

UNIVERZITA KARLOVA

**HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ
FAKULTA**

**Proces recovery u osob se schizofrenní
poruchou**

**The proces of recovery of people with
schizophrenia disorders**

Diplomová práce

Vedoucí práce:

PhDr. Monika Nová, Ph.D.

Autor:

Bc. Magda Svobodová

Praha 2021

Poděkování

Mé poděkování patří PhDr. Monice Nové, Ph.D. za odborné vedení, trpělivost a ochotu, kterou mi v průběhu zpracování diplomové práce věnovala. Dále bych chtěla poděkovat pracovníkům Focusu Jihlava za poskytnuté informace a čas, který mi byl věnován.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou práci „Proces recovery u osob se schizofrenní poruchou“ vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne

Magda Svobodová
(*podpis autora*)

Anotace

Předkládaná diplomová práce se zabývá procesem recovery u osob se schizofrenní poruchou. Teoretická část je zaměřena popis schizofrenní poruchy, vymezení procesu recovery a definování role peer pracovníka na klientově procesu zotavení. Praktická část je tvořena kvalitativním výzkumem, jeho výsledkem je interpretace dat získaných během polostrukturovaných rozhovorů. Cílem práce je zjistit a pospat, jak probíhá proces zotavení ve vybraných oblastech života osoby se schizofrenní poruchou. Jedná se o oblast zdraví, partnerských a rodinných vztahů, pracovní kariéry, bydlení a spirituality.

Klíčová slova

Peer konzultant, Recovery přístup, Schizofrenní porucha, Stigmatizace

Annotation

This diploma thesis focuses on the recovery process in individuals with a schizophrenic disorder. The theoretical part describes what a schizophrenic disorder is and defines the recovery process as well as the role of the peer worker in the client's recovery process. The practical part consists of qualitative research, the result of which is the interpretation of data obtained during semi-structured interviews. The aim of the thesis is to determine and describe what the recovery process involves in selected areas of the life of an individual with a schizophrenic disorder. These areas are health, partner and family relationships, professional career, housing and spirituality.

Keywords

Peer consultant, Recovery approach, Schizophrenic disorder, Stigmatization

Obsah

Úvod	7
Teoretická část	9
1. Schizofrenní porucha.....	9
1.1. Historie schizofrenní poruchy.....	10
1.2. Etiologie schizofrenní poruchy	10
1.3. Klinický obraz schizofrenní poruchy	12
1.4. Formy schizofrenní poruchy	13
1.5. Diagnostika schizofrenní poruchy	15
1.6. Léčba schizofrenní poruchy	17
1.7. Stigmatizace osob se schizofrenní poruchou	22
2. Proces Recovery	24
2.1. Vývoj a počátky Recovery přístupu v ČR	24
2.2. Principy přístupu Recovery dle Marka Raginse.....	25
2.3. Fáze procesu Recovery	26
3. Peer pracovníci a jejich role při procesu recovery	30
3.1. Zavedení peer pracovníků do péče o duševně nemocné v ČR	31
3.2. Role peer konzultanta na klientově cestě k zotavení	32
3.3. Přínosy a rizika spojená s vykonáváním role peer konzultanta	33
Praktická část.....	35
4. Metodika práce	35
4.1. Cíl výzkumu a výzkumné otázky.....	36
4.2. Charakteristika respondentů	36
4.3. Sběr a zpracování dat	38
4.4. Limity a silné stránky výzkumu, etika výzkumu	39
4.5. Analýza dat	39
4.6. Vyhodnocení výsledků s komentářem.....	56
4.7. Diskuze	62
Závěr	65
Seznam použité literatury	67
Abstrakt.....	72

Seznam zkratk

CDS – Centrum duševního zdraví

CNC – Centrální nervová soustava

ČR – Česká republika

DMS – Diagnostický a duševní manuál duševních poruch

MKZ – Mezinárodní klasifikace nemocí

OSN – Organizace spojených národů

ÚP – Úřad práce

USA – Spojené státy americké

WHO – Mezinárodní zdravotnická klasifikace

Úvod

„Největším objevem v mém životě je zjištění, že lidé mohou změnit své vnější životy změnou vnitřního myšlení.“

William James (Bryan Tracy, 2017)

Největším důvodem pro psaní diplomové práce na toto téma bylo absolvování kurzu Psychopatologie během studia na VŠ v Jihlavě, jehož lektori byli peer konzultanti organizace Fokus. Ačkoli jsem se do té doby s přístupem Recovery nikdy nesetkala, po dokončení studia jsem se začala o toto téma aktivně zajímat. V návaznosti na tuto skutečnost jsem absolvovala měsíční stáž v soukromé psychiatrické léčebně, jejichž principy práce s klienty vychází právě z přístupu Recovery a jejími klienty jsou osoby se schizofrenní poruchou.

Dalším aspektem, jenž mě motivoval k psaní této práce, bylo zjištění, jak málo se o této tématice ví a mluví. Lidé s duševním onemocněním se potýkají s odmítáním a stigmatizací a právě nedostatek informací a dezinformace jsou příčinou. A vzhledem k tomu, že se počet psychicky nemocných lidí zvyšuje, jedná se o velice aktuální téma, které bude v budoucnosti s jistotou velmi probírané např. ve spojitosti s Reformou psychiatrické péče, jejíž snahou je mj. změna v léčebném přístupu k lidem s duševní poruchou.

Cílem práce je zjištění a popis, jak probíhá proces recovery u osob se schizofrenní poruchou ve vybraných oblastech života. Jedná se o oblast zdraví, rodinných a partnerských vztahů, práce, bydlení a spirituality.

Tato předkládaná diplomová práce má dvě části: část teoretickou, jež se zabývá popisem schizofrenní poruchy, její etiologií, příčinami, formami, projevy a také diagnostikou a léčbou. Dále popisuje stigmatizaci osob s duševní poruchou, problematiku peer konzultantů a přístup Recovery s důrazem na jeho vývoj a počátky, principy a fáze.

Informace byly získány z odborných literárních českých i zahraničních zdrojů. Mezi autory, z jejichž děl bylo čerpáno, se řadí mj. Eva Češková, Jiří Raboch, Mojmir Svoboda, Petr Zvolský a další. Kapitola o přístupu Recovery je tvořena především zahraniční literaturou Marka Raginse, jenž je považován za zakladatele a průkopníka výše uvedeného přístupu.

Praktická část diplomové práce je tvořena formou kvalitativního výzkumu – cílem a metodikou práce, výzkumnými otázkami, analýzou polostrukturovaných rozhovorů, interpretacemi dat, diskuzí, silnými a slabými stránkami práce. Cílem kvalitativního rozhovoru je zachycení osobní a individuální cesty k zotavení ve vybraných oblastech života s cílem poukázat na důležité aspekty vedoucí k úspěšnému zotavení a také upozornit na to, že se dá zotavit i ze schizofrenní poruchy a vést plnohodnotný život.

Teoretická část

Teoretická část práce je rozdělena do tří kapitol, přičemž první se zabývá schizofrenní poruchou, její historií, příčinami, příznaky, diagnostikou, průběhem a léčbou. Druhá kapitola popisuje proces recovery, čtenáře provádí jeho jednotlivými fázemi, historií a principy. Třetí kapitola se zaměřuje na popis role peer pracovníka a jeho vliv na proces zotavení u klientů.

1. Schizofrenní porucha

Nejuznávanější a zároveň nejpoužívanější definice schizofrenie je z Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (2018), jež schizofrenii popisuje jako *„závažné duševní onemocnění, které významně narušuje schopnost nemocného srozumitelně se chovat, jednat a uplatnit se v životě. Je to psychotické onemocnění.“*

Jedná se o onemocnění, které postihuje psychické funkce, zejména myšlení, vnímání, chování a jednání, narušena je také emotivita jedince. Mnozí autoři uvádí, že podstatou schizofrenie je rozštěp osobnosti, přičemž osobnost lze rozdělit do několika částí a schizofrenní porucha narušuje jejich součinnost (Kučerová, 2013).

Tato porucha je velice závažným onemocněním, jehož průběh a intenzita se časem mění. Obraz nemoci je u každého člověka jiný, často nastupuje v akutních atakách, někdy může být průběh pozvolný. Právě pro svoji rozmanitost a pestrost symptomů je léčba schizofrenie náročná a dlouhodobá. Schizofrenii nelze vyléčit, nemoc stále postupuje. Její včasnou diagnostikou a následnou léčbou ji lze s menším či větším úspěchem držet pod kontrolou (Kučerová, 2013).

Rozložení nemoci v populaci je po celém světě relativně rovnoměrné. Podíl nemoci (prevalence) k populaci je přibližně 1%. V minulosti se předpokládalo, že muži trpí tímto onemocněním častěji než ženy (Horáček a kol., 2003), což se v novějších výzkumech nepotvrdilo. Pohlavní rozdíly jsou ale zjevné v počátku onemocnění, kdy muže postihuje mezi 15. – 25. rokem, u žen to je až mezi 25. – 35. rokem života. Schizofrenie je onemocnění dlouhodobé a často vede k trvalé invaliditě – ve světě patří mezi 10. nejčastějších příčin úplné invalidity (Svoboda, Češková a Kučerová, 2012).

1.1. Historie schizofrenní poruchy

Ačkoli prvotní záznamy popisující typické příznaky schizofrenní poruchy pochází z tzv. Eberského papýru z období 2000 př. n. l., ke skutečnému vymezení schizofrenie došlo až v 19. století (Hell, Schüpbach, 2008).

V roce 1856 francouzský psychiatr B. A. Morel zavedl pojem *Dementia praecox* (předčasné zhrounutí) k popisu psychického onemocnění ve své studii, popisující progresivní poruchu intelektu a chování u 14letého chlapce. Na to navázal německý psychiatr Emil Kraepelin, který označení *Dementia praecox* převzal a propojil v něm příznaky čtyř různých onemocnění: katatonie, paranoie, hebefrenie a demence. Příčinu tohoto onemocnění považoval za endogenní, zároveň neznámou (Hell, Schüpbach, 2008).

Označení nemoci „*předčasné zhrounutí*“ často vedlo k izolaci a utlačování nemocných, bohužel tato tendence přetrvávala i po tom, co místo výše uvedeného názvu zavedl v roce 1911 Eugen Bleuler pojem schizofrenie. Mylná představa, že onemocnění napadá inteligenci člověka, je naneštěstí hluboce zakořeněná dodnes (Raboch, Pavlovský a kol., 2012).

Ve 20. století bylo provedeno mnoho studií a výzkumů, současná koncepce schizofrenní poruchy vychází z díla německého psychiatra Kurta Schneidera, který ve své publikaci „*Schneiderian First-Rank Symptoms*“ oddělil schizofrenní poruchu od ostatních psychóz a vytvořil dělení schizofrenie podle příznaků (Rahn a Mahnkopf, 2009).

1.2. Etiologie schizofrenní poruchy

Ani přes probíhající výzkumy není zcela jasné, jaká je příčina vzniku schizofrenie. Předpokladem je, že na vzniku onemocnění má vliv řada faktorů a patogenetických vlivů. V knize *Psychotické stavy v klinické praxi* (Horáček a kol., 2003) se uvádí, že faktory ovlivňující vznik schizofrenní poruchy lze rozdělit do 2 skupin:

- a) Biologické faktory: jedním z nejdůležitějších biologických faktorů, které ovlivňuje vznik schizofrenie je genetika. Z předešlých výzkumů vyšlo najevo, že pokud má dítě 1 rodiče se schizofrenním onemocněním, je 12 % riziko, že také onemocní touto chorobou. V případě, že touto poruchou trpí oba rodiče, pravděpodobnost je 40 procentní. Vliv genetiky na onemocnění jasně prokazuje výzkum zaměřený na jednovaječná dvojčata, z něhož vyplynulo, že v případě dvojčete trpícím schizofrenní poruchou, je 50% pravděpodobnost, že touto nemocí bude trpět jeho

dvojče, i když vyrůstají odděleně (Raboch, Pavlovský a Janotová, 2012).

Další příčinou vzniku může být abnormální funkce mozku. Od 60. let 20. st. převládá hypotéza, že neurotransmitter Dopamin má vliv na vznik onemocnění. Velké množství dopaminu v mozku zapříčiní příliš velké množství přenášených informací, které mozek nedokáže zpracovat. Důsledkem je změněné vnímání reality, strach, úzkost a zmatení (Raboch a Pavlovský, 2020).

Autorem další významné hypotézy pojednávající o vzniku nemoci je MUDr. Weinberger, který uvádí, že příčinami mohou být komplikace prodělané v těhotenství (např. porucha vývoje CNC, způsobená nedostatečnou výživou plodu či matky nebo nedostatečný přísunem kyslíku) a během porodu (Raboch a Pavlovský, 2020).

- b) Psychosociální faktory: ačkoli se zdá, že v poslední době je kladen důraz především na faktory biologické, psychosociální okolnosti nelze opomíjet. Přepokládá se, že příčinou vzniku schizofrenie může být porucha komunikace v rodině. Zejména dvojná vazba, kdy dochází k rozporu mezi verbálním a neverbálním obsahem komunikace, přispívá k rozvoji nemoci (Horáček a kol, 2003).

Častým impulzem pro vznik schizofrenie je prožití stresové situace (např. úmrtí blízkého člověka, ztráta zaměstnání, živelné pohromy a jiné krize), nebo požití drog (marihuana, halucinogeny) (Vágnerová, 2012).

Za predispozici schizofrenní poruchy se také považuje příslušnost k nižší socioekonomické komunitě a život ve velkých industriálních městech. Vyšší incidenci (nemocnost) mají migrující osoby, jejichž zdraví ovlivňuje stres a špatná adaptace v nové kultuře (Češková, 2007).

Zajímavostí je, že nejvíce osob trpících schizofrenií na severní polokouli je narozených v měsících lednu a březnu, na jižní polokouli to jsou lidé narozeni v červenci a srpnu (Češková, 2007).

Je zřejmé, že vznik schizofrenie závisí na mnoha faktorech.

1.3. Klinický obraz schizofrenní poruchy

Jak uvádí Eva Češková (2013), příznaky schizofrenní poruchy jsou velmi heterogenní a u každého člověka se projevují odlišně a s různou intenzitou. Pro schizofrenii je typická pestrost klinického obrazu, ale vždy je postihnuta celková osobnost pacienta. Ačkoli neexistuje žádný patognomický příznak nemoci, je řada symptomů, které jasně poukazují na toto onemocnění.

V odborné literatuře lze najít mnoho způsobů, jak rozdělit příznaky schizofrenní poruchy. Nejčastěji se ale využívá dělení na příznaky pozitivní, negativní a kognitivní koeficient, jehož autorem je anglický neurolog John Hughlings Jacksons.

- a) Pozitivní příznaky – zahrnují v sobě nadměrné a nepřiměřené projevy duševní činnosti, jejichž výskyt je spojen se zvýšenou dopaminergní aktivitou a jsou častou příčinou hospitalizace (Svoboda, Češková a Kučerová, 2012).

Mezi pozitivní příznaky, které se projevují zejména v akutní fázi nemoci, patří mimo jiné *formální poruchy myšlení* (postížena je dynamika a struktura myšlení např. útlum nebo zrychlené myšlení, uvolnění asociací, zabíhavé nebo symbolické myšlení), *obsahové poruchy myšlení* (projevem jsou bludy, časté jsou perzekuční bludy - nemocný si myslí, že je pronásledovaný, sledovaný a lidé mu chtějí ublížit), *poruchy vnímání/halucinace* (časté jsou akustické halucinace - slyšení hlasů, které nemocného oslovují nebo komentují jeho chování, mohou být pro člověk velmi nebezpečné a zraňující), *afektivní poruchy* (poruchy nálady, směřující ve většině případů u schizofrenie k citovému oploštění a depresi) a *poruchy v sebepojetí* (člověk je nejistý ve vnímání své identity a významu své existence) (Hahlweg a Dose, 2000).

- b) Negativní příznaky – tyto příznaky jsou spojeny se sníženou dopaminergní aktivitou a projevují se oslabením psychických funkcí, především emotivní a volní složkou (Svoboda, Češková a Kučerová, 2012).

