „Pracovala jsem v chráněných dílnách a tam kolegové házeli všechny psychicky nemocné do jednoho pytle, že jsou pomalí, nezruční. Oni tam třeba byli, protože měli nemocnou páteř a pokřikovali na nás, že oni teda na hlavu nejsou.“

Aleš: „Lidi se dívají skrz prsty. Vyhodili mě z práce. Jednou se mi udělalo špatně, šel jsem k lékaři, a když viděli razítko psychiatrie, tak jsme se domluvili, že rozvážeme pracovní poměr. Lékař prohlásil, že nemá cenu to pořád někde zkoušet, aby mě pořád vyhazovali, tak mi dali invalidní důchod a pracuji doma. Nebaví mě to, nenaplňuje mě to, ale jsem rád, že mám práci.“

Jana: „V práci jak se mě kolegyně snaží chránit, tak mi nepodávají všechny informace a já pak spoustu věcí nevím. Tato neinformovanost mě omezuje, ačkoli to dělají v dobré vůli. Jsme tři kolegyně, a ty dvě mezi sebou komunikují, na všem se spolu domlouvají, mě vynechávají a mě pak postaví před hotovou věc, pokud se mi o tom vůbec zmíní.“

Tři respondentky jsou v plném invalidním důchodu. Práci se snažily najít, ale vždy se setkaly s odmítnutím, právě na základě své diagnózy. Teď se nacházejí v situaci, kdy zpohodlněly, a už si ani nedovedou představit, že by pracovaly, ačkoli cítí, že by se cítily mnohem užitečněji a sebejistěji. Postupem času si přestaly věřit, po dlouhé době izolace mají strach být mezi lidmi. Jeden respondent pracuje z domu na poloviční úvazek. Jak sám říká, je tomu i rád, protože nemusí jezdit autobusem, kde se setkává s úšklebky lidí. Také se necítí na to, aby zvládl osmihodinovou pracovní dobu.

Věra: „Při hledání zaměstnání je diagnóza celkem problém. Pokud nemusím, tak o tom nemluví.“

Jirka: „Zaměstnat mě nikde pořádně nechtějí, vždycky to ztroskotá na lékařském doporučení, kde je psychiatrická diagnóza. Ale našel jsem si práci z domu, alespoň na částečný úvazek“

Pro všechny dotazované je však práce velmi fyzicky i psychicky náročná, nikdo z nich si z důvodu nemoci netroufne pracovat na plný úvazek. V důsledku léčby jsou unavení a mnohdy nesoustředění.

Jana: „Práce je pro mě však náročná na úkor mého volného času, domácnosti, vztahu. Nezvládám všechno.“

Martina: „Zkoušela jsem chodit do chráněných dílen, ale fyzicky i psychicky mě to vyčerpávalo.“

4.5.3 Vliv předsudků na sebehodnocení a životní spokojenost

Téměř všichni respondenti, až na jednu výjimku, uvedli, že v životě spokojeni nejsou. Samotná nemoc je překvapila a obrátila jim život vzhůru nohama. Změnilo se vše, co do té doby budovali, včetně sebe samých. Změnilo se jejich vnímání, prožívání, chování, jednání i uvažování. V důsledku toho se změnil způsob jejich života, vztahy s partnery, přáteli, rodinou, vztah k sobě samému. Začali sami sebe nenávidět, odsuzovat, bát se, nerozuměli si, a přiznali si, že se okolí nediví okolí, že je vidí také tak. Nedivili se svým partnerům, že s nimi nechtějí trávit čas, žít v jedné domácnosti, snášet a tolerovat ty nepopsatelné situace, které se odehrávaly, přátelům, že se jich začali stranit a že nestojí o jejich mnohdy nevyzpytatelnou přítomnost. Nedivili se, že se jich lidé bojí, a když můžou, tak se jim vyhýbají, že v jejich přítomnosti mají strach o své děti. Přiznali, že oni sami také nevědí, co od sebe mohou čekat, neboť sami sebe v důsledku nemoci neustále překvapují. Nedivili se zaměstnavatelům, že dají přednost zdravým lidem, těm, kteří se zničehonic nezačnou před zákazníky svlékat, říkat jim do telefonu, že je nebudou přepojovat na jiné oddělení, protože se jich tam bojí. Těm, kdo se nezačne zničehonic pitvořit a smát na celé kolo. Přiznali však, že by se zřejmě nechovali jinak, shodli se v tom, že než onemocněli, jejich náhled na duševně nemocné byl stejný.

SPOKOJENOST - Jeden respondent uvedl, že je v životě spokojený. Žije se svou rodinou, má přátele, se kterými se stýká a kteří jej neopustili. Stýká se také se stejně nemocnými lidmi. V rodinném kruhu tráví čas, který vnímá smysluplně. Předsudky vnímá jako velice nepříjemné, ale do jeho života nezasahují, snaží se žít jako zdravý člověk, pokud to jde, nemoc nedávat znát. Jen práce, kterou dělá, ho neuspokojuje, ale bere to tak jak to je, a je vděčný, že vůbec práci má. Sám říká, že by se ke své původní profesi, ze které byl pro nemoc vyhozen – učitel matematiky, už asi nevrátil. Překvapují ho totiž dnešní děti a není si jistý, jestli by to s nimi v dnešní době ještě zvládl.

Aleš: „Snažím se nedávat to najevo, když to řeknu tak se většinou lidé zhrozí. To je hned: „Jéééžišmarjáááá“, jako kdybych měl lepru.“

Aleš: „Jsem jeden z mála, u koho se ty předsudky neprojeví. Kromě té práce a s tím jsem se už vyrovnal. Nikdo na mě nezanevřel, v nemoci jsem i vystudoval vysokou školu.“

Aleš: „Jsem spokojený. Ale to jste asi narazila na bílou vránu.“

Jedna respondentka uvedla, že se cítí spokojená napůl, jak ve které oblasti. Je spokojená v partnerství, v práci, s rodinou i přáteli, čas vnímá jako smysluplně trávený, někdy však má pocit, že nezvládá všechny povinnosti v životě. Chybí ji nedostatečná důvěra, zodpovědnost, informace, což také vnímá jako snižování její hodnoty, připadá si neoceněná a nedoceněná. Cítí se dobře v tom smyslu, že pečuje o svůj vzhled, což však považuje za způsob své obrany. Uvítala by, kdyby se mohla beze studu s kýmkoli pobavit o své nemoci.

Jana: „Když je nějaká zátěžová situace, nebo třeba hodně lidí, tak mě izolují a dělají všechno za mě raději, necítím zodpovědnost, že mám věci ve svých rukách. Ráda bych měla více informací, zodpovědnosti a důvěry.“

Jana: „Vzhled, oblečení a vůbec vypadat dobře mám jako takovou obranu. Ale stojí mě to hodně úsilí.“

Jana: „Viděla jsem jednoho pána v Německu, jak se o své nemoci a celkově se vším, co s tím souvisí, mohl otevřeně bavit se všema. To o čem se můžu bavit jedině se svým lékařem nebo nejbližšíma, on mohl řešit s kýmkoli bez jakéhokoli studu. Mě by třeba

pomohlo, kdybych se o tom mohla pobavit s tím sousedem, aby to nebylo tak tabuizované.“

Čtyři respondenti shodně uvedli, že v životě spokojeni nejsou. Tíží je samota a izolace a z toho vyplývající uzavřenost, strach, úzkost a deprese. Chybí jim životní partner, láska, sexuální aktivita, přátelé, podpora, pochopení, přijetí, impulz a motivace. Postrádají aktivní využití volného času a hlavně smysl ve svém životě. Až na jednu respondentku, která má syna a smysluplnost vnímá v chvílích strávených s ním, a vyplněním volného času tím, co ji baví, trápí respondenty právě pocit, že život doopravdy neprožívají, že nemá žádný důvod a smysl. Respondentům chybí radost. Jedinou možností aktivně a smysluplně využitého volného času spatřují v návštěvě zařízení MENS SANA, kde se jim dostává kromě možnosti různých volnočasových a vzdělávacích aktivit také pomoc, podpora, porozumění a sociální kontakty.