Typickým příznakem je *apatie* (netečnost, lhostejnost), ztráta *motivace*, *neschopnost prožitku* (radosti a pozitivních emocí), *sociální stažení* (uzavření do sebe, nezájem o okolí), a *ochuzení řeči*. Negativní symptomy jsou velkým problémem při léčbě schizofrenie, navazují na akutní fázi nemoci, jsou příčinou dlouhodobé hospitalizace a neschopnosti naplňovat osobní a pracovní cíle

(Hahlweg, Dose, 2000).

- c) Kognitivní dysfunkce – spočívá v poškození poznávacích schopností, zejména pozornosti, paměti a exekutivních (schopnost iniciovat, plánovat a řešit) funkcí. Při správné léčbě dochází k jejich zlepšení. K částečné kognitivní dysfunkci dochází i u příbuzných prvního stupně, i když k propuknutí schizofrenie nikdy nedojde (Kučerová, 2013).

V části odborné literatury jsou samostatně vymezeny afektivní poruchy jako 4. druh příznaků. Deprese je většinou přítomná už na počátku onemocnění. Až 10 % schizofreniků trpících depresí spáchá sebevraždu (Kučerová, 2013).

1.4. Formy schizofrenní poruchy

Pro určení typu schizofrenie je důležitý klinický obraz pacienta v době, kdy se provádí diagnostika klienta. V oblasti psychiatrie se užívá dělení nemoci do 7 typů:

Paranoidní schizofrenie

Jedná se o nejčastější formu schizofrenie. Typickým příznakem pro paranoidní schizofrenii je přítomnost paranoidních bludů, které jsou doprovázeny halucinacemi - zejména sluchovými, které často pacientovi něco přikazují nebo vyhrožují (Raboch, Pavlovský a Janotová, 2012).

Mnohdy je přítomné agresivní chování v důsledku psychotických prožitků, které je zaměřena na domnělé nepřátele. Oploštělost nebo katatonické symptomy nejsou obvyklé, mohou se ale ve výjimečných případech a ve slabé formě objevit (Svoboda, Češková a Kučerová, 2012).

Hebefrenní schizofrenie

Pro tuto formu schizofrenie je typický počátek v období adolescence. Častými projevy jsou změny v afektivní a emotivní složce osobnosti, poruchy chování a poruchy myšlení. Bludy a halucinace nejsou u tohoto druhu schizofrenie dominantní (Raboch, Pavlovský a Janotová, 2012).

Pacient se často projevuje necitlivým a nevhodným chováním vůči okolí, což může být nejdříve připisováno dospívání a pubertě. Charakteristickým příznakem je nelogická řeč a přežvykování. S ohledem na prudký nástup nemoci a rychlý projev negativní

příznaků, není prognóza příliš pozitivní (Dotyk II., 2020).

Katatonní schizofrenie

Výše uvedený druh schizofrenie je vzácným typem schizofrenní poruchy, který postihuje setinu z celkového počtu nemocných. Projevuje se poruchou psychomotoriky, postižena je celková hybnost člověka (Dotyk II., 2020).

Autoři Svoboda, Češková a Kučerová (2012) uvádí, že existují dva typy katatonní schizofrenie. Prvním z nich je neproduktivní forma, pro kterou je obvyklý svalový stupor, jehož obvyklým příznakem je, že pacient zaujímá podivné a neobvyklé polohy, ve kterých může přetrvat i několik hodin. Druhým typem je forma produktivní, která je charakteristická zvýšenou a nekoordinovanou motorickou aktivitou a grimasováním.

Nediferencovaná schizofrenie

Pro tuto formu schizofrenie je příznačné, že postižený trpí symptomy, které spadají do více typů schizofrenie, není ale jasné, které převládají. Zároveň nejsou splněny podmínky, aby byla člověku diagnostikována postschizofrenní deprese nebo reziduální schizofrenie (Horáček a kol, 2003).

Postschizofrenní deprese

Postschizofrenní deprese je diagnostikována v případě, že jsou po odeznění schizofrenní ataky nejméně 2 týdny přítomné depresivní stavy, přičemž platí podmínka, že pacient splňoval v posledních dvanácti měsících diagnostická kritéria pro schizofrenii. Pozitivní, či negativní příznaky schizofrenie mohou být stále přítomné, ale už nejsou dominantní v klinickém obraze (Raboch, Pavlovský a Janotová, 2012).

Reziduální schizofrenie

Reziduální schizofrenie označuje chronickou fázi onemocnění, pro kterou je charakteristická přítomnost negativních příznaků (např. oploštěná afektivita, ochuzená řeč, pasivita, psychomotorické zpomalení a sociální stažení) (Dotyk II., 2020).

Pro diagnostiku reziduální schizofrenie je nezbytné, aby u pacienta proběhla aspoň jedna schizofrenní epizoda s přítomnými pozitivními příznaky, zároveň musí být vyloučena jiná onemocnění – demence, chronická deprese, hospitalizmus, nebo další mozková postižení (Svoboda, Češková a Kučerová, 2012).

. Simplexní schizofrenie

Simplexní schizofrenie je vzácné, těžce diagnostikovatelné onemocnění, které se projevuje pozvolnými změnami v chování. Typickým příznakem je lhostejnost vůči novým podmětům, uzavřenost do sebe, ztráta zájmů a oploštělost emocí. Pozitivní příznaky nebývají u tohoto typu onemocnění přítomné (Raboch a Pavlovský, 2020).

1.5. Diagnostika schizofrenní poruchy

Diagnostika schizofrenní poruchy je založena zejména na projevu prvních příznaků nemoci a vyloučení organické či toxické příčiny. Žádné specifické testy ani vyšetření neexistují, avšak projekční a asociační testy jsou součástí psychologického vyšetření. Neuropsychologické testy sledují vztah mezi chováním a dysfunkcí mozku, mohou sloužit k určení míry kognitivního deficitu a do jisté míry předpovídají prognózu sociální reintegrace (Mohr, 2012).

Pacient, u něhož je podezření na psychické onemocnění, musí projít diagnostikou, kterou Češková (2007) rozdělila do následujících částí:

- a) Psychiatrická anamnéza – výsledkem psychiatrické anamnézy by měl být souhrn informací, které v sobě zahrnují identifikační údaje, osobní, zdravotní a rodinnou anamnézu, a především podrobně popsany současný zdravotní problém s důrazem na začátek, délku trvání, průběh a příznaky onemocnění. Při provádění psychiatrické anamnézy je důležité zvolit takový styl komunikace, který je pro pacienta srozumitelný a povzbudí ho k popisu jeho myšlenek a pocitů.
- b) Posouzení psychického stavu – posouzení psychického stavu je nedílnou součástí diagnostiky, jehož úkolem je zhodnotit poškození psychických funkcí a stanovení přítomných příznaků. Vyšetření se zaměřuje na pacientův vzhled a chování, na dynamiku a srozumitelnost řeči, na stav vědomí a orientaci, na jeho emotivitu s důrazem na hodnocení nálady a afektivity, myšlení, vnímání, intelektu a paměti.
- c) Diferenciální diagnóza – diferenciální diagnóza je velmi důležitou složkou pro diagnostiku schizofrenie, protože podobnou symptomatologii může mít celá řada jiných onemocnění. Může se jednat o organické a symptomatické poruchy,

psychické a behaviorální poruchy vyvolané psychotropními látkami, poruchy schizofrenního spektra, afektivní poruchy, neurotické poruchy, behaviorální syndromy a poruchy osobnosti.

- d) Somatická a pomocná vyšetření – psychiatrické vyšetření musí být vždy doplněno vyšetřením somatickým a to zejména z toho důvodu, že při biologické léčbě (např. farmakoterapie) hrozí kardiovaskulární či metabolické vedlejší účinky. Pro lepší diagnostiku somatického vyšetření se dělají i vyšetření pomocná (vyšetření moči, krevní obraz a jaterní testy).
- e) Psychologické vyšetření – psychologické vyšetření je pomocná metoda, jehož součástí jsou klinické pohovory, pozorování a standardizované psychologické testy. Cílem vyšetření je stanovení kognitivního deficitu.
- f) Strukturální a funkční zobrazovací metody mozku - výsledky testů často napomáhají k diferenciaci příčin vzniku schizofrenie, jejich aplikace slouží spíše pro vědecké a experimentální účely.
- g) Elektrofyziologické metody – u schizofrenní poruchy dochází u elektroencefalografického vyšetření (EEG) ke změnám, které ale nelze blíže specifikovat.

Výše uvedené fáze diagnostiky jsou nutné k vytvoření klinického obrazu nemoci, který je nezbytný k dalšímu určování diagnózy pacienta (Češková, 2007).

Pro stanovení diagnózy schizofrenie jsou zcela zásadní klasifikační kritéria, jež jsou jasně vymezena v *Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKZ-10)*, jejímž autorem je Mezinárodní zdravotnická organizace (WHO):

- A. slyšení vlastních myšlenek, vkládání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek*
- B. bludy kontrolovanosti, ovlivňování nebo prožitky pasivity, které se jasně vztahují k pohybům těla nebo končetin, 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, které jsou v dané kultuře nepatřičné a nepřijatelné*
- E. přetrvávající halucinace v kterékoliv formě, když jsou doprovázeny buď prchavými nebo neúplně formovanými bludy bez jasného afektivního obsahu nebo přetrvávajícími ovládacími představami nebo když se vyskytují denně po dobu několika týdnů nebo měsíců*
- F. zárazy nebo vkládání do toku myšlenek a z nich vyplývající inkoherece nebo irelevantní řeč nebo neologizmy*
- G. katatonní jednání, jako je vzrušenost, nástavy nebo flexibilitascerea, negativismus, mutismus a stupor*
- H. negativní příznaky, jako je výrazná apatie, ochuzení řeči a oploštění nebo nepřiměřenost emočních reakcí, nesmí se jednat o příznaky deprese nebo důsledky medikace*
- I. výrazné a nápadné kvalitativní změny v chování, jako je ztráta zájmů, bezcílnost, nečinnost, ztráta vztahů k okolí a sociální stažení.*

Aby mohla být stanovena diagnóza schizofrenní poruchy, musí být přítomen:

- a) nejméně jedno jasně vymezené kritérium z bodů A-D
- b) nejméně dva jasně vymezené kritéria z bodů E – I

a to po dobu nejméně jednoho měsíce (Mohr, 2012).

Před potvrzením diagnózy schizofrenie musí být vyloučeny jiné příčiny přítomnosti klasifikačních kritérií, a to především přítomnost kritéria zapříčiněné poruchou nálad, somatickým onemocněním a zneužíváním psychotropních látek (Mohr, 2012).

Další systém, sloužící k diagnostice schizofrenní poruchy je uveden v tzv. *Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch (DSM IV)*, jehož autorem je Americká psychiatrická asociace.

1.6. Léčba schizofrenní poruchy

Jak je uvedeno ve většině odborné literatury, úspěšnost léčby závisí na včasné diagnostice a jejím zahájení. Realita je ale v mnoha případech bohužel jiná, lidé často své příznaky bagatelizují nebo se záměrně vyhýbají lékařskému vyšetření například z pocitu strachu a obav, jakou diagnózu může lékař potvrdit. Včasná léčba napomáhá k dosažení

remise (úzdava, vymizení příznaků) a předcházení relapsů (Skopová, 2016).

V případech, kdy je léčba schizofrenie oddalována, se stává, že pacient na léčbu špatně reaguje a jeho stav po léčbě je závažnější než v případech, kdy by byla léčba zahájena časně. Dalším problémem při dlouhodobě neléčené schizofrenie může být vyloučení z vlastní komunity a zhoršená následná reintegrace zpět (Horáček a kol, 2003).

1.6.1 Formy léčby schizofrenie

Skopová (2016) uvádí dva typy léčby schizofrenie:

- a) Farmakologická léčba – farmakologická léčba u schizofrenní poruchy je zcela zásadní. Léky, jež se užívají pro léčbu schizofrenie, se nazývají Antipsychotika. V současné době je na trhu široká škála antipsychotik a i jejich formy se liší. Nejrozšířenější jsou tablety, dostupné jsou ale i ve formě injekcí, které mají dlouhotrvající účinek až po dobu jednoho měsíce.

Podle účinku antipsychotik je lze rozdělit do tří skupin: antipsychotika *hypnosedativní* (chlorpromazin), která mají výrazné hypnotické a sedativní účinky, se dnes už moc nevyužívají, druhým typem jsou *antipsychotika incizivní* (flufenazin, haloperidol), jejichž účinek nastává už v miligramových dávkách, zároveň ale nepůsobí hypnosedativně. Posledním typem jsou *antipsychotika atypická* (clozapin, risperidon, sulpirid), které mají zároveň i antidepresivní účinky. Jejich snášenlivost je vysoká a nežádoucí účinky jsou minimální (občas se ale vyskytuje např. nabírání na váze a hyperglykémie) (Raboch, Pavlovský a Janotová, 2012).

Volba antipsychotik závisí na několika faktorech: nejdůležitějším z nich je farmakologická anamnéza, protože při kombinaci antipsychotik s jinými léky mohou nastat závažné zdravotní komplikace. Často omezující vliv při výběru farmak má pojišťovna, u které je pacient pojištěný. V úvahu se musí brát také snášenlivost pacienta a případné vedlejší účinky léků (Češková a Příkryl, 2013).

Součástí farmakologické léčby jsou kromě antipsychotik i například antidepresiva (depresivní stavy jsou častými projevy u schizofrenní poruchy), benzodiazepiny (nejčastěji se podávají pacientům s úzkostí, nespavostí a neklidem zejména v počátcích léčby) a volproáty (stabilizátor nálady, který podporuje účinnost antipsychotik). Škála doplňujících farmak je u schizofrenní poruchy široká a výše

uvedené jsou jen jejím výčtem (Horáček a kol., 2003).

- b) Nefarmakologická léčba – vzhledem k tomu, že vznik schizofrenní poruchy ovlivňuje kromě biologických vlivů i faktory psychosociální, je logické, že farmakologická léčba se doplňuje i psychoterapeutickými intervencemi. Cílem intervencí je minimalizovat kognitivní deficit, zvýšit kvalitu života nemocných a v neposlední řadě předat pacientovi informace o nemoci a užívané medikaci (Halweg a Dose, 2000).

Podle Doporučených postupů psychiatrické péče (2020), se při léčbě schizofrenie užívají tyto psychosociální intervence: *psychoedukační programy* (napomáhají ke snížení počtů relapsů a opakovaných hospitalizací), *rodinná terapie* (napomáhá rodinám vypořádat se stresem, které onemocnění přináší, zaměřuje se na zlepšení komunikace a vztahů v rodině pacienta), *kognitivně behaviorální terapie* (je prokázána účinnost terapie při léčbě negativních symptomů, úzkosti a závislosti na návykových látkách), *skupinová psychoterapie* (u schizofrenního onemocnění má skupinová terapie vliv na léčbu negativních příznaků a zlepšuje sociální dovednosti nemocného), *kognitivní remediac*e (cílem je zlepšení kognitivních procesů, např. pozornost a paměť), *trénink sociálních dovedností* (zaměřují se na fungování člověka v sociálních integracích), *metakognitivní trénink* (edukační sezení probíhající v malých skupinkách se zaměřuje na proces myšlení, je prokázán jeho přínos při léčbě pozitivních příznaků a schopnost prožívat kontrolu nad svým životem), *umělecké terapie* (studie uvádí pozitivní efekt uměleckých terapií na sublimaci negativní příznaků a korekci zmateného vnímání a myšlení), *asertivní komunitní léčba* (je založena na terénní práci s cílem udržet kontakt s člověkem trpícím schizofrenií a vytvoření co největší míry spolupráce), *služby časné intervence* (poskytují dlouhodobou a kontinuální podporu lidem od počáteční fáze onemocnění po dobu dvou let, v ČR je tato služba poskytována na základě reformy psychiatrické péče), *Peer programy* (poskytování empatie a podpory nemocným, lidmi, kteří mají zkušenost s psychiatrickou diagnózou, napomáhají snižovat pocit izolovanosti a osamělosti, a motivují k léčbě), *pracovní rehabilitace* (pracovní rehabilitace je důležitou součástí léčby schizofrenie, má pozitivní účinky na oblast negativních příznaků a resocializace) a *eHealth programy* (pozitivní efekt mají při prevenci relapsu, spolupráci pacienta při léčbě a psychoedukaci nemocného).