Jirka: *„Mám hodně úzkosti, cítím se sám, ve společenské izolaci.“*

Věra: *„Někdy to zvládám, někdy ne. Někdy mi to přijde jako takový nekonečný kolotoč.“*

Klára: *„Jsem v šílený sociální izolaci, chybí mi přátelé, čas strávený nějakou smysluplnou činností, láska.“*

Martina: *„Snažím se dělat to, co dělá dobře mi, a nenechat se otrávit tím, co si o tom myslí ostatní. Musím toho hodně spolknout, ale říkám si: to pro mě má cenu, to mě baví a tohle chci, tak se nenechám odradit.“*

Věra: *„Jsem teďka na takovém mrtvém bodě, prostě přežívám, nedělám si nějaké iluze. Buď to zvládnou, nebo to nezvládnou“*

Klára: *„Už jsem si zvykla, už se tím netrápím, hodila jsem to raději za hlavu.“*

Martina: *„Ty předsudky mě tlačí být lepší a dokázat okolí, že na tom nejsem tak špatně.“*

Věra: *„Já jsem velké izolaci, s nikým se nestýkám, nemám přátele, ani rodinu. Rodinu mám, ale tu nezajímám a už dlouho se nestýkáme.“*

Jirka: *„Přijde mi, že žádný život ani vlastně nežiju. Jen čekám, až umřu. Nebo až se opravdu zblázním. A pak budu blázen a nebude mi nic vadit.“*

Klára: „Mám úzkosti a strach z lidí, ale snažím se vycházet z domu, abych nebyla pořád doma a netrápila se. Třeba vzpomínkami. Ovlivňuje to všechny stránky, ono to není vidět, to je na tom to nejhorší.“

Věra: „Lidé mi chybí, ale vnímám to tak, že není jiná možnost, že to tak prostě je a musí být.“

Jirka: „Tady v MENS SANĚ se cítím dobře, učím se anglicky, cvičím jógu, chodím na terapie. Jak kdy. Je tady hodně akcí, kterých se dá účastnit. Aspoň nesedím doma a potkám lidi, pobavím se s něma. Je to vlastně moje jediná možnost jak nebyť sám a strávit čas aspoň trochu smysluplně.“

Klára: „Bylo by dobré, kdyby ta společnost byla více informovaná o těch nemocech, kdyby bylo více takových zařízení jako je MENSANA.“

SEBEHODNOCENÍ – s životní spokojeností přímo úměrně souvisí také hodnocení sebe sama. Ačkoli se ve většině případů respondenti vnímají jako inteligentní, bystré, vnímavé, milé a přátelské osoby, v důsledku předsudků společnosti se hodnotí jako neatraktivní, méněcenné, zbytečné a nepotřebné. V rámci obrany se uzavírají do svého vlastního světa a rezignují. Mají pocit, že je okolí nedocení, že v nich nevidí ty, kým skutečně jsou, jejich pozitivní vlastnosti, že se zaměřují spíše na nemoc a s ní spojená možná rizika. V důsledku tohoto sami skutečně věří tomu, že jsou nedůležití, nepodstatní a zbyteční. Dva respondenti mají sebevražedné myšlenky.

Jirka: „Opravdu si připadám jak blázen, nula a nic. Bezcenný, nedůležitý, nepotřebný.“

Věra: „Na povrch jsem se naučila být silná, brát to tak jak to je, ale je to spíše taková obrana. Uvnitř to bolí. Proto se raději s nikým nestýkám, aby mi nikdo neublížil.“

Jirka: „Nemám se rád, vypadám hrozně, cítím se hrozně, můj život je hrozný, moje denní náplň je, víte jak se to říká – o ničem. Hodně uvažuji, že to prostě jednou provždy skončím.“

Martina: „Už jsem rezignovala, už se nenabízím.“

4.6 Diskuze

Tématu předsudků a stigmatizace v kontextu onemocnění schizofrenie se věnuje většina knih pojednávající o této nemoci. Některé publikace se tím zabývají do hloubky, některé jen nastíní, že tento problém existuje. Proto jsem se spíše než na výčet jednotlivých typů a druhů stigmatizace spíše zaměřila na to, jak působí na stigmatizované osoby v kontextu kvality života. Postupem času, s rozvojem zájmu o kvalitu života a kvalitu poskytovaných služeb, se vytvářejí další a další studie, jak jsou lidé s onemocněním schizofrenie spokojeni s kvalitou svého života či kvalitou služeb, které v důsledku své nemoci využívají.

Chybí mi však stále zaměření se na lidi, na jejich prožívání, na konkrétní důsledky toho, co může vědomě či nevědomě způsobit každý z nás. Problémy lidí a lidské duše nejsou nikdy jednoduché, vždy vyžadují více času, prostoru a větší hloubku. Zvláště pak je toto důležité u lidí, kteří se ve svém životě musí mj. neustále setkávat s opovržením ze strany společnosti. Což lidé s onemocněním schizofrenie bezesporu jsou. Tento můj výzkum je pouhý nástin do problému stigmatizovaného člověka, který onemocněl schizofrenií. Za tak krátkou dobu, kterou jsem měla k dispozici, nebylo možné zajít hlouběji do podstaty problému. Výzkum byl realizován v jim důvěrně známém prostředí, které je pro většinu respondentů jediným zdrojem sociálních kontaktů, poskytnutí sociální pomoci a nabídky smysluplně stráveného času. Některý rozhovor byl spontánní, některý víc těžkopádný. Z respondentů byla cítit apatie a bezradnost s tématem předsudků, neboť je pro ně velice aktuální a bolavou záležitostí. Pro podrobnější prozkoumání této problematiky a zejména pro získání více důvěry, by bylo potřeba mnohem více času stráveného s lidmi s onemocněním schizofrenie. Někteří by byli možná rádi, někteří se báli jít do větší hloubky, kde by se jistě mohla objevit ještě spousta zajímavých informací. Pro některé respondenty by bylo asi přijatelnější navázání hlubšího vztahu, ve kterém by se cítili bezpečně otevřít se.

Analýza šesti rozhovorů s lidmi s onemocněním schizofrenie podává exkurz do pocitů a prožívání předsudků v kontextu této nemoci. Pro větší náhled a pochopení by bylo potřeb více takových rozhovorů, neboť kolik je lidí s onemocněním schizofrenie, tolik je druhů schizofrenie. Každý z nich je jedinečný a má své vlastní prožívání, ve spojení s různými typy a průběhem nemoci, životními podmínkami a v neposlední řadě osobnosti člověka, tak vzniká nekonečně mnoho variant. Myslím si,

že tato oblast by si zasloužila prostor a čas k vytvoření hlubší studie o vlivu předsudků na život a životní spokojenost osob s onemocněním schizofrenie. Stejně tak jako by si zasloužila větší osvětu, právě jako pomoc v cestě ke kvalitnějšímu životu a osobní spokojenosti.

4.7 Souhrn

Respondenti se nejčastěji setkávají s předsudky ze strany rodiny, přátel, bezprostředního okolí a zaměstnavatelů. Setkávají se s tím, že mají násilné sklony, jsou nebezpeční a nevyzpytatelní, jsou nazýváni blázny a cvoky. Přisuzuje se jim, že jsou líní, nespolehliví, hloupí, flákají se a zahálejí.

Oblastmi, kterých se předsudky nejznatelněji dotkly, jsou mezilidské vztahy. Respondenty často partneři i přátelé opustili, podporou zůstala rodina, která však je předsudky společnosti také poznamenána. Respondenti mají problém s nalezením zaměstnání na otevřeném trhu práce, především zaměstnání, které je by bavilo a naplňovalo. V důsledku nemoci jsou zaměstnavateli diskriminováni. Kromě dvou respondentů, jež žijí ve svých bytech se svým partnerem a jednu respondentku žijící v chráněném bydlení, žijí dotazovaní u rodičů, kde nalézají potřebnou pomoc a podporu.

Předsudky společnosti mají velký vliv na životní nespokojenost respondentů, ovlivňují nejdůležitější oblasti jejich života, brání jim v navazování vztahů a zaměstnání. Cítí se osamoceni, izolovaní, nezodpovědní, nedůležití a méněcenní. Přestože sami sebe hodnotí kladně, vlivem předsudků dochází k potlačování identity, přijímání nálepky a pocitu nepotřebnosti.