1.6.2 Fáze léčby schizofrenie

Léčba schizofrenní poruchy probíhá ve třech fázích:

- a) Akutní léčba – délka léčby v akutní fázi nemoci je individuální, avšak odborná literatura uvádí rozmezí 4 – 8 týdnů. Cílem léčby je zabránění přítomnosti pozitivních příznaků. Základem během akutní léčby je užívání antipsychotik s cílem zamezení agresivity, bludů a halucinací. Agresivita a agitovanost lze zmírnit během několika hodin, ovlivnění bludů a halucinací může trvat i několik týdnů. Nefarmakologická léčba v akutní fázi spočívá v minimalizaci stresu, toleranci, poskytování podpory a navázání vztahu jak s pacientem, tak i s jeho rodinou (Češková, 2012).
- b) Fáze stabilizace – stabilizační fáze léčby obvykle trvá 3 – 6 měsíců a navazuje na fázi akutní. Cílem je udržení stávajícího zlepšení a zlepšení negativních příznaků. Klade se důraz na upevňování terapeutického vztahu, zvládání zátěžových situací a obnovování či udržování života v komunitě člověka. Psychosociální intervence by měla být méně direktivní a strukturovaná, zároveň ale podpora klienta je jejím primárním cílem (Češková, 2012).
- c) Udržovací fáze (fáze stabilní) – zaměřuje se na prevenci relapsu a udržení remise. Délka udržovací fáze je 1 – 2 roky. Dlouhodobá spolupráce umožňuje pracovat na procesu zotavení a kvalitě života. Farmakologická léčba bývá v nižších dávkách než ve fázi akutní, ale je důležité, aby léčba probíhala i nadále kontinuálně. Zvláštní pozornost je kladena na omezování vedlejších účinků farmak, které negativně ovlivňují pacientovu reintegraci. Z nefarmakologické léčby je vhodná kognitivně-behaviorální terapie a kognitivní rehabilitace (Češková, 2012).

1.6.3 Léčba schizofrenie u vybraných typů osob

Při léčbě schizofrenní poruchy je podstatné, aby bylo k pacientům přistupováno individuálně a aby léčba odpovídala jejich individuálním potřebám. V Doporučených postupech psychiatrické péče (2018) jsou uvedeny specifika léčby u vybraných skupin osob trpící schizofrenií:

Léčba neklidného (agresivního) klienta – k léčbě agresivního pacienta se přistupuje podle míry agresivního chování (rozlišujeme 4 stupně agresivního chování: agresi potlačitelnou vůlí, agresi verbální, fyzická agrese vůči věcem a fyzická agrese vůči

zvířatům a lidem). V případě, že je klient agresivní natolik, že byl schopen ublížit sobě či svému okolí, dochází k fyzickému omezení. Zároveň se aplikují krátkodobě uklidňující antipsychotika s cílem omezit neklidné a agresivní chování. Rychlý útlum napomáhá k navázání terapeutického kontaktu a snášenlivosti dlouhodobé léčby atypickými antipsychotiky.

Léčba klientů s depresí a suicidálními tendencemi – u osob se schizofrenní poruchou je právě deprese nejčastější příčinou úmrtí. Literatura uvádí, že až 5% nemocných spáchá sebevraždu. U suicidálních nemocných je nezbytné zvážit hospitalizaci a ústavní léčbu, která je doplňována medikací. Medikace je sestavena z antipsychotik (benzodiazepiny) a antidepresiv.

Léčba schizofrenie u těhotných a kojících žen - na léčbě těhotných a kojících žen se podílí multidisciplinární tým složený z psychiatra, gynekologa, porodní asistentky a pediatra. Obecně se upřednostňuje nefarmakologická léčba, vždy se ale zohledňují rizika (jež mohou nastat při vynechání medikace) a dopad, který může mít neléčená psychóza na plod. V případě, kdy je farmakologická léčba nevyhnutelná, doporučuje se vyčkat až na druhý či třetí trimestr a zároveň podávat antipsychotika v monoterapii a co nejnižší dávce. U kojících žen je zvýšené riziko nežádoucích účinků pro dítě, neboť u většiny antipsychotik je více než 10% přestupnost léčiv do mateřského mléka. Z tohoto důvodu se upřednostňuje zástava laktace.

Léčba schizofrenie u osob se závislostí na návykových látkách – zneužívání návykových látek osobami se schizofrenní poruchou je časté, ačkoli to znamená závažnou komplikaci pro léčbu i následné zotavení. Studie uvádí, že 40% až 70% osob se schizofrenií zneužívá návykové látky a až 90% této populace kouří (Maršálek, 2008). Užívání drog negativně ovlivňuje průběh onemocnění (častější ataky a relapsy, vážnější pozitivní a negativní příznaky), i samotnou léčbu (časté vedlejší účinky, nedostatečná reakce na podávaná antipsychotika). Z dosavadních výzkumů ovšem vyplývá, že antipsychotika druhé generace mohou snižovat touhu pacienta po droze a redukuje její užívání. Je na místě upozornit, že v žádném případě antipsychotika druhé generace nesmí být využívány k léčbě závislostí u osob, které netrpí jinou duševní poruchou.

1.7. Stigmatizace osob se schizofrenní poruchou

Schizofrenie (stejně jako jiná onemocnění) je zátěží jak pro pacienta, tak i jeho okolí. Narušení fyzických a psychických funkcí s sebou přináší i velké sociální újmy, které mohou mít pro člověka závažnější dopad, než onemocnění samotné. Toto tvrzení platí především u psychiatrických diagnóz, neboť se lidé psychicky nemocných osob bojí, považují je za nevypočitatelné a někdy až nebezpečné pro sebe i své blízké. Negativní postoje řadí schizofrenní poruchu mezi tzv. *Stigmatizované nemoci* (Škoda, 2018).

Předsudky, diskriminace a stigmatizace způsobují závažné komplikace při léčbě schizofrenie i procesu zotavení a často mají nedozírné důsledky. Pro ujasnění souvislostí mezi stigmatizací a psychickým onemocněním budou stručně definovány tyto pojmy:

- a) **Předsudky** - předsudkem se rozumí pozitivní či negativní názor/postoj (častější je negativní) na věc nebo osobu, který si člověk vytvoří bez předchozí zkušenosti. Předsudky vůči osobám trpící schizofrenií jsou založeny na stereotypch, s nimiž se člověk setkává (Gabriel, 2012). Příkladem mohou být média, která zveřejňují násilné zločiny způsobené psychiatrickým pacientem zkresleně a bez důležitých faktů, čímž vytváří negativní předsudky vůči všem osobám s psychiatrickou diagnózou.
- b) **Diskriminace** - diskriminací se rozumí nálepkování osob či skupin na základě jejich znaků a vlastností, jehož důsledkem je rozlišování, omezování nebo znevýhodňování. OSN definovala diskriminaci v roce 1965 jako „*jakékoli rozlišování, vylučování, omezování nebo znevýhodňování založené na rase, barvě pleti nebo na národnostním či etnickém původu, jehož cílem nebo následkem je znemožnění nebo omezení uznání, užívání nebo uskutečňování lidských práv a základních svobod na základě rovnosti v politické, hospodářské, sociální, kulturní či kterékoli jiné oblasti veřejného život*“.

Předsudky a diskriminace jsou označovány jako předstupně procesu stigmatizace (Škoda, 2018).

- c) **Stigmatizace** – pojem stigma a stigmatizace se dostala do popředí až v 70. letech 20 st., kdy americký sociolog a psycholog Erving Goffman vydal publikaci s názvem *Stigma*, což podnítilo k chápání stigmatizace na základě jejího psychosociálního významu, jak je tomu dnes.

Stigmatizací se rozumí předpokládaná méněcennost jedince či skupiny, která vede k opovrhování druhými. Hlavní myšlenkou je vyhýbání se stigmatizovaným osobám v různých oblastech života (např. bydlení, práce, studium) (Škoda, 2018).

Stigmatizace osob s duševním onemocněním ovlivňuje nejen pacienty, ale i jejich rodiny a sociální okolí. Negativní dopad má i na pracovníky zabývající se psychiatrií a psychopatologií (např. psychiatři, sociální pracovníci, učitelé ve speciálních školách) (Škoda, 2018).

Stigma psychického onemocnění lze rozdělit na dvě oblasti: *primární stigma* – jehož obětí je nemocný jedinec a *stigma sekundární* – které se zaměřuje na osoby pečující o pacienty s psychiatrickou diagnózou (Škoda, 2018).

2. Proces Recovery

Proces recovery, českými autory překládán jako proces zotavení či úzdravy, byl poprvé představen Markem Raginsem v Kalifornii v roce 1994. Jedná se o psychologický proces, jehož základní myšlenka je úzce spjata s fázemi smutku, jež pospala Elizabeth Rossová (Růžička a Fojtíček, 2018).

Představuje proces, během kterého dochází k posilování silných stránek nemocného, aby byl schopen žít důstojný život a naplňovat své potřeby. Moderní koncept vychází z odloučení od paternalistického přístupu vztahu pacienta s lékařem a směřuje k co největší míře samostatnosti a aktivitě nemocného. Klient by se měl podílet na plánování léčby a jeho volnočasových aktivitách. Cílem je dosažení co největší míry resocializace (Lieberman & Kopelwicz, 2002).

Ačkoli není jednoduché recovery přístup jednoznačně vymezit, jednou z nejužívanějších definic zotavení v psychiatrické péči je od psychiatra Williama Anthonyho, který ho vnímá jako „*hluboce osobní, jedinečný proces změny vlastních postojů, hodnot, pocitů, cílů, svého umu či svých rolí. Je to způsob, jak vést život, který člověka uspokojuje, dodává mu naději a činí jej potřebným pro druhé, i s omezením způsobeným nemocí. Součástí zotavování je i vytvoření nového významu a smyslu svého života, jakmile se člověk vymaní z katastrofálních následků duševní choroby*“ (Anthony, 1993).

Pojetí procesu zotavení je široké, v nynější době se uplatňuje především u duševních poruch a představuje alternativní možnosti, jak nahlížet na duševní onemocnění a jeho léčbu. Proces recovery je vnímán jako alternativní také proto, že do popředí staví člověka a jeho osobnost nad typ onemocnění a jeho léčbu. Zaměřuje se na kontrolu života člověkem i přes jeho znevýhodnění (Davidson a kol., 2017).

2.1. Vývoj a počátky Recovery přístupu v ČR

Ačkoli se Recovery přístup začal rozvíjet v USA až v 90. letech 20. století, i v České republice jsou organizace, jejichž služby vychází z výše uvedeného přístupu. Mezi hlavní protagonisty zotavení u nás patří Mgr. Martin Fojtíček, který se podílel na vzniku neziskové organizace Ledovec, jež společně s organizací Fokus stojí za rozšířením myšlenek Marka Raginse, jak pracovat s osobami s duševním onemocněním v ČR.

Už od počátku vzniku následných služeb pro klienty organizace Ledovec, vycházeli pracovníci ze základních principů, jako je zplnomocnění, destigmatizace a postavení klienta v organizaci. Chyběl však základní teoretický rámec, který by vytvářel pravidla, jak s klienty pracovat a z něhož by mohli zaměstnanci vycházet. Až v roce 2013, kdy se zaměstnanci účastnili semináře zaměřeného na komunitní sociální práci v Holandsku, začali vyhledávat informace o procesu Recovery. V roce 2014 vznikaly první překlady děl známých autorů pojednávajících o přístupu zotavení. Následně začala organizace pořádat workshopy a školení. Jejich snaha dosáhla pomyslného vrcholu pro rozvoj přístupu Recovery v dubnu 2015, kdy se kolokvia v Plzni účastnil Dr. Ragins a navázal spolupráci s organizací Ledovec Plzeň a Fokus Praha (Fojtíček, Syrovátková a Berndhardová, 2017).

2.2. Principy přístupu Recovery dle Marka Raginse

Na začátku této kapitoly musím upozornit, že někteří autoři odborné literatury nerozlišují mezi principy a fázemi procesu zotavení a principy jsou obsaženy ve fázích procesu. V této práci ale pro větší přehlednost budou rozděleny do dvou kapitol.

Níže budou uvedeny základní principy, ze kterých se vychází při práci s klienty s duševním onemocněním podle přístupu Recovery:

- a) *Osobní přesvědčení* – osobní přesvědčení je nejzákladnějším principem, protože bez víry v uzdravení nemůže k zotavení dojít. Důležité je však dávat pozor, aby nedošlo ke stanovení nereálných cílů, což by mohlo vést k demotivování klienta. Víru v léčbu musí mít i odborníci a pečující o nemocné (Fojtíček, 2013).
- b) *Změna ze zaměření na nemoc na zaměření na osobu* – v případě, že se všechna pozornost orientuje na nemoc, klient zastává pouze roli nemocného a ostatní role jsou upozaděny. V případě, že je klient vnímán jako člověk z mnoha rolí, „být nemocný“ je jen jedna z jeho rolí. Upřednostnění jiných faktorů osobnosti (například role otce, studenta, zaměstnance apod.) napomáhá k procesu uzdravy (Fojtíček, 2013).
- c) *Klinická iluze* – klinická iluze někdy známá jako „teorie pravděpodobnosti“ také souvisí s vírou v uzdravení. Vychází ze skutečnosti, že se odborníci mohou opakovaně setkávat s neúspěchy mnoha klientů a nízká očekávání přenáší na své nové klienty. Tento princip odporuje s jinými principy a je „nepřítelem“ zotavení (Fojtíček, 2013).

- d) *Stírání hranic mezi zdravými a nemocnými* – snižování rozdílu mezi nemocnými a zdravými je důležitým prvkem zotavení, který napomáhá vzniku dobrého a upřímného vztahu mezi lékařem a pacientem. V praxi (například v MHAVillage) se lze setkat s tím, že do organizací nejsou přijímáni klienti či nemocní, ale noví členové organizace (Fojtíček, 2013).
- e) *Zapojení osob s duševním onemocněním do léčby jiných pacientů* - cílem zapojení peer pracovníků do léčby je především vytvoření pozitivního vztahu a poskytnutí důvěry. Peer pracovník napomáhá klientovi svým příběhem, dává mu naději, motivuje ho (Fojtíček, 2013). Podpora peer pracovníků je při léčbě velmi důležitá, proto bude této tématice věnována celá kapitola.

2.3. Fáze procesu Recovery

Mark Ragins rozdělil fáze procesu zotavení do čtyř stádií: fáze naděje, fáze zplnomocnění, fáze přebírání zodpovědnosti za sebe a fázi vytváření smysluplných rolí.

a) Fáze naděje:

k tomu, aby člověk trpící schizofrenií chtěl dosáhnout zotavení, potřebuje naději na zlepšení. Nemocný potřebuje konkrétní a reálnou vizi, jak může budoucnost vypadat, obecné představy jsou pro něj příliš abstraktní a nedokáží člověka motivovat ke změně. Je na místě znovu připomenout, že naději musí mít i profesionálové, aby mohli jejich klienty motivovat ke změně, stejně tak jejich rodina a blízcí přátelé. Pokud nemají naději pečující osoby, nemohou ji mít ani jejich klienti! Podle psychiatra Raginse je výhodnější, aby byli pacienti udržováni aspoň v malé naději, než aby byli odsuzováni (například k životu v ústavní péči, k životu v nezaměstnanosti a chudobě apod.) (Ragins, 2010).

Na tom, že naděje sehraává důležitou roli při léčbě a zotavení se shodli lékaři už v 19. století, ačkoli nadějí v tehdejší světě byla zejména víra v Boha. Ve 40. letech 19. st. proběhl výzkum v USA, jehož výsledky přinesly informace, že údajně až tři čtvrtiny schizofreniků se do jednoho roku zotavili a navrátili do běžného života. Dlouhodobější výzkum provedla v 60. letech doktorka Courtenay Hardingová, jehož výsledkem bylo zjištění, že nejméně polovina dlouhodobě nemocných a umístěných v ústavní péči se po propuštění zotavilo, jakmile se vrátili zpět do svého přirozeného prostředí a společenství (Ragins, 2010).

b) Fáze zplnomocnění:

Pojem zplnomocnění pochází z anglického překladu „*empowerment*“ a označuje velice individuální a osobní proces, během kterého dochází k rozvoji osobnostní stránky člověka. Základním elementem pro rozvoj osobnosti je přístup k informacím, uvědomování si svých možností (mít na výběr), a schopnost rozhodovat se (Ragins, 2010).