Závěr

Hlavním cílem mé diplomové práce bylo zaměřit se na jednotlivé předsudky, se kterými se setkávají osoby s onemocněním schizofrenie. Zamyslet se nad tím, co v těchto lidech předsudky vyvolávají, jak se s nimi cítí a jak ovlivňují jejich život. Lidé s onemocněním schizofrenie se setkávají s běžnými problémy, s těmi, s jakými se v každodenním životě setkává každý z nás. I pro zdravé lidi bývá kolikrát náročné poprat se, srovnat a vyřešit to, co nám život denně klade do cesty. Jak náročné bývá vše správně zvládnout, vyřešit a ještě zůstat v pohodě a nohama pevně na zemi. A jak těžké to potom musí být pro ty, jejichž myšlení, vnímání, jednání a emoce jsou ovlivňovány tak závažnou nemocí, jakou schizofrenie bezesporu je. Pro ty, kteří na své problémy zůstali sami, protože je životní partneři opustili, kamarádi se jim straní a v důsledku onemocnění se dostali do sociální izolace.

Má práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. Teoretická obsahuje tři kapitoly. První se zaměřuje na onemocnění schizofrenie, její příznaky, druhy, formy a to, jak onemocnění schizofrenie postihuje jednotlivé psychické funkce nemocného. Druhá kapitola se zabývá kvalitou života obecně, jednotlivými přístupy ke kvalitě života a konkrétně kvalitou života u osob s onemocněním schizofrenie. Také tím, jak předsudky a stigmatizace ovlivňují subjektivní i objektivní kvalitu života lidí se schizofrenií. Třetí kapitola obsahuje konkrétní možnosti sociální péče a pomoci lidem s duševním onemocněním, nezastupitelnou roli sociálního pracovníka v systému péče o osoby s onemocněním schizofrenie a popis jednotlivých oblastí potřebné péče.

Empirická část je zaměřena na popis průběhu a výsledků kvalitativního výzkumu. Ten byl realizován formou polostrukturovaného rozhovoru v neziskové organizaci MENS SANA a zaměřen na předsudky společnosti, se kterými se lidé s onemocněním schizofrenie setkávají, a jak jsou jimi v jednotlivých důležitých oblastech a aspektech jejich života ovlivňováni. Souhrn výsledků je uveden v tabulce v příloze č. 3.

Tato práce může pomoci k uvědomění si, s čím se osoby s onemocněním schizofrenie ve svém životě setkávají, čemu musí čelit a s čím se vyrovnat. Jsou to problémy a situace, kterým jsou zdravým lidem také mnohdy důvěrně známé. Nemocní

schizofrenií však mají hned několik velkých nevýhod, od samotných příznaků nemoci, přes nepříjemné chování okolí, po osobní důsledky nemoci a předsudků.

Uvědomuji se, že pro důsledné prozkoumání tohoto tématu by bylo zapotřebí mnohem více času a hloubky. Možná by to byla práce na několik let. Kolik je lidí s onemocněním schizofrenie, tolik je druhů schizofrenie. Každý typ je jedinečný, má svůj vlastní průběh, v kombinaci s osobností nemocného, jeho životních a sociálních podmínek, jeho vnímání a prožívání se nám otevírá široké spektrum možností pohledu na člověka s onemocněním schizofrenie. V mé práci jsem si však nekladla za cíl podat podrobný popis, spíše však podat nástin toho, co může být a většinou bývá pod povrchem člověka s onemocněním schizofrenie. Přiblížit to, jak se tyto lidé vnitřně cítí a pomoci uvědomit si, jestli každý z nás může udělat taky něco málo pro to, aby se cítili lépe.