K tomu, aby se lidé mohli posunout ve svém životě dál, je potřeba, aby si byli vědomi své moci a svých schopností. Je důležité, aby v této fázi zotavení docházelo k posilování silných stránek pacienta, ke zvyšování jeho sebedůvěry a k budování důvěry v jeho vlastní rozhodnutí. Cílem této fáze je, aby se klienti zaměřili na to, co mohou pro sebe udělat sami, místo toho aby se spoléhali na své blízké, lékaře či například na medikaci (Fojtíček, 2013).

K úspěšnému dosažení zotavení se užívají techniky, jež se běžně aplikují kromě psychosociálních intervencí také v oblasti onkologie či porodnictví. Jedná se o aktivity zaměřené na edukaci klienta, na zvýšení míry spolupráce během léčby, na využití přirozené podpory blízkých a na navázání kontaktu s lidmi s podobnými zkušenostmi. (Fojtíček, 2013).

U organizací, jež vnímají zplnomocnění jako důležitou a nezbytnou část léčby, to může vypadat následovně (pozn. pro lepší představu budou uvedeny vybrané prvky poskytování služeb konkrétně u organizace Village, kde působí Dr. Ragins):

- Členové se podílí na tvorbě léčebného plánu, schvalují jeho postup a cíle.
- Každých 6 měsíců mají možnost změnit lékaře a klíčového pracovníka - bez udání důvodu.
- V organizaci neexistuje rozdělení místností pro zaměstnance a členy – společné jsou i např. toalety a jídelny.
- Porady a schůze pracovníků jsou zpřístupněné i členům organizace.
- Velká část pracovníků organizace je tvořena osobami, jež mají osobní zkušenost s duševním onemocněním či návykovými látkami.
- Členům organizace je zpřístupněna jejich zdravotní dokumentace a mohou do ní zapisovat své poznámky.
- Členové mají poloviční zastoupení v poradních sborech a ve výboru pro řešení stížností, kde se podílejí na tvorbě stanovisek (Ragins, 2010).

c) Fáze přebírání zodpovědnosti za sebe

Pakliže si osoby s duševním onemocněním projdou první a druhou fází procesu recovery, přirozeně nastává fáze třetí a to přebírání zodpovědnosti za sebe sama. Se zodpovědností přichází ruku v ruce zodpovědnost a riziko, kterému se musí lidé postavit. Je nezbytné se pozastavit nad obecně známým faktem, a to že stres způsobuje u psychicky nemocných osob relapsy a rehospitalizaci. S touto skutečností nekoresponduje názor Dr. Raginse, který uvádí, že v případě, kdy je nemocnému zabráněno setkávat se se stresem, znemožňuje se jeho osobní růst a je nezbytné, aby si lidé na své cestě k zotavení prošli běžnými a přiměřenými stresovými situacemi a naučili se tak se stresem pracovat, případně smířit se s neúspěchem. Předpokladem je ale důvěrný a rovnocenný vztah lékař – klient postavený na porozumění a podpoře (Ragins, 2010).

Tato fáze je náročná nejen pro klienta, ale i pro jeho lékaře. U odborníků je běžná tendence pacienty (ale i sebe) ochraňovat před bolestí způsobenou případným neúspěchem. Příkladem může být skutečnost, že psychiatr nedoporučí nemocnému najít si zaměstnání nebo samostatné bydlení. Je ale důležité podstoupit zmiňované riziko, protože právě risk a poučení se z vlastních chyb může klientovi pomoci posunout se dál (Fojtíček, 2013).

d) Fáze vytváření smysluplných rolí

V případě, že je někomu diagnostikováno psychiatrické onemocnění, mění se jeho život snad ve všech oblastech. Z člověka, který zastává různé pozice a role ve svém sociálním prostředí, se stává najednou pacientem s konkrétní diagnózou a může se stát, že se s nemocí zcela ztotožní a jeho nemoc se stane součástí jeho osobnosti. Příkladem může být věta: „*Jmenuji se Petr a jsem schizofrenik*“. Taková informace v podstatě nemá žádný informační charakter, neříká nic o tom kdo je, jaké jsou jeho životní role, „pouze“ informuje o tom, že trpí schizofrenní poruchou (Ragins, 2010).

Cílem této fáze je, aby si pacient znovu osvojil pozitivní sociální roli (např. matka, otec, učitel...), která by nesouvisela s jeho diagnózou a zároveň mu pomohla opět najít své místo ve společnosti. Touha patřit do určité skupiny je natolik silná, že člověku může pomoci z izolace, kterou určitým způsobem psychické onemocnění představuje (Fojtíček, 2013).

V případě, že si na cestě k zotavení pacient osvojí hodnoty jako je naděje, důvěra v sebe a

motivace, měl by je být schopen uplatňovat i ve svých získaných rolích (Ragins, 2010).

Ačkoli je proces zotavení individuální a záleží na každém člověku, jak jeho cesta k úzdavě bude probíhat, výše uvedené fáze procesu by měly být v ideálním případě posloupné a navazovat na sebe (Fojtíček, 2013).

I přes tak krátkou dobu, co se můžeme v České republice s přístupem Recovery setkat, jedná se dle mého názoru o zcela zásadní nástroj, který může podpořit reformu psychiatrické péče u nás včetně způsobu, jak ke svým pacientům přistupují lékaři či jak na osoby s duševním onemocněním nahlíží celá společnost.

Na druhou stranu nelze opomenout názor lektora a průkopníka přístupu Zotavení u nás Martina Fojtíčka, který uvádí, že lidé buď jsou schopni přístup Recovery přijmout, nebo nejsou. Už ze své podstaty existuje skupina lidí, která je schopna podle tohoto přístupu pracovat, další jsou lidé, kteří mají potenciál k tomu, aby mohli začít podle něj pracovat, a třetí skupinou jsou lidé, kteří podle tohoto vzorce pracovat nebudou nikdy (Fojtíček, konference, 2020).

3. Peer pracovníci a jejich role při procesu recovery

Výraz „peer“ má kořeny v Angličtině a v české literatuře se lze setkat s několika volnými překlady. Nejčastěji se v odborné literatuře setkáváme s pojmy „*druh*“ nebo „*osoba stejného stavu*“, jež označují stejnou charakteristiku člověka s jiným člověkem nebo skupinou osob - příkladem mohou být osoby se stejným typem onemocnění, osoby ve stejné tíživé situaci. Jedná se o jedince, mezi kterými existují shodné vlastnosti týkající se specifické a charakteristické oblasti jejich existence (Foitová a kol., 2016).

V oblasti psychopatologie se slovem „peer“ pracovník označuje člověk se zkušeností s psychickým onemocněním (například osoba trpící schizofrenií, osoba závislá na návykových látkách). MUDr. Foitová (2016) definuje peer pracovníky v oblasti duševního zdraví jako „*osoby s žitou zkušeností duševního onemocnění, kteří používají tuto zkušenost k podpoře dalších klientů a posilování jejich naděje*“.

Podle směru, na který se jejich činnost orientuje, lze rozdělit peer pracovníky na:

- a) *Peer konzultanty* – konzultanti, jež mají specifickou a plnohodnotnou roli v multidisciplinárním týmu a díky vlastní zkušenosti s duševním onemocněním napomáhají klientům organizace na jejich cestě k zotavení.
- b) *Peer lektory* – lektori, kteří využívají svoji zkušenost s psychickým onemocněním, sociálními službami a procesem recovery pro vzdělávání budoucích odborníků (mj. psychologů, soc. pracovníků, zdravotních sester), zároveň ale mají dostatečnou kvalifikaci pro předání teoretických podkladů na toto téma.
- c) *Peer poradce* – poradce, který předává a poskytuje své zkušenosti s onemocněním a se sociálními a zdravotními službami během poradenského procesu
- d) *Peer výzkumník* – výzkumník, který má zkušenost s duševním onemocněním a zpracovává vlastní výzkum či je spoluautorem výzkumu z oblasti duševního zdraví (Foitová a kol., 2016).

Je zjevné, že je mnoho oblastí, ve kterých se může peer pracovník pohybovat. Ale ať je jeho pracovní pozice jakákoli, využívá svoji zkušenost s psychickým onemocněním k podpoře druhých a poskytuje jim zejména naději v jejich těžkých chvílích. Zároveň tvoří pomyslný most mezi odborníky a klienty a poskytuje nový nadhled na léčbu a proces zotavení (Hejzlar a Hovorková, 2017).

3.1. Zavedení peer pracovníků do péče o duševně nemocné v ČR

Přínosem peer pracovníků se zabývají západní země už téměř tři desetiletí, a jejich činnost je běžnou součástí léčby duševně nemocných. Davidson (2010) uvádí, že tento myšlenkový směr má kořeny už v polovině 20 st., kdy se v USA sdružovali bývalí pacienti a společně bojovali za změnu v přístupu k duševně nemocným. Už tehdy si byli vědomi pozitivního vlivu svépomoci a sdílení problémů s lidmi, kteří měli stejnou zkušenost.

V České republice se role a postavení peer pracovníka teprve vyvíjí. Například v Holandsku je peer konzultant součástí multidisciplinárního týmu a jeho podíl na léčbě klientů je stejný jako u jiných pracovníků. U nás se s touto profesí lze setkat zatím pouze v neziskových organizacích v rámci následné péče poskytované osobám s psychickým onemocněním (Foitová a kol., 2014).

K vytvoření pracovní pozice „*peer konzultant*“ došlo v ČR až v roce 2013 a to na podnět Centra duševního zdraví, který ve spolupráci s holandskou organizací Werkplaats vyškolil několik peer konzultantů a zprostředkoval jejich začlenění do deseti nestátních organizací u nás. První peer konzultant v organizaci Ledovec byl zaměstnán v listopadu 2013 a od té doby se snaží koncept peer pracovníků rozvíjet (Franzová, 2015).

Od roku 2016, bylo stanoveno ve Standardech péče poskytované v Centrech duševního zdraví pravidlo, že v CDZ musí být zaměstnán pracovník na nejméně 0,5 úvazku na pozici peer konzultanta, který bude splňovat požadavky na pracovníka v sociálních službách dle zákona č. 108/2006 Sb. zákon o sociálních službách.

V roce 2013 došlo na základě podnětu organizací Center of Mental Health a Mental Health Network k vytvoření příručky, sloužící k přípravě vytváření pracovních míst peer konzultantů, jejíž autorkou je Julie Repperová.

Rapperová (2013) doporučuje, aby příprava pracovních pozic peer konzultantů probíhala ve čtyřech fázích: příprava, nábor, zaměstnávání peer pracovníků a průběžný rozvoj role. Co má být obsahem jednotlivých fází, bude pro lepší přehled uvedeno v tabulce níže:

Rámeček 1: Čtyři fáze tvorby peer pozic

1. Příprava

- Příprava organizace
- Příprava týmů
- Definování rolí
- Časté mýty a mylné představy
- Příprava peer pracovníků (školení a příležitosti k získání praxe)
- Tvorba popisu pracovních pozic a osobních charakteristik

3. Zaměstnávání peer pracovníků

- Výběr umístění
- Úvod/orientace
- Supervize a podpora
- Udržování dobrých pracovních podmínek

2. Nábor

- Inzeráty
- Poradenství o přínosech
- Přihlášky
- Pohovory
- Ochrana zdraví při práci
- Kontrola výpisu z trestního rejstříku
- Podpora osob, které pozice nezískají

4. Průběžný rozvoj role

- Kariérní dráhy
- Nabídky školení
- Širší systémová změna

Zdroj: Pracovníci peer podpory, praktická příručka pro implementaci, 2013.

3.2. Role peer konzultanta na klientově cestě k zotavení

Ačkoli je spolupráce mezi klientem a peerem velice individuální a případ od případu se může lišit, vždy by měla vycházet ze základních principů. Jedná se o poskytování naděje a motivace, sdílení pozitivní i negativních zkušeností (pokud je to k užítku klienta) a působení jako klientův vzor. Pokaždé ale záleží na tom, jaký charakter mají organizací poskytované služby, ve kterém peer pracuje (Foitová a kol., 2014).

Na začátku každé spolupráce je vhodné prodiskutovat, v jakých oblastech může být peer konzultant pro klienta obohacem a zároveň stanovit, jak často bude kontakt probíhat, za jakých podmínek a co je jeho cílem. Po několika setkáních je vhodné posoudit úspěšnost, přičemž ke zhodnocení by mělo dojít jak ze strany klientka tak i pracovníka (Foitová a kol., 2014).

Podnět k počátku kooperace může dát jak klient, klíčový pracovník tak i peer pracovník. Motivem pro navození spolupráce ze strany klienta nejčastěji bývá potřeba povídat si o své nemoci a touha po získání rad, jak se může člověk se stejnou zkušeností naučit zvládat projevy nemoci. Stejně tak může klient hledat přítele, kterému se může svěřit a trávit s ním volný čas (Foitová a kol, 2014).

K tomu, aby mohl konzultant zastávat plnohodnotně svoji roli, je potřeba, aby byl schopen empatického přístupu ke klientovi, měl by umět naslouchat a být trpělivý. Pravděpodobně nejdůležitější je schopnost udržet si zájem o klienta a schopnost vést individuální motivační rozhovor (Dobroduš.cz, 2020).

Role peer konzultanta se také odvíjí od fáze zotavení, ve které se klient nachází. V první fázi, kdy je klient často zmatený a cítí beznaděj, je úkolem peera navázat důvěrný vztah a pracovat s klientem na tom, aby získal naději na zotavení. V rámci druhé fáze zotavení by se měl zaměřit na objevení silných stránek klienta a motivovat ho k rozhodování a změnám a sdílet s ním zkušenosti ze své cesty k zotavení. Ve třetí fázi je úkolem peer konzultanta vést klienta prostřednictvím sdílení svých zkušeností k tomu, aby přebíral zodpovědnost za svůj život a naučil se pracovat s riziky, se kterými se může setkat. Čtvrtá fáze spočívá ve znovuobjevení či vytváření nových sociálních rolí, vytváření sítě sociálních kontaktů a motivovat klienta v pokračování v procesu zotavení (Foitová kol., 2016).

3.3. Přínosy a rizika spojená s vykonáváním role peer konzultanta

Zaměstnání člověka s duševním onemocněním má přínosy ale i svá rizika. Vykonáváním role peer konzultanta se stává členem pracovního týmu a je plnohodnotným členem skupiny. Zároveň se ale nesmí zapomínat, že začlenění peer konzultanta do týmu s sebou přináší i různá specifika.

Vybrané přínosy spojené s vykonáváním role peer konzultanta pro člověka s duševním onemocněním:

- hlavním přínosem je vytvoření hlubšího a bližšího vztahu založeném na porozumění, protože žádný odborník nemůže rozumět klientovi tak, jak člověk se stejnou zkušeností
- peer konzultant nepředává své zkušenosti pouze klientovi, ale celému týmu, což napomáhá k celkové efektivitě práce s lidmi s duševním onemocněním
- peer pracovník má omezený počet klientů a může jim věnovat více času, čímž zvyšuje úspěšnost klientovy léčby
- zaměstnáním na pozici peer konzultanta získává duševně nemocný člověk kromě nové pozitivní role také podporu od týmových kolegů
- finanční prostředky získané v zaměstnání zvyšují sebeúctu a zplnomocňují nemocného (Balková, 2019).

I přes prokázané přínosy aplikování peer programů existují i rizika, kterým jsou peer konzultanti během vykonávání jejich profese vystaveni. Níže je uvedený jejich stručný přehled:

- konzultant je vystaven dvojí identitě – z jedné strany musí zastávat roli profesionálního pracovníka a ze strany druhé se jedná o člověka s psychiatrickou diagnózou a sám byl klientem služeb
- pro peera může být složité udržet si hranice mezi jeho osobou a klientem – jejich vztah bývá založený na důvěře a jejich stejný osud je může sblížit natolik, že se z nich stávají přátelé na celý život
- i když by měl být peer pracovník plnohodnotným členem, může mít problém si říci o pomoc v situacích, ve kterých si není jistý a zároveň se může stát, že ho kolegové nebudou vnímat jako člena týmu
- malá zkušenost s peer programy v ČR může způsobovat komplikace při zavádění pozice v organizacích soc. služeb
- další riziko je spojené se zranitelností peer pracovníků a jejich neadekvátní schopností zvládat stresové situace – výzkumy uvádí (Davidson, 2012), že práce s osobami s duševním onemocněním je extrémně náročná a odborníci působící v této oblasti bývají často v pracovní neschopnosti z důvodu jejich vlastních psychických problémů (Fotiová a kol., 2016).

Praktická část

Praktická část diplomové práce bude zaměřena na popis a interpretaci výsledků získaných prostřednictvím kvalitativního výzkumu, jehož účelem je dosažení stanoveného cíle. Součástí praktické části je i deskripce metodiky práce, popis hlavního a dílčích cílů vedoucích k zodpovězení výzkumné otázky, popis respondentů, interpretace výsledků, diskuze a závěr.

4. Metodika práce

S ohledem na subjektivní povahu výzkumné otázky byla zvolena pro tuto práci kvalitativní forma výzkumu, jejíž počátky lze najít ve fenomenologii, etnometodologii a v symbolickém interakcionalismu. Pro kvalitativní výzkum je charakteristické, že stanovených cílů nedosahuje pomocí statistických procedur a jejím primárním cílem není potvrdit či vyvrátit stanovené hypotézy. Naopak se zaměřuje na porozumění a získání vhledu na zkoumané téma (Strauss a Corbinová, 1999).

Ferjenčík (2000) ve své publikaci hovoří o kvalitativním výzkumu následovně: *„Kvalitativní výzkum je ve své povaze orientovaný holisticky: Člověk, skupina, jejich produkty, či nějaká událost jsou zkoumány podle možností v celé šíři a ve všech možných rozměrech. Navíc je aspirací pochopit všechny tyto rozměry integrovaně – v jejich vzájemných návaznostech a souvislostech“*.

Tento typ výzkumu byl zvolen také proto, že je vhodný pro nižší počet respondentů a hodí se pro pochopení individuálního procesu zotavení u osob se schizofrenní poruchou.

Jako nástroj pro získávání dat byl zvolen polostrukturovaný rozhovor doplněný o pozorování. Jeho největší výhodou vidím v tom, že rozhovor s respondentem umožňuje odhalit důležité podrobnosti a detaily v osobních názorech, což u jiných metod (např. u kvantitativních dotazníků) nelze a podle jeho reakcí usměrňovat rozhovor takový směrem, kterým je potřeba. Dalším důvodem pro aplikaci výše uvedeného nástroje byla snaha o to, abych při komunikaci s respondenty působila přirozeným dojmem, protože záměrem této práce je získat co nejautentičtější a upřímné odpovědi, zároveň je velmi důležité přistupovat k respondentům opatrně a respektovat jejich hranice, protože se jedná o citlivé a osobní téma.

Otázky do polostrukturovaného rozhovoru byly voleny tak, aby odpovídaly na výzkumné otázky.

4.1. Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem diplomové práce je zjistit a pospat, jak probíhá proces zotavení ve vybraných oblastech života osoby se schizofrenní poruchou.

Ze stanoveného cíle vzešly tyto výzkumné otázky:

VO1 Jak probíhá proces zotavení v oblasti zdraví?

VO2 Jak probíhá proces zotavení v oblasti rodinných a partnerských vztahů?

VO3 Jak probíhá proces zotavení v pracovní oblasti?

VO4 Jak probíhá proces zotavení v oblasti bydlení?

VO5 Jak probíhá proces zotavení v oblasti spirituality?

4.2 Charakteristika respondentů

Pro realizaci výzkumu byly s ohledem na cíl práce vybrány osoby, jež se potýkají s diagnózou schizofrenní poruchy, ale zároveň jejich zdravotní stav je natolik stabilní a dobrý, aby účast v mém výzkumu neohrozila průběh jejich léčby.

Pro výběr respondentů do této diplomové práce byly zvoleny následující dvě techniky ze záměrného výběru. První z nich je technika účelového výběru, kdy byli osloveni dva peer konzultanti organizace Fokus, se kterými jsem se setkala v rámci peer lektoringu. Následně probíhal výběr respondentů technikou sněhové koule (Snowball sampling method), na něž jsem získala kontakt díky výše uvedeným peer lektorům.

Výzkumný vzorek je tvořen čtyřmi muži a dvěma ženami ve věku od 21 do 47 let.

Respondent	Věk	Pohlaví	Vzdělání
Respondent č. 1	34	Muž	SŠ
Respondent č. 2	37	Muž	VŠ
Respondent č. 3	21	Žena	SOU
Respondent č. 4	30	Muž	SOU
Respondent č. 5	27	Žena	SŠ
Respondent č. 6	47	Muž	ZŠ

Zdroj: vlastní zpracování

a) Respondent č. 1

Prvním respondentem je muž ve věku 34 let, žijící na malé vesnici na Moravě. Ve 21 letech mu byla diagnostikována Paranoidní schizofrenie. Poprvé byl hospitalizován v psychiatrické nemocnici během studia na SŠ. Trpěl velkými záchvaty paniky, strachu a bludy. Během pobytu na psychiatrii se dostal do prvního kontaktu s medikací (antipsychotiky). Po návratu z léčebny a následné rekonvalescenci se vrátil zpět na SŠ, kterou úspěšně dokončil. O 4 roky později se pokusil o sebevraždu a byl znovu hospitalizován. Od té doby dle jeho názoru „ušel kus cesty“, začal vnímat sám sebe jako člověka a ne jako diagnózu, což mu pomohlo na jeho cestě k zotavení. Nyní je bez medikace, ale dochází na podpůrné terapie. Už 3 roky pracuje jako peer konzultant v zařízení pro osoby s duševní poruchou.

b) Respondent č. 2

Druhým respondentem je 37 letý muž, žijící v Brně. Za počátek jeho nemoci považuje stres během náročného studia na vysoké škole. V roce 2009 mu byla diagnostikována maniodepresivní psychóza a o tři roky později schizofrenie. Další komplikací v jeho léčbě byla nesnášenlivost psychofarmak první generace, způsobující silné nežádoucí účinky. Potom, co došlo ke změně medikace, se začal jeho stav stabilizovat.

Několik let byl klientem Centra duševního zdraví, poté se stal ve stejném zařízení peer konzultantem. Nyní pracuje v týmu sociální rehabilitace.

c) Respondent č. 3

Třetím respondentem je žena ve věku 21 let. Žije společně s matkou a sestrou v Praze, rodiče má rozvedené. Studovala učební obor kuchař/číšník, zatím ale nemá žádnou pracovní zkušenost. Během studia se potýkala s užíváním alkoholu a záškoláctvím. S otcem nekomunikuje a i její vztahy s matkou jsou napjaté a dostávají se často do konfliktu. V 17 letech ji byla diagnostikována Hebefrenní schizofrenie.

d) Respondent č. 4

Čtvrtým respondentem je muž ve věku 30 let. Je svobodný, žije u rodičů a pobírá invalidní důchod. První psychické obtíže se u něj projevily ve spojitosti s užíváním drog a alkoholu. Po pokusu o sebevraždu byl hospitalizován v psychiatrické nemocnici. V roce 2015 mu byla diagnostikována Nediferencovaná schizofrenie, která byla přehodnocena na

Paranoidní schizofrenii. V průběhu léčby se jeho medikace měnila, nyní je mu podáván injekčně 1x týdně Zeldox, který snáší dobře a netrpí tolika vedlejšími účinky, jak to bylo s předešlou medikací.

e) Respondent č. 5

Pátým respondentem je žena ve věku 27 let, která vystudovala gymnázium a poté byla přijata k dálkovému studiu na VŠ v Brně. Během dospívání se aktivně věnovala sportu a malování. Poté se u ní objevily halucinace a bludy. Byla hospitalizována v psychiatrické léčebně. Na léčbu má velmi negativní vzpomínky, se kterými neustále bojuje.

Dnes pracuje na svém a smíření se s nemocí. Podle jejích slov je „*schizofrenie součástí mého života.*“

f) Respondent č. 6

Šestým respondentem je muž ve věku 47 let. Už od dospívání měl problémy s chováním, nedokončil vzdělání a přestal se stýkat s jeho původní rodinou. Vystřídal několik zaměstnání, pracoval jako pomocný dělník, noční hlídač a pracovník ostrahy. Jeho první ataka proběhla v době, kdy byl v zaměstnání. Záchranou službou byl odvezen do nemocnice. Byla mu diagnostikována Nediferenciovaná schizofrenie. Nyní žije ve společné domácnosti s partnerkou.

4.3. Sběr a zpracování dat

Sběr dat proběhl během února roku 2021. Respondenti byli zkontaktováni prostřednictvím emailu a telefonického kontaktu, následně byl pro realizaci rozhovoru domluven kontakt osobní. Před začátkem rozhovoru byli informováni o cílech výzkumu a ujištění o zachování anonymity. Zároveň byli poučeni o možnosti odmítnout odpovědět na otázky a ukončit rozhovor v případě, že by jim přišly otázky příliš osobní a nevhodné.

Na počátku rozhovoru byli informováni o tom, že celý rozhovor bude nahráván na diktafon a mobilní telefon, také proběhlo dotazování na souhlas s nahráváním – všichni respondenti projevili souhlas. Po ukončení rozhovoru jsem se dotázala, zda rozhovor u nich nevyvolal negativní prožitky a nepotřebují zajistit pomoc – všichni odpověděli, že se cítí v pořádku.

Celý rozhovor byl koncipován tak, aby respondenti vyprávěli svoji cestu k zotavení v různých oblastech života, a po skončení jejich příběhu jim byly pokládány doplňující otázky, jež měly doplňující a upřesňující charakter.

Po pořízení polostrukturovaného rozhovoru byla na data využita technika Redukce prvního řádku a následně byly vyhodnocovány prostřednictvím metody Vytváření trsů – výroky respondentů byly rozděleny do skupin na základě jejich podobnosti.

4.4. Limity a silné stránky výzkumu, etika výzkumu

Za silnou stránku výzkumu považuji osobní kontakt s respondenty, který mi umožnil pozorovat jejich chování a případně reagovat na následné prožívání a potřeby. Dále pak vnímám pozitivně jejich zachovanou anonymitu, protože posilňuje validitu získaných dat – respondenti by vzhledem k velice citlivému tématu bez zajištění anonymity nesdělili tak podrobné a soukromé informace, které byly pro realizaci výzkumu potřebné.

K získaným informacím jsem se snažila přistupovat objektivně a s neutralitou, zároveň jsem se potýkala s určitou homogenitou dotazovaných, protože se jedná o osoby, jež mají své onemocnění aktuálně dobře zaléčené, současně ale vnímám jako neetické, aby se výzkumu účastnili lidé, kteří se znovu nachází v akutní fázi nemoci a aby popisovali svoji cestu k zotavení. Otázkou zůstává, zda by byli schopni se rozhovoru účastnit, zároveň mi přijde nemístné obtěžovat je v jejich náročných obdobích života se svým výzkumem.

Limitem práce je dle mého názoru moje malá osobní zkušenost s přípravou a zpracováváním kvalitativního výzkumu. Během přípravy jsem váhala jak nad časovou náročností rozhovoru, tak nad množstvím otázek. Zároveň jsem se obávala toho, zda budou respondenti pokládaným otázkám rozumět a aby u nich nevyvolaly nepříjemné pocity.

4.5. Analýza dat

Tato část diplomové práce se zabývá vyhodnocováním dat získaných během rozhovoru. Kapitola bude rozdělena dle jednotlivých výzkumných otázek, zároveň zde bude vyhodnocena i otázka úvodní, zaměřená na individuální vnímání zotavení.

Úvodní otázka: Popište prosím, co si představujete pod pojmem Recovery/zotavení?

Úvodní otázka rozhovoru se zaměřovala na pochopení toho, co si respondenti představují pod pojmem Recovery/zotavení, zda je dle jejich názoru vůbec možné se

z psychické nemoci zotavit, a za jakých podmínek si člověk může říct, že je zotavený.

Z výsledku realizovaného rozhovoru vyšlo najevo, že respondenti vnímají recovery jako velice **individuální a osobitý proces**. Toto tvrzení potvrzuje i výrok respondenta č. 1, který uvádí, že *„recovery znamená dlouhou cestu, kterou jsem musel ujít, abych mohl znovu začít fungovat...žít normální život, komunikovat s rodinou, mít přátele ale i vůbec vstát z postele“* a respondenta č. 2 *„Recovery pro mě znamená způsob přemýšlení, kterej mi pomohl znovu se přiblížit k mojí duši a k sobě samému...pomáhá překonat omezení, které schizofrenie přináší“*.

Ovšem rozdílné názory panují ohledně víry v **plné zotavení** ze schizofrenní poruchy. Zatím co respondent č. 6 vnímá zotavení jako *„cestu bez konce, nekonečný boj se svou nemocí“*. Respondentka č. 3 věří, že se lze plně zotavit za předpokladu, *„kdy má člověk se schizofrenní poruchou kromě dobré medikace zajištěné i další oblasti svého života. Měl by mít prostor, ve kterém se cítí přijatý, mít okolo sebe lidi, kteří jsou schopni pochopit jeho nálady a změny v chování. Měl by mít i dobrého psychiatra, případně psychoterapeuta.“* A s tímto názorem rezonuje také výrok respondenta č. 2, který uvedl, že se považuje za zotaveného od doby, kdy *„...přestal jsem se dívat sám na sebe jako na schizofrenika a získal jsem nadhled zdravého člověka. Za mé zotavení vděčím hlavně rodině a přátelům, kteří mi byli velkou oporou.“* Respondent č. 4 věří, že se *„lze plně zotavit, za předpokladu, že nemocný zvládne svoji nemoc natolik, že bude plnohodnotně žít a onemocnění ho nebude v ničem omezovat, což je s ohledem na riziko remise těžko dosažitelný“*.

VO1 Jak probíhá proces zotavení v oblasti zdraví?

Cílem první výzkumné otázky je zjištění, jak probíhá proces zotavení v oblasti zdraví. Zaměřuje se především na to, jaké zdravotní komplikace s sebou schizofrenní porucha přináší, jaké léčebné postupy a techniky respondenti absolvovali na jejich cestě k zotavení, které z nich byli účinné a jaký cíl si stanovili.

Ačkoli je obecně známé, že schizofrenní porucha může mít pestrou škálu příznaků, z rozhovorů vyšlo najevo, že **nejčastějšími příznaky jsou poruchy vnímání a myšlení, poruchy nálad, ztráta zájmu o okolní svět, stažení do sebe, pocit ztráty kontroly nad svým životem, oploštěná komunikace a v neposlední řadě experimentování s drogami.**

Výše uvedené tvrzení potvrdila svým výrokem respondentka č. 3, která uvedla že *„Toto onemocnění mi přineslo tolik zdravotních komplikací, že by stačily na další tři“*

zdravé lidi. S touto poruchou se léčím již čtvrtým rokem, a v průběhu let jsem měla spoustu různých zdravotních komplikací a vedlejších účinků.