Seznam použitých zdrojů

1. Beck, A. T., Rector, N. A., Stolar, N., Grant, P. (2009). *Schizophrenia: Cognitive Theory, Research, and Therapy*. New York: A Division of Guilford Publication, Inc.
2. Doubek, P., Herman, E., Hons, J., Praško, J. (2010). *Psychóza v životě – život v psychóze*. Praha: Maxdorf.
3. Dušek, K., Večeřová-Procházková, A. (2010). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada.
4. Gurková, E. (2011). *Hodnocení kvality života*. Praha: Grada.
5. Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
6. Kaucký, D., Mužík, J. (2008). Fokus usiluje o komplexní, koordinované, individuálně zaměřené a dlouhodobé služby. *Sociální práce*. 1/2008. 134 s.
7. Kolektiv autorů: Andreassen, N., Crow, T., Falloon, I., Hirsch, S., Kapur, S., Kasper, ., Moussaoui, D. (2003). *Schizofrenie: Edukační program WPA*. Praha: Academia Medica Pragensis.
8. Koukolík, F., Motlová, L. (2004). *Schizofrenie. Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén.
9. Kučera, Z. (2004). *Podpora zdraví a kvalita života*. In *Kvalita života*. (120 s.). Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky.
10. Kučerová, H. (2010). *Schizofrenie v kazuistikách*. Praha: Grada.
11. Libiger, J. (2001). *Stigma duševního onemocnění* [on-line]. Dostupné 7. 12. 2011 z <http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2001/01/08libige.pdf>.
12. Mahrová, G., Venglářová, M. a kol. (2008). *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada.

13. Malá, E., Pavlovský, P. (2002). *Psychiatrie*. Praha: Portál.
14. Matoušek, O. a kol. (2003) *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál.
15. Matoušek, O. (2008). *Slovník sociální práce*. Praha: Portál.
16. Matoušek, O., Koláčková, J., Kodymová, P. (2010). *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál.
17. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
18. MKN 10. *Duševní poruchy a poruchy chování*. (2000). Praha: Psychiatrické centrum.
19. Motlová L., Dragomirecká E. (2003). *Schizofrenie a kvalita život* [on-line]. Dostupné 7. 12. 2011 z http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2003/02/02_2003_02.pdf.
20. Payne, J., a kol. (2005). *Kvalita života a zdraví*. Praha: TRITON.
21. Pritchard, C. (2006). *Mental healthsocial work: evidence-based practise*. New York: Routlege.
22. Schizofrenie (2012): *Léčba schizofrenie* [on-line]. Dostupné 29. 3. 2012 z <http://schizofrenie.ordinace.biz/lecba.php>.
23. Strauss, A., Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu – postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert.
24. Styx, P. (2003). *O psychiatrii – Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. Brno: Computer Press.
25. Vaňurová, H., Mühlpachr, P. (2005). *Kvalita života: Teoretická a metodologická východiska*. Brno: MU.
26. Vágnerová, M. (2000). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
27. Vaňhová, L. (2011). Co potřebují duševně nemocní. *Esprit*. 7-8/XV. 18 s.

28. Praško, J. (2001). *Stigmatizace u „psychogenních poruch.“* [on-line]. Dostupné 7. 12. 2011 z <http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2001/01/07/prasko.pdf>.
29. *Weinberger, D. R., Harrison, P. J. (2011) Schizophrenia.* UK: Blackwell Publishing.
30. *Zákon o sociálních službách.* Zákon č. 108/2006 Sb. v účinném znění ke dni 1. 7. 2007.

Abstrakt

Tématem této diplomové práce je vliv předsudků společnosti na kvalitu života osob se schizofrenií. Práce je rozdělena do čtyř kapitol. Teoretická část se zabývá onemocněním schizofrenie, její diagnózou, charakteristikou, druhy, průběhem a léčbou. Druhá kapitola je zaměřena na vymezení kvality života, jednotlivé přístupy, kvalitu života u osob s onemocněním schizofrenie a téma stigmatizace. Poslední teoretická kapitola se zabývá sociální prací s osobami s duševním onemocněním, oblastmi potřebné péče o ně a možnostmi sociálních služeb jako pomoci ke zvýšení spokojenosti a kvality života osob se schizofrenií.