Běžné příznaky Paranoidní schizofrenie popsal během rozhovoru respondent č. 1: *Největší problémy mi přinesly halucinace a bludy. Nejhorší to bylo vždycky večer, když jsem šel spát. Neustále mě kritizovaly za všechno, co jsem udělal a bylo to čím dál horší. Donutily mě až k tomu, že jsem byl dlouho zavřený v pokoji. Báł jsem se natolik, že jsem ani nedokázal vyjít ven.“* a respondent č. 2 *„První příznaky se dostavily už v dospívání, zkoušel jsem nějaké drogy...nejdřív marihuanu, lysohlávky, pak i ty tvrdší. Paranoidní stavy se staly postupně součástí mého života, myslel jsem si, že mě pronásledují a chtějí mě zabít... Nevěděl jsem přesně kdo, ale byl jsem o tom přesvědčený.“*

Pacienty se schizofrenií často doprovázejí i jiné příznaky. Příznaky, které nejsou typické pro toto onemocnění, ale jsou natolik nepříjemné, že negativně ovlivňují průběh léčby a následný proces zotavení. Respondent č. 6 například uvedl: *„Často mě brní končetiny, mám pocit, že se dusím. Mám zvýšenou hladinu cukru v krvi, jsem emočně nestabilní, často cítím vnitřní neklid a návaly agrese. ...Největší problém, který momentálně přetrvává, je ale v přibírání na váze. Kvůli lékům se mi zvyšuje chuť k jídlu“.*

Z výpovědí je zřejmé, že propojujícím aspektem mezi respondenty je jejich **umístění v psychiatrické léčebně**, kde se za pomoci **medikace a terapeutických technik** započali svoji cestu k zotavení v oblasti zdraví. Většina z nich hospitalizaci vnímá jako pozitivní či neutrální místo, kde jim byla poskytnuta pomoc – respondentka č. 3 o ústavní léčbě uvedla: *Kvůli mojí nemoci jsem byla už čtyřikrát hospitalizovaná na Psychiatrické klinice v Praze. Vždycky mi tam pomohli zvládnout ty nejhorší okamžiky,* Respondent č. 4 *„Na pobyt v blázinci mám takový rozporuplný vzpomínky, taky kdo by tam byl rád že? ... byl jsem tam potom incidentu (pozn. pokus o sebevraždu), snažili se mi tam pomoci, dávali mi prášky, ale ty jsem strašně špatně snášel, měli hodně vedlejších účinků...byli tam moc fajn lidi, chovali se ke mně hezky.“* Naopak respondentka č. 5 vnímá svoji léčbu v psychiatrické léčebně velmi negativně *„Byla jsem zavřená v léčebně přes tři měsíce, první dva týdny mi dávali spoustu prášku a zavřeli mě na samotku...musela jsem podstoupit elektrošoky...nikdy už se tam nechci vrátit.“*

Důležitým aspektem pro úspěšný proces zotavení v oblasti zdraví jsou nefarmakologické terapie. Ačkoli jsou jejich pozitivní účinky v dnešní době dobře známé, z historie je prokazatelné, že se léčba schizofrenie u nás ještě na konci 20. století opírala

především o dlouhodobou ústavní léčbu doplněnou o silnou medikaci. Až v 90. letech 20. st. postupně začaly do ČR „plynout“ ze západních zemí nové přístupy k léčbě osob s duševním onemocněním.

Postupem času došlo ke změně názoru, jakým způsobem přistupovat k lidem s duševní poruchou a jejich léčbě. Klíčovým prvkem pro rozvoj léčby duševních onemocnění, se stala Reforma péče o duševní zdraví (na průběh reformy dohlíží mj. Rada vlády pro duševní zdraví), jejímž cílem je zejména deinstitucionalizace péče, omezování medikace na nezbytnou úroveň, resocializaci a zplnomocňování osob s duševní poruchou.

To, že je nefarmakologická léčba nezbytnou součástí zotavení, potvrdili svými výroky i dotazovaní, kteří se shodli na tom, že jí absolvují jak během ústavní tak i následné léčby. Respondentka č. 3 uvedla, že *„Mezi léčebné postupy a techniky bych určitě zařadila průběžné konzultace s doktorem, skupinové terapie, pracovní terapie, meditační techniky, arteterapie, muzikoterapie apod.“* Konzultace s psychiatrem vidí jako velmi podnětné i respondent č. 2, který uvedl, že *„Jako účinný postup léčení vidím jednoznačně v konzultaci s psychiatrem. Problém je ale v tom, že na dobrého psychiatra je těžké narazit. Jsem již u třetího a až teprve teď jsem s jeho přístupem spokojený.“* Respondent č. 1 sdělil, že *„na terapii docházím pravidelně už spoustu let, i teď když už jsem bez medikace, pomáhá mi, když se v něčem necítím, je pro mě moc důležité rozumět sám sobě.“*

Jednou z léčebných technik užívaných mj. při léčbě schizofrenie je Elektrokonvulzivní terapie, obecně známé pod laickým názvem elektrošoky. Názory na využití zmíněné techniky jsou rozporuplné. I když jsou prokázány pozitivní léčebné účinky, obecně panuje velký strach a pochyby nad užitím této terapie. Svoji obavu vyjádřil i respondent č. 6, kterému byla Elektrokonvulzivní terapie doporučena, ale zatím váhá, zda je má podstoupit. Jeho slovy: *„Byly mi doporučeny také elektrošoky, prý by mi mohly pomoci zvládat časté deprese. Moji známí, co mají podobné problémy, na ně pravidelně chodí. Já jsem ale ještě nenašel odvahu se tímto způsobem léčit.“* Zkušenost s Elektrokonvulzivní terapií má také respondentka č. 5, jejíž vzpomínky na léčbu samotnou i tento způsob terapie jsou velmi negativistické.

Z výše uvedeného popisu procesu recovery v oblasti zdraví je patrné, že se jedná o velice osobní a individuální cestu, kterou musí osoby trpící schizofrenní poruchou projít. Jak můžeme vidět, způsobů, jak dosáhnout zotavení je mnoho, dá se říci, že co člověk -

to jiná a neopakovatelná zkušenost a cesta. Zároveň ale lze ve výpovědích najít určité společné cíle. Jedním ze společných znaků je omezení medikace. Zatímco respondent č. 2 spojuje svůj cíl ukončení medikamentózní léčbu s únavou: „*Mým cílem je přestat brát léky úplně, i když už tyto prášky nemají tolik vedlejších účinků, pořád jsem po nich dost unavený.*“ Respondent č. 6 by si přál zhubnout: „*Moc rád bych se zase vrátil na moji původní váhu, problém je v tom, že mi to moc nejde. Je to jako kruh, držím dietu, ale váha je pořád stejná, tak zase začnu hodně jíst...jak už jsem říkal, léky zvyšují chuť k jídlu. Moje léky se tak často mění, že už ani nevím, který z nich způsobuje zvýšení mojí hmotnosti.*“ Dalším jeho cílem je absolvování elektrokonvulzivní terapie „*přál bych si zvládnout strach z těch elektrošoků. Myslím, že by mi fakt pomohly, ale ještě jsem nenašel odvahu.*“

Druhým společným cílem je, aby se jejich onemocnění nezhoršovalo a nemusely se potýkat s další akutní atakou. Respondent č. 1 uvedl, že „*Mým cílem je, abych byl i nadále schopnej řešit stavy, kdy vím, že na to nejsem úplně nejlíp a předejít tak další epizodě. Nejdůležitější je uvědomit si, kdy je toho na vás moc a dát si prostor, ...nenechat to rozjet.*“ I další respondentka uvedla, že nechce, aby se její stav opět zhoršil – uvedla to ale ve spojitosti s ústavní léčbou: „*Nechci, aby se mi to zase rozjelo...už se nikdy nechci vrátit na psychiatrii*“.

VO2 Jak probíhá proces zotavení v oblasti rodinných a partnerských vztahů?

Cílem druhé výzkumné otázky je zjištění, jak probíhá proces zotavení v oblasti rodinných a partnerských vztahů. Zaměřuji se zde především na reakci rodiny a přátel respondentů na zjištění, že jim byla diagnostikována schizofrenie, jakou roli sehrávaly na jejich cestě k zotavení a jak jim schizofrenní porucha ovlivnila vztahy.

Diagnóza schizofrenní poruchy je velkou zátěžovou zkouškou nejen pro člověka samotného ale i pro jeho rodinu a blízké. Pro první zkušenosti s onemocněním je typické nedostatečné množství informací a mylné představy o tom, co bude dál. Proto je nesmírně důležité předat adekvátní informace nejen nemocnému, ale i jeho rodině a blízkým. Zároveň je nutné poskytnout jim čas pro pochopení situace a smíření se s nemocí.

To, že první reakce rodiny a blízkých na diagnózu schizofrenie může být spjata jak s poskytováním podpory, tak i s odmítavým a obviňujícím přístupem, potvrzují i respondenti. Svoji špatnou zkušenost popsala respondentka č. 5: „*Když se to naši dozvěděli, snášeli to dost špatně. Táta rozmlátil moje keramiky, které jsem měla schované z dětství a máma z toho byla na prášky, ale oba to nakonec museli přijmout. Nic jiného jim ani*

nezbývalo.“ Negativní zkušenost má i respondentka č. 3, která uvedla že: *„táta se o tom dozvěděl od mámy, ale nezkoušel mě nijak kontaktovat. Máma se ségrou byly nejdřív hodně vyděšené. Nejhorší ale byla moje teta, tvrdila, že jsem simulantka a fracek, kterej si vymejšlí.“*

S pozitivním přístupem rodiny a blízkých se setkávají především ti, kteří mají ve své rodině či v blízkém okolí osoby, jež se také potýkají s duševním onemocněním. Vlastní zkušenost může rodinám pomoci zorientovat se v nezvyklém chování jejich blízkého člověka a případně mu najít odbornou pomoc. Toto tvrzení lze doložit příběhem respondenta č. 1, který v rozhovoru uvedl: *„Moji rodiče to už vlastně tušili. Tím, že se schizofrenií má vlastní zkušenost i tátův bratr, rychle zkontaktovali jeho psychiatra z Centra duševního zdraví. Jasně, že pořád doufali, že to tak nebude, ale tak nějak vnitřně se s tím asi smířili, než přišla ta samotná diagnóza.“* I druhý respondent uvedl, že je v jeho rodině osoba, která se potýká s duševní poruchou, nejedná se sice o schizofrenní poruchu, nýbrž o maniodepresivní, přesto rodině tahle zkušenost pomohla pochopit, co se s ním děje. Podle jeho slov, *„díky dřívější zkušenosti s psychiatrickým onemocněním se moje rodina na mě dívala jinak než třeba blízcí, co tu zkušenost nemají...podle mě jde o to, že lidi, co nemají žádnou zkušenost s duševním onemocněním, vůbec netuší, co od toho mohou očekávat a ten strach je nutí držet se dál, i když to byli třeba dobří kamarádi.“*

Diagnóza schizofrenní poruchy vystavuje těžké zkoušky kromě vztahů mezi členy rodiny nemocného i jejich partnery. Skutečnost, že postoj partnera může negativním způsobem ovlivnit i průběh celé léčby, potvrzuje i respondentka č. 5 *„začaly jsme spolu chodit ještě před tím, než to všechno začalo, vždycky tu pro mě byl... ale potom co mě odvezli do léčebny, se už neozval, ani když mě potom propustili, nebral mi telefon, nechal se zapírat, prostě už se mnou nepromluvil. Bylo to pro mě hrozný, dávala jsem to za vinu sobě a mé nemoci, strašně mě to táhlo ke dnu.“* Naopak respondent č. 6 uvedl, že mu jeho partnerka i přes strach, který cítila, byla a je oporou: *„když se to moje přítelkyně dozvěděla, byla z toho fakt vyděšená, ale zůstala se mnou...nejvíc se asi bojí toho, že se mi to znova rozjede, ale je mi velkou oporou.“*

Z rozhovorů vyšlo najevo, že nejdůležitějšími prvky pro zotavení v oblasti vztahů je **komunikace a kontakt s rodinou**. Ať už se jedná o předávání informací o nemoci, znovunavázání kontaktu či upevnění vztahů v rodině a s blízkými. Schizofrenie ve velké míře narušuje schopnost komunikace, izoluje člověka od ostatních a vytváří velkou bariéru mezi ním a okolním světem.

Význam komunikace a kontakt s rodinou zdůraznil respondent č. 1, který uvádí, jaký pozitivní vliv má na něj setkání s bratrem „*Bráchu vždycky vidím moc rád, je to dobrák a srandista, vždycky si dělá ze všeho srandu. Například vtipkuje, že by rád vidal pěknou blondýnu, zároveň ale ví, kdy má přestat a když potřebuju podporu je tu vždycky pro mě. Pokaždé když přijede, užijeme si spoustu legrace.*“ Respondent č. 2 přikládá velký význam vztahu s matkou: „*S mámou se vidáme několikrát za týden, a když se nevidíme osobně, vždycky mi zavolá. Je tak trochu generál, musí mít o všem přehled, kontroluje, jestli dělám co je potřeba. Ale neberu to nijak zle, je to máma a ty se musí poslouchat*“ (pozn. smích).

Opačným příkladem je respondent č. 6, jež se svoji původní rodinou nestýká a ani s nimi neudrhuje žádný kontakt. „*Rodiče jsem neviděl už spoustu let, nikdy jsme neměli dobrý vztahy. Hned jak mi padlo osmnáct, tak jsem se odstěhoval. O mém zdravotním stavu taky nic nevědí a nehodlám na tom nic měnit.*“ Komplikovaný vztah s rodiči má i respondent č. 4, který lituje svého chování před nemocí a má pocit, že svým rodičům zničil život „*Víte, naši to neměli se mnou vůbec jednoduchý, nejdřív to s těma drogama, bral jsem jim peníze a tak. A oni za mnou vždycky stáli. Tolik jsem jim ublížil a oni mi teď tolik pomáhají: zařídit doktory, důchod a ták.*“

U osob se schizofrenní poruchou je bohužel často přítomný strach a neschopnost navázat dlouhodobý partnerský či manželský vztah. Průběh a okolnosti schizofrenie často naruší soužití tak, že dojde k ukončení vztahu ať ze strany nemocného či jeho partnera. Navázat vztah s novým partnerem může být pro člověka s duševním onemocněním natolik obtížné, že zůstávají svobodní, i když si přejí být ve vztahu. Toto tvrzení potvrdila i respondentka č. 5, která v rozhovoru uvedla, že by si moc přála najít si partnera a založit si rodinu, zároveň ale cítí velký strach: „*Dost mě stresuje to, jak jsou teď všechny holky kolem těhotné, nebo mají malé děti. Strašně bych si přála mít jednu rodinu, ale jak si mám najít partnera? I když už to s někým vypadá nadějně, tak jakmile se dozví, že mám schizofrenii, tak se už neozve. A i kdybych si někoho našla, nechci, aby si moje děti musely projít tím co já.*“ Jediným respondentem, který je nyní ve vztahu, je respondent č. 6. Ale i ten uvedl, že schizofrenie jeho vztah ovlivnila negativním způsobem a velice s partnerkou uvažují nad tím, zda je vhodné, aby měli v budoucnu děti.

Účinným nástrojem pro zotavení v oblasti vztahů je využití odborné pomoci a aktivit zaměřených na podporu komunikace. Vliv psychoterapie na zotavení v oblasti vztahů zmínili i respondenti. Příkladem je osobní zkušenost respondenta č. 3 a č. 4, jejichž

absolvování rodinné terapie upevnilo vztah mezi nimi a jejich příbuznými. Respondentka č. 3 uvedla že, *„Moje máma a ségra se několikrát zúčastnili sezení s mým psychiatrem. Pomohl nám, aby jsme si začaly aspoň trochu rozumět, na sezení jsme si dokázaly říct, s čím si procházíme, čeho se nejvíc bojíme a proč se chováme tak, jak se chováme, a toho jsme nebyly doma schopný.“*

Respondent č. 4 využil rodinnou terapii při upevňování svého vztahu s rodiči, přičemž předmětem jejího řešení byli výčitky svědomí respondenta, který byl přesvědčen, že svým rodičům jeho slovy „zničil život“.

Ne všichni se ale rozhodli využít služby psychiatra či psychologa pro pokus o napravení vztahu s rodiči. Respondent č. 6 vnímá svůj vztah s rodiči natolik narušený, že nevidí žádnou naději na zlepšení a ani necítí potřebu kontakt obnovit. Zároveň ale využil párovou terapii při snaze o upevnění vztahu se svoji přítelkyní *„Přítelkyně se mnou byla u mého psychiatra ještě před tím, než mě propustili z psychiatrie, bavili jsme se hlavně o tom, jak to bude po návratu, co se musí změnit a tak...a taky s ním párkrát mluvila sama, ale nikdy mi neřekla podrobnosti o čem.“*

Dalším prvkem podporujícím úspěšnost procesu recovery je **získání přátel a známých s podobnou zkušeností**. Sdílení pocitů s lidmi, kteří mají podobnou či stejnou zkušenost napomáhá jak při smíření se s nemocí, tak i s motivací k léčbě a vírou k uzdravení, která je nezbytnou součástí náročné cesty k zotavení.

Není důležité, zda se jedná o člověka, se kterým se nemocný potká například náhodou na skupinové terapii, nebo o skutečného peer konzultanta, důležité je vytvoření pozitivního a rovnocenného vztahu s člověkem, u kterého najde pochopení.

Takovým člověkem se snaží být i respondent č. 1, který měl blízkého člověka ve svém strýci. *„I přes to, že mám úplně skvělou rodinu, která mi se vším pomáhá, nejbližším člověkem mi byl, je a asi i bude můj strejda. Tím, že on má zkušenost se schizofrenií, mohl jsem s ním sdílet svoje problémy a věděl jsem, že on ví, jaký to doopravdy je... A jak jsem já měl svého strýce, chci, abych mohl být já a můj příběh někomu ku prospěchu, proto dělám peer konzultanta, aby bylo, jak se říká všechno zlé, je pro něco dobré.“* Na pozici peer konzultanta pracuje druhým rokem také respondent č. 2, který uvádí, že je rád, že i přes to, že sám bojuje s takovým onemocněním, může být nápomocen jinému člověku.

Služby peer konzultanta využívá i respondent č. 4, který v něm vidí blízkého

kamaráda, se kterým si může popovídat potom, co ho jeho bývalí přátelé opustili: „*Když se moji bývalí kamarádi dozvěděli diagnózu, dali ode mě ruce pryč, báli se, že jsem pro ně nebezpečný. Víte, je to dost postavený na hlavu...věděli, že mám nějaký psychický problémy, ale přisuzovali to asi drogám a někteří z nich je brali taky, ale jakmile se dozvěděli o schizofrenii, prostě jsem pro ně přestal existovat. Myslí si, že jim můžu ublížit, neberou v potaz, že jí je několik druhů (pozn. schizofrenie) a nejsem agresivní. Prostě vůbec neví, co je to za nemoc“.*

Dalším podporujícím aspektem je motivací k dosažení stanoveného cíle zotavení v oblasti vztahů. Zatím co respondentka č. 5 spojuje svůj cíl s přáním najít si partnera „*Vytyčila jsem si cíl, že si najdu partnera, který mě nebude odsuzovat a přijme mě i s touto diagnózou.*“ Respondentka č. 3 uvádí, že „*V oblasti rodinných vztahů je můj každodenní cíl přežít do dalšího dne.*“ Respondent č. 6 vidí svůj cíl v udržení svého nynějšího vztahu.

VO3 Proces zotavení v pracovní oblasti

Cílem třetí výzkumné otázky je zjištění a popis procesu zotavení v oblasti práce. Diplomová práce se zde zaměřuje zejména na vliv schizofrenie na pracovní kariéru respondentů, překážky, se kterými se potýkají v rámci své cesty k zotavení, a zjištění, zda se snaží do pracovního procesu navrátit.

Dle zákona o zaměstnanosti (zákon č. 435/2004 Sb. Zákon o zaměstnanosti), má každá osoba se zdravotním postižením právo sociální rehabilitaci. Z důvodu poměrně rozšířené představy o rizicích a nebezpečích plynoucí se zaměstnávání osob s duševní poruchou, jsou tito lidé častěji vystavováni stigmatizaci a diskriminaci na trhu práce. Podle platné legislativy ale mají nárok na zaměstnání (pokud sami chtějí), a to i přes specifické potřeby a zacházení, vycházející z jejich nemoci a změněné pracovní schopnosti. Bohužel, neexistuje žádný zákon, který by upravoval, za jakých podmínek by měl být člověk se schizofrenní poruchou zaměstnáván, aby pracovní činnost splňovala jeho specifické potřeby.

Kvůli strachu ze stigmatizace a reakce pracovního kolektivu často dohází k situaci, že nemocný nesdělí svoji diagnózu zaměstnavateli, u kterého se o pracovní místo uchází (podle zákona o zaměstnanosti nemá zaměstnavatel oprávnění se dotazovat na diagnózu svého zaměstnance) a vystavuje se tak vysokému riziku zhoršení zdravotního stavu, protože zaměstnání kromě výhod s sebou přináší i stres, jenž může zapříčinit návrat akutní

fáze nemoci.

To, že schizofrenie velkou mírou ovlivňuje pracovní oblast, potvrzují i respondenti. Z rozhovorů vyšlo najevo, že u každého respondenta, došlo ke změně ve výkonu svého zaměstnání (také studia či brigád) v návaznosti na jejich onemocnění.

U respondenta č. 1 došlo ke změně v oblasti studia, kdy byl nucen vzhledem ke svému zdravotnímu stavu přerušit studium na SŠ „*Na střední jsem chodil na průmyslovku do Třebíče, první dva roky jsem to zvládal v pohodě, tak dvojky, trojky, ve třetáku už to bylo horší, často jsme s klukama chodili místo do školy do hospody, pak to šlo samozřejmě do kopru. Začala se u mě projevovat prvně paranoia, měl jsem za to, že se o mě všichni furt baví, pak se přidaly halucinace a bludy a byl jsem pak hospitalizovaný v nemocnici. Školu jsem měl přerušenu na dva roky, pak jsem opakoval třeták a čtvrták s individuálním plánem, nakonec jsem si ale maturitu dodělal, za to jsem moc rád.*“ S přerušением studia má zkušenost i respondent č. 2, u kterého se začaly projevovat první příznaky během studia na VŠ. Během studia brigádně pracoval jako IT pracovník, čehož musel po vypuknutí zanechat.

V pracovní neschopnosti se dlouhodobě ocitla respondentka č. 5, která pracovala jako osobní asistentka a zároveň dálkově studovala speciální pedagogiku na VŠ v Brně. „*Po ukončení střední školy jsem začala pracovat jako osobní asistentka v jedné kanceláři, po roce jsem se rozhodla, že si udělám dálkově speciální pedagogiku, nakonec to ale nedopadlo...asi rok jsem byla na nemocenské a studium jsem ukončila.*“ I respondent č. 6 strávil v pracovní neschopnosti dlouhou dobu „*potom co mě z práce odvezly do nemocnice, už jsem od té doby v práci nebyl, prvně jsem byl dlouho na neschopence a pak jsem dostal invalidní důchod.*“ Respondent č. 4 byl v době propuknutí nemoci veden na ÚP.

Za důležitý milník v procesu zotavení je respondenty vnímáno přiznání invalidního důchodu, který jim poskytuje pocit jistoty a zmírňuje stres spojený s nedostatkem financí. Respondent č. 1 a č. 6 uvádí přiznání invalidního důchodu do souvislosti s existenční jistotou: „*nemusím se bát, že nebudu mít na nájem*“, „*je to pro mě jistota, když vím, že k 15.týmu budu mít peníze na účtě.*“ Dotazovaná č. 5 spojuje svůj invalidní důchod s vytvářením finanční rezervy „*U mých rodičů mi celý invalidní důchod zůstával, takže jsem si ho mohla šetřit.*“ Respondent č. 2 vnímal uznání invalidního důchodu také v souvislosti ztráty důležité role a hodnot „*Když mi přiznali invalidní důchod, byl jsem samozřejmě rád, ale taky jsem uvědomil, že se mění moje postavení a nejvíc mě asi mrzí, že*

jsem nenaplnil očekávání jak moje, tak i ostatních. Vždycky jsem si myslel, že až dostuduju vysokou, najdu si nějakou dobře placenou práci a budu tak nějak prospěšnej společnosti. Ale teď jsem najednou ten, co je závislý na pomoci od státu...takhle jsem si úplně svůj život nepředstavoval.“

Velkou překážkou na cestě k zotavení v oblasti práce je strach ze stresu plynoucího ze zaměstnání a návratu akutní fáze emoci. Z jedné strany je návrat do pracovního procesu důležitým krokem pro zotavení, na stranu druhou s sebou může přinést i velkou zátěž, čehož se obává i respondent č. 4. *„O hledání zaměstnání nebo aspoň brigády jsem uvažoval, ale dost se bojím toho, že návrat do práce může být spouštěč, kterej zase přivolá další problémy. Myslím tím ten stres a všechno kolem, že to zase rozjede tu nemoc. A taky nevím, jestli bych to zvládal fyzicky, občas jsem tak unavenej, že celý den prospím.“* a respondentka č. 3, která uvedla, že jí její zdravotní stav nedovoluje najít si práci a navíc je přesvědčená, že jí nikde s její diagnózou nevezmou *„Moje známá, co trpí paranoidní schizofrenií hledala práci a když řeka, jakou nemocí trpí, vždycky řekli že se jí ozvou a pak nic, byla z toho hrozně zdeptaná, pak se jí sice podařila najít nějaká brigáda, ale chovali se k ní hnusně, tak to ukončila a pochybuju, že by to u mě bylo lepší“*. Naopak respondent č. 1 vnímá návrat do zaměstnání jako velký krok k uzdravení *„Už jen to, že jsem zvládl školení na peer konzultanta mi hrozně pomohlo zvýšit sebevědomí a když jsem pak vykládal svůj příběh a viděl jsem, že to ostatním dává naději v uzdravení, to byl prostě...jak bych to řekl...tak krásnej pocit.“* Druhý respondent uvádí pozitivní vliv vykonávání peer konzultací v souvislosti s úzdavou jeho vlastního psychického stavu *„když s těmi lidmi mluvím, občas se dostaneme k tématu, které je pro mě samotného ještě nevyřešené, tak jak si o tom povídáme, je to vlastně taková terapie i pro mě.“*

Respondentka č. 5 vnímá nástup do práce pozitivně a ve spojitosti s pravidelným režimem. *„Když jsem nastoupila na částečný úvazek do kavárny, měla jsem s vedoucí domluvené jen ranní směny. Líbí se mi, že mám pravidelnej režim. Občas se mi sice nechce třeba vstávat na sedmou, ale ten režim je pro mě moc důležitěj, nemohla bych jen tak sedět doma den co den, nudila bych se a pak by se to jen všechno zhoršovalo. A navíc je to přivýdělek k důchodu, takže se nemám špatně.“*, zároveň ale uvedla, že má i negativní zkušenosti s hledáním práce a z minulých zaměstnání *„Kvůli lékům a jejím vedlejším účinkům jsem byla z některých pozic propuštěná, někde mě vůbec nepřijali, když se dozvěděli o mé nemoci nebo mi nebyla svěřena taková zodpovědnost jako jiným kolegyním...až teď mám práci, kde jsem spokojená.“*

Z rozhovorů vyplynulo, že respondenti 1, 2 a 5 sami sebe vnímají jako součást pracovního procesu, a pozorují pozitivní vliv práce na jejich zotavení. Dotazovaný č. 6 se snaží zařadit do pracovního procesu, ale se zatím se mu nepodařilo najít vhodnou práci „*V poslední době se snažím najít si nějakou brigádu, zatím se tvářili, že by mě vzali v jednom supermarketu jako hlídače, ale chtějí na plný úvazek a do toho se mi moc nechce, víte, celý den stát na nohách a těch lidí kolem, nevím, jestli by mě to moc nestresovalo. Takže zatím jsem doma v důchodu, ale snad se mi podaří najít si něco na pár hodin denně.*“

Respondenti č. 3 a 4 aktivně nevyhledávají zaměstnání. Do budoucna si ale dotazovaná č. 3 stanovila cíl „*Mým cílem je neskončit jen na podpoře a dělat práci, která mě aspoň trochu baví.*“ Respondent č. 4 uvedl spíše přání do budoucna ve spojitosti s výkonem práce peer konzultanta „*Já bych si přál třeba za pár let pracovat jako peer, jako Jarda, líbí se mi, že využívá svoje problémy k tomu, aby pomohl jiným, ale na to ještě nejsem připravený, čeká mě hodně práce.*“

VO4 Proces zotavení v oblasti bydlení

Cílem čtvrté výzkumné otázky je zjištění a popis procesu zotavení v oblasti bydlení. Práce se zde zaměřuje především na změny v bytové situaci vzniklé v souvislosti s duševní poruchou, na naplňování podmínek a potřeb spojené s bydlením a v neposlední řadě na cíle, kterých by respondenti rádi dosáhli na své cestě k zotavení.

Už víme, že se lidé na počátku svého onemocnění ocitnou v tak vážném stavu, že je hospitalizace téměř nevyhnutelná. Dávka pobytu v léčebném zařízení je individuální a může trvat od několika týdnů po měsíce i roky. Je nezbytné, aby ještě před ukončením pobytu měl klient zajištěné následné ubytování. Lze říci, že **cesta k zotavení v oblasti bydlení je započata už v době před propuštěním z ústavní léčby.**

Na tomto faktu se shodli i respondenti, jež ve svých příbězích uváděli, že se před ukončením léčby rozhodovali, kam budou směřovat jejich kroky po propuštění. Vyšlo najevo, že případný návrat do prostředí, ve kterém žili před nástupem nemoci, byl často doprovázen obavami a do značné míry i **stigmatizací duševní poruchy.**

Respondent č. 1 uvedl, že už od doby, kdy se začalo mluvit o jeho propuštění, se chtěl vrátit domů ke svým rodičům. Rodiče i další členové rodiny toto rozhodnutí uvítali, ale jeho návrat byl doprovázen nevolí ze strany některých občanů obce, ve které žil: „*Než*

jsem se vrátit domů z psychiatrie, pamatuju si, že někteří sousedé byli hodně proti, když byl brácha na nějakým plese u nás na vsi, dostal se tam s někým do potyčky, říkali že jako schizofrenik jsem nebezpečný a někomu ublížím a že bych měl bejt zavřenej někde v ústavu...víte to jsou ty malý vesnice, kdyby to bylo ve městě, tak se to tam ani nikdo nedozví, ale na vesnici se všechno hned roznese.“ Podobnou zkušenost má i respondentka č. 3, kterou vnímali obyvatelé panelového domu, ve kterém s rodinou žije, jako nebezpečnou. *„Když jsem se vrátila domů, pomlouvala mě jedna ženská od nás z patra, ale do očí mi nikdy nic neřekla. Všem říkala, že můžu někoho zabít a že jsem nebezpečná.“*

Po propuštění se nejdříve vrátili zpět k rodině i respondent č. 2 a respondentka č. 5. Respondent č. 6 se vrátil zpět ke své přítelkyni a také potvrdil obavy ohledně následného soužití *„Myslím, že jsme se oba bály toho, jak bude naše společný bydlení dál probíhat, jak to budu zvládat a taky jsme měli dost problému s placením nájmu a tak, když jsem nechodil do práce.“* Jediným respondentem, který využil po propuštění s psychiatrické léčby další soc. služby, byl respondent č. 4. *„Když mě propustili, soc. pracovnice mi pomohla sehnat místo v chráněném bydlení, kde jsem byl asi rok a něco, pak se zhoršil zdravotní stav mého táty, ubývaly mu síly, tak jsem se vrátil zpět k našim, abych jim aspoň trochu pomohl.“*

Během rozhovorů na téma zotavení v oblasti bydlení byl příkládán velký důraz na **téma osvojování dovedností v péči o vlastní osobu a téma samostatnosti**. Respondenti vnímali návrat z léčebných zařízení (k rodině a do chráněného bydlení) jako tzv. mezistupeň k tomu, aby se mohli osamostatnit a vést svobodný a plnohodnotný život. Respondent č. 2 vidí toto období, jako *„Krok k tomu, abych se znovu naučil samostatnosti, jako obstarávat nákupy, uklízet, prát vařit a tak.“* Respondent č. 1 také hodnotí návrat k rodičům pozitivně a klade zřetel na obnovu samostatnosti a obnovu odpovědnosti sám za sebe: *„Návrat k rodičům byl první krok k tomu, abych se postavil na vlastní nohy, nevěřím tomu, že bych hned po návratu zvládl bydlet někde sám a o všechno se starat, takhle jsem pomalu začínal přebírat zodpovědnost, krok po kroku.“* Naopak respondentka č. 3 vnímá návrat k rodině jako nutnost, protože se neměla kam jinač vrátit a nechce využít jinou pobytovou službu: *„Po propuštění jsem se vrátila zpátky k mámě a sestře, nejradši bych bydlela někde sama, ale to zatím asi bohužel nehrozí. Na vlastní bydlení nemám dost peněz a do žádnýho spolubydlení nebo chráněnýho bydlení nechci!“*

Dalším důležitým aspektem ovlivňující zotavení v oblasti bydlení jsou **finance**. Respondentka č. 5 uvedla, že díky návratu k rodičům si mohla našetřit peníze *„aby se mohla postavit na vlastní nohy“*. Respondent č. 6 se s přítelkyní společně kvůli finanční

situaci přestěhoval do menšího a levnějšího bytu „*Když jsme se přestěhovaly do menšího, vyházely jsme pak líp s penězma, co přítelkyně vydělala v práci. Než jsem dostal invalidní důchod, byl jsem bez peněz, jen na neschopence, ona táhla nájem, kupovala jídlo, vlastně všechno. Ale od doby, co mám důchod, tak je to o dost lepší, pokryje to aspoň ty běžný náklady.*“

Z rozhovorů vyplynulo, že cesta k zotavení v oblasti bydlení je doprovázena dalšími procesy a úspěšnost je ovlivněna mnoha faktory. Zplnomocňování, posilování silných stránek, finance a podpora rodiny je dobrým startem pro naplnění stanovených cílů. Ačkoli má každý respondent jiné zázemí a startovací podmínky, jejich společným cílem je zvládnutí zajištění chodu domácnosti a vlastní bydlení.

Respondent č. 1 vnímá svoji cestu k zotavení v oblasti bydlení za naplněnou. Péči o domácnost zvládá samostatně, bez větší podpory blízkých „*Už druhým rokem bydlím na chalupě svého známého, domek mám od něj pronajatý. Starat se o domácnost je sice náročný a práce kolem baráku je vždycky dost, ale jsem moc rád, že mi to nabídl. Když jsem se odstěhoval od rodičů, hodně mi to pomohlo, cítil jsem zase jako dospělej a samostatnej člověk. A třeba si časem najdu nějakou holku, tak tak nebudu bydlet sám a třeba mi i s něčím v domácnosti pomůže (pozn. smích).*“

Respondent č. 2 se také považuje za zotaveného v oblasti bydlení. „*Mým cílem bylo najít si vlastní byt, což se splnilo. Nejdřív jsem bydlel asi půl roku v rámci spolubydlení s kamarádem z centra, pak jsem si našel malou garsonku tady v Brně. Už to bude rok, co tu bydlím, máma za mnou často jezdí a kontroluje mě, taky mi vypomáhá s úklidem a tak, to víte, maminka, ale zvládám to v pohodě i sám.*“

Respondentka č. 3 touží po větší nezávislosti. „*Kdybych mohla bydlet někde o samotě, myslím, že by se mi ulevilo, nebyla bych tak pod matčinou kontrolou a mohla bych si dělat věci po svém.*“ Čtvrtý respondent by také měl jednu svoji domácnost, ale aktuálně nemá v plánu svoji situaci nijak měnit „*Myslím, že moje situace ohledně bydlení se v nejbližší době měnit nebude. Bydlím s našima, snažím se jim pomáhat, co můžu. A taky je to dobré i pro mě, z invalidního důchodu by se mi těžko táhl byt, a u našich nájem platit nemusím, bydlíme v rodinném domě. Takže teď je to tak. Možná budu moc v budoucnu pracovat a najdu si vlastní byt, ale zatím je to, tak jak to je.*“

Respondentka č. 5 má stanovený jasný cíl a to najít si spolubydlení, na jehož

naplnění právě teď aktivně pracuje. *„Já mám teď někdy příští týden podepisovat smlouvu s nájemcem. Já a jedna moje kamarádka jsme si našli bydlení, ještě se doladují nějaký detaily ohledně služeb, které budeme využívat a taky si stanovujeme nějaký pravidla, abychom se pak zbytečně nedostávaly do konfliktu. Takže jestli to všechno klapne, už se brzy budu stěhovat.“* Cílem respondenta č. 6 je najít si s přítelkyní větší bydlení, kde by měli více místa a prostoru a především zázemí pro rodinu. *„Přítelkyně by si přála rodinu, tak by bylo nejlepší, abysme bydleli ve větším bytě, kde by bylo víc místa, takže to je můj takový cíl, přestěhovat se do většího.“*

VO5 Proces zotavení ve spirituální oblasti

Cílem páté výzkumné otázky je zjištění a popis vlivu spirituality na zotavení. Práce se zde zabývá tím, zda jsou respondenti věřící, jestli došlo ke změně ve spirituální oblasti člověka po stanovení diagnózy, a zjištěním, jaký má víra vliv na proces zotavení.

Každé vážné onemocnění ať fyzické či duševní, je velkým zásahem do lidské integrity. Nemoc doslova potlačí běžné fungování ve většině oblastí života, ať se jedná o vztahy, pracovní činnost, volnočasové aktivity nebo zajištění chodu domácnosti (nebo jiné) a člověk se tak ocitá v těžké životní situaci. A právě v těžkých chvílích člověk vystavuje svoji víru zkoušce. Čím větší cítí bezmoc, tím více se do své víry ponoří, hledá v ní útěchu a nachází v ní jakýsi smysl, zároveň ale může lidské utrpení způsobit, že člověk víru ztratí a může se jednat o víru v sebe, v Boha či cokoli jiného, do čeho svou víru vkládá.

Z rozhovoru vyšlo najevo, že respondenti vůči víře zastávají tři různá stanoviska. Dotazovaní č. 2 a č. 5 uznávají vyznání křesťanské víry. Respondentka č. 5 na otázku, zda je věřící, odpověděla: *„Ano, jsem věřící a praktikující křesťanka. Věřím v Boha a pocházím ze silně věřící rodiny“*. I respondent č. 2 uvedl, že pochází z křesťanské rodiny *„Já jsem věřící, k náboženství a víře v Boha mě vedla rodina už od mládí, jsem také pokřtěný.“* Respondent č. 4 má věřící rodiče, sám si ale není jistý svou vírou. Respondentka č. 3 se považuje za ateistku, náboženství i víru v Boha odmítá *„Já věřící fakt nejsem, vlastně mi to přijde jako jeden velkej nesmysl, jak může někdo věřit, že všechno stvořil Bůh a rozhoduje o tom, co se nám stane? Ale zase si říkám, že to je každého věc, já v to prostě nevěřím.“* Respondent č. 1 se za věřícího považuje, ale nezastává žádnou konkrétní víru *„Víte, já nemůžu o sobě říct, že jsem křesťan, věřím v Boha a tak. Já prostě věřím, že má něco vyšší moc, že jsme tu z nějakýho důvodu, ale dokážu pojmenovat, co to je.“* Ani respondent č. 6 nezastává žádnou konkrétní víru, zároveň ale věří, že existuje *„něco mezi nebem zemí, co*

nemůžeme ovlivnit...třeba že máme každé svůj osud a ten nemůžeme změnit“.

Během rozhovoru bylo zjišťováno, zda stanovení diagnózy schizofrenní poruchy mělo vliv na spiritualitu dotazovaných. Svým tvrzením potvrdili, že potom, co byli vystaveni diagnóze schizofrenie, jejich víra byla vystavena velké zkoušce. Respondentka č. 5 nejprve vnímala nemoc jako trest a částečně i nespravedlnost *„Nejdřív jsem si myslela, že mě Bůh trestá za hříchy, zároveň jsem ale pochybovala, protože jsem podle mě neudělala nic tak hrozného, aby mě tak potrestal, postupem se člověk s tím smíruje a přemýšlí proč zrovna on, jaký to má smysl nebo jestli je to zkouška. Nakonec jsem to ale přijala jako Boží vůli a s tím nemůžu nic udělat. Ještě si myslím, že Bůh věří, že to zvládnou, kdybych to nemohla zvládnout, nebyla bych tomu vystavena.“* I respondent č. 2 vnímal svoji nemoc jako trest a od víry se odvracel. *„Nechápal jsem proč zrovna já, co jsem komu udělal. Vnímám to jako jednu velkou nespravedlnost...pak jsem si ale uvědomil, že takhle to v životě nefunguje a začal jsem k Bohu znovu obracet s prosbou o pomoc a sílu, abych s tím mohl bojovat.“*

Respondent č. 1 vnímá svoji diagnózu jako začátek, kdy se začal více zajímat o svůj duševní život *„víte, hlavně když jsem byl sám, hodně jsem přemýšlel o tom, že se dějou věci, o kterých nemáme ani tušení a který nemáme šanci ovlivnit. Jasně, vím, že schizofrenie je prostě nemoc, která má svoje příčiny a tak, a mám genetickou zátěž a to je asi příčina, proč to mám, ale stejně jsem začal věřit, že to tak prostě má být, že je to můj osud nebo tak něco.“* Dotazovaní č. 3 a č. 4 nevnímají žádnou změnu v jejich spiritualitě a duchovním životě *„u mě to je stejný jako předtím, věřící jsem nebyla a nejsem ani nyní“* nebo aspoň žádnou zásadní změnou neprošli *„možná, že jsem nad tím chvíli přemýšlel, jako proč je to tak, jak to je, ale žádná změna v tomhle ohledu u mě nenastala.“*

Respondent č. 6 spojuje svoji diagnózu a spiritualitu s nalezením rovnováhy *„Myslím, že to, čím vším jsem si musel projít, určitě nějak ovlivnilo, jak říkáte, moji spiritualitu. Pomáhá mi to se s tím smířit a ještě víc se nezbláznit (smích). Ale celkově bych řekl, že všechno zlé je pro něco dobrý...úplně se mi změnil život...bude znít absurdně, ale našel jsem v sobě jakousi rovnováhu, usadil jsem se, uvědomil jsem si, že chci být se svojí přítelkyní a mít rodinu a tak. Na jednu stranu mi schizofrenie zničila život, na druhou mi to i něco dalo, jak já tomu říkám, třeba najít rovnováhu nebo smysl života (smích).“*

Význam spirituality v procesu zotavení potvrdila respondentka č. 5 *„Člověk se může modlit za to, aby to bylo lepší a že to má vyšší smysl.“* Respondent č. 2 vnímá

pozitivní vliv spirituality na jeho cestě k zotavení „*Moje víra mi pomohla především v tom smyslu, že se obracím k Bohu, když mi není dobře, modlím se za to, aby se mi nemoc zase nezhoršila.*“

Skrze rozhovory, se nejvíce prolínalo téma smyslu života, přiblížení se k Bohu a změna hodnot. Zatímco respondenti s křesťanskou vírou popisují svoji nemoc jako nástroj, díky němuž se přiblížili k Bohu „*Když jsem s tou nemocí smířila a začala jsem zase v uvozovkách normálně žít, úplně mě to posunulo, řekla bych, že se má víra znásobila...že jsem blíž k Bohu*“, respondenti bez náboženského vyznání, začali vnímat nové lidské a duchovní hodnoty. Respondent č. 4 si uvědomil význam rodiny a lásky k rodičům „*Je to asi hloupé říkat, ale „díky“ schizofrenii se zlepšili moje vztahy s rodiči. Dřív to mezi námi chvilka skřípalo, to kvůli drogám a tak. Ted' už vím, že to byla největší chyba mého života...ale oni se ted' ke mně chovají moc hezky a já se jim to snažím aspoň trochu vrátit*“.

V závěru rozhovoru byla položena respondentům poslední dodatečná otázka, jejímž cílem bylo zjištění, zda je jejich nemoc ovlivnila nějakým **pozitivním** způsobem. Bylo překvapením, že každý z nich ve svém životě něco našel, níže jsou jejich odpovědi:

Respondent č. 1 „*Já bych řekl, že mě schizofrenie naučila vážit si věcí kolem sebe, dokud je člověk v pohodě, neuvědomuje si, že o všechno může během chvíle přijít a pak už je většinou bohužel pozdě snažit se něco napravit. A u zdraví to platí ze všeho nejvíc*“

Respondent č. 2 „*Jako pozitivní vidím rozhodně to, že jsem se dostal k práci peer konzultanta. Víte, studoval jsem počítače, ale ted' už si nedokážu představit, že u nich celý dny sedím. Takhle pomáhám lidem a navíc mě to moc baví.*“

Respondentka č. 3 „*Mě to asi ovlivnilo můj vztah s matkou a ségrou, je to sice pořád na nic, ale rozhodně se to aspoň trochu zlepšilo.*“

Respondent č. 4 „*U mě je rozhodně pozitivní to, že jsem přestal brát drogy a přestal jsem se stýkat s lidmi, co mě u nich drželi. A taky se nám zlepšili vztahy v rodině.*“

Respondentka č. 5 „*Pozitivního mě ted' nic asi nenapadá...ale vlastně jo, seznámila jsem s lidmi na terapii a taky jak jsme mluvili o tom přiblížení se k Bohu.*“

Respondent č. 6 „*Myslím, že to nakonec upevnilo můj vztah s přítelkyní.*“

4.6. Vyhodnocení výsledků s komentářem

Cílem diplomové práce bylo zjištění a popis toho, jak probíhá proces zotavení ve vybraných oblastech života osoby se schizofrenní poruchou. K naplnění cíle došlo prostřednictvím provedení polostukturovaného rozhovoru s respondenty, tedy s lidmi, jež trpí schizofrenní poruchou a zároveň jejich zdravotní stav je natolik dobrý, aby účast ve výzkumu neohrozila jejich zdraví a léčbu, a zodpovězením výzkumných otázek.

Pro diplomovou práci bylo vybráno 5 oblastí: oblast zdraví, rodinné a partnerské vztahy, práce, bydlení a spiritualita. Vzhledem k tomu, že se jedná o proces zotavení se z nemoci, jednotlivé oblasti jsou propojené a úzce spolu souvisí. Je nutné podotknout, že schizofrenie je onemocnění značně nevyzpytatelné a to, že se člověk považuje za zotaveného v nějaké oblasti, neznamená, že nedojde znovu ke změně či zhoršení stavu.

Za podmínky, že k výpovědím respondentů budu přistupovat jako k celku, lze najít vzorec v tom, jak proces zotavení probíhá – jedná se o cestu charakteristickou s počátkem v chaosu a zmatku směřující k hledání životní rovnováhy a jistoty. Po propuknutí schizofrenie byl jejich život konfrontován velkými změnami, se kterými se postupně s menšími či většími úspěchy vypořádávali a získávali zpět kontrolu nad svým životem.

V rámci následujících kategorií budou propojeny výpovědi respondentů s teoretickými informacemi.

VO1 Jak probíhá proces zotavení v oblasti zdraví?

Když se zeptáte člověka co je to zotavení, většinou ho napadne zotavení ve spojitosti se zdravím. Je pravda, že je lépe představitelné zotavení z fyzické újmy (například zlomenina nohy), o to je ale důležitější šířit povědomost o zotavení z nemoci duševní.

Z výsledků výzkumu je patrné, že ačkoli je cesta k zotavení velice individuální, lze najít ve výpovědích respondentů společné prvky. Prvním krokem k zotavení v oblasti zdraví je hospitalizace v psychiatrickém zařízení. I když je cílem psychiatrické reformy snížit počet dlouhodobě hospitalizovaných, hospitalizace v akutní fázi nemoci je téměř nezbytná. Vzhledem k tomu, že mezi nejčastější příznaky patří mj. halucinace, bludy, zmatené myšlení a řeč, také deprese, je tu zvýšené riziko nebezpečí jak pro člověka samotného, tak i pro jeho okolí.

Během hospitalizace je nasazena farmakologická léčba – antipsychotika, které účinně potlačují zejména pozitivní příznaky. S postupným vývojem léků, dochází k zvládnutí i příznaků negativních. Nalezení a nasazení vhodné medikace urychluje proces zotavení a napomáhá k zvládnutí akutních i negativních příznaků, jež omezují pacientův běžný život. Toto potvrzuje ve svém výzkumu i Holoubková (2017, str. 68), která uvedla, že „*nalezení vhodné medikace, která eliminovala výskyt psychotických symptomů, vedlo u respondentů ke zvýšení compliance v léčbě a tím podporovalo proces zotavení*“. S medikací jsou spojené i vedlejší účinky, se kterými se potýkal respondent č. 4. Špatná medikace a vedlejší účinky znemožňovaly jeho návrat do běžného života. Ke stanovení antipsychotik by měl lékař přistupovat u každého pacienta individuálně a zhodnotit všechna rizika. Případné vedlejší účinky lze regulovat snížením dávky či změnou podávaných léků. Kameníková (2015, str. 2) uvádí, že „*Před začátkem léčby antipsychotiky je nutné přesně odlišit modifikovatelné příčiny změn chování pacienta a zvážit rovnováhu mezi benefitem a rizikem aplikovaného léčiva*“. S vedlejšími účinky bojuje i respondent č. 