Cílem praktické části této diplomové práce je zaměřit se na konkrétní předsudky společnosti, se kterými se lidé s onemocněním schizofrenie setkávají, jak ovlivňují jednotlivé oblasti jejich života – mezilidské vztahy, zaměstnání i oblast bydlení. Výzkum je zaměřen také na to, jak se lidé s onemocněním schizofrenie v kontextu předsudků společnosti cítí, jak ovlivňují jejich životní spokojenost a sebehodnocení.

Klíčová slova: schizofrenie, kvalita života, sociální práce, sociální služby, předsudky, stigmatizace.

Abstract

The topic of the diploma thesis is an influence of society prejudices on the quality of life of people with schizophrenia. The thesis is divided into four chapters. The theoretical part deals with schizophrenia disorder, its diagnosis, characteristics, types, course and treatment. The second part focuses on determination of quality of life, particular approaches, quality of life of people with schizophrenia and the topic of stigmatization. Last theoretical chapter is about social work with people with mental illness, areas of necessary care about them and service possibilities as a help for increase of satisfaction and quality of life for people with schizophrenia.

The aim of the practical part within the diploma thesis is to concentrate on particular prejudices in society, which people with schizophrenia meet with, how they influence individual areas of their life – human relations, occupation as well as area of living. The research also focuses on the fact how the people with schizophrenia illness feel in the context of society prejudices, how they influence their life satisfaction and self-esteem.

Key words: schizophrenia, quality of life, social work, social services, prejudices, stigmatization.

Seznam příloh

Příloha č. 1: Diagnostická kritéria DSM-IV pro schizofrenii

Příloha č. 2: Sedmistupňové rozlišení potřeb – A. W. Maslow

Příloha č. 3: Souhrn výsledků výzkumu

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Diagnostická kritéria DSM-IV pro schizofrenii

A. Charakteristické příznaky: dvě (nebo více) z následujících charakteristik, každá přítomna v signifikantní míře v období jednoměsíční periody (nebo kratším, je-li úspěšná léčba):

1. bludy;
2. halucinace;
3. dezorganizovaná řeč (např. častá ztráta souvislosti nebo inkoherece);
4. hrubě dezorganizované nebo katatonní chování;
5. negativní příznaky (emotivní oploštění, alogie, nebo abulie).

B. Sociální/pracovní dysfunkce: po dostatečně dlouhou dobu od začátku poruchy jsou jedna nebo více oblastí výkonu běžných funkcí jako práce, interpersonální vztahy, péče o sebe, zřetelně pod úrovní dosažené před začátkem (nebo je-li začátek v dětství nebo adolescenci, chybí dosažení očekávané úrovně interpersonálních studijních či pracovních).

C. Trvání: příznaky poruchy trvají nepřetržitě po dobu minimálně šesti měsíců. Toto období musí zahrnovat alespoň nejméně jeden měsíc příznaků (nebo kratší dobu je-li léčba úspěšná) podle kritéria A (příznaků aktivní fáze) a může zahrnovat periody prodromálních nebo reziduálních příznaků. V průběhu těchto prodromálních nebo reziduálních period mohou být projevy poruchy vyjádřeny pouze jako negativní příznaky nebo dva či více příznaků z kritéria A, které jsou přítomny ve slabší formě.

D. Vyloučení schizoafektivní poruchy a poruchy nálady: schizoafektivní porucha a porucha nálady s psychotickými příznaky jsou vyloučeny, pokud se:

1. současně s příznaky aktivní fáze se nevyskytuje velká depresivní, manická, nebo smíšená epizoda, nebo
2. epizody poruch nálady se vyskytly současně s příznaky aktivní fáze a jejich celkové trvání bylo relativně kratší vůči trvání aktivní a reziduální periody.

E. Vyloučení somatických nemocí nebo stavů způsobených psychoaktivními látkami: porucha není přímým fyziologickým důsledkem požití psychoaktivní látky nebo somatického onemocnění.

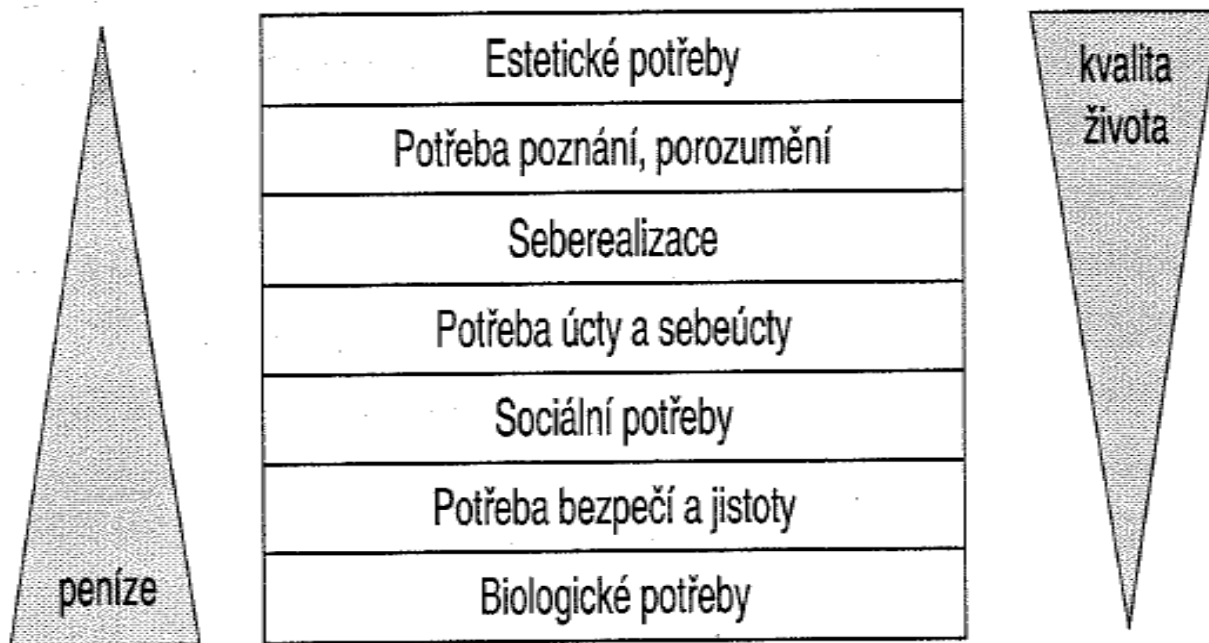
F. Vztah k pervazivní vývojové poruše: jestliže je v anamnéze autistická porucha nebo jiná pervazivní vývojová porucha, stanovuje se přídatná diagnóza schizofrenie jen v případě, že jsou přítomny také zřetelné bludy nebo halucinace po dobu nejméně jednoho měsíce (nebo kratší. Je-li léčba úspěšná).

Klasifikace průběhu (může být provedena jen tehdy, jestliže od začátku aktivní příznakové fáze uplynul nejméně 1 rok):

- epizodický s interepizodickými reziduálními příznaky (epizody jsou definovány vzplanutím zřetelných psychotických příznaků), specifikuje se taky s převážně negativními příznaky;
- epizodický bez interepizodických reziduálních příznaků;
- kontinuální (zřetelně psychotické příznaky jsou přítomny po celé období sledování), specifikuje se taky s převážně negativními příznaky;
- jediná epizoda s částečnou remisí, specifikuje se taky s převážně negativními příznaky; jediná epizoda s plnou remisí; jiné nebo nespecifikované.

Zdroj: Koukolík, Motlová, 2004.

Příloha č. 2: Sedmistupňové rozlišení potřeb – A. W. Maslow



Zdroj: Vaňurová, Mühlpachr, 2005.

Příloha č. 3: Souhrn výsledků výzkumu

VÝZKUMNÉ OKRUHY	KATEGORIE
1. Předsudky, se kterými se lidé se schizofrenií setkávají	Nebezpeční Nevyzpytatelní Blázni Líní
2. Jak tyto předsudky ovlivňují jednotlivé oblasti jejich života	Sociální vztahy – partneři, rodina, přátelé Bydlení Zaměstnání
3. Jaký vliv mají tyto předsudky na sebehodnocení a životní spokojenost	Pocit méněcennosti, nepotřebnosti, zbytečnosti; uzavírání se do vlastního vnitřního světa, rezignace; sebevražedné myšlenky; životní nespokojenost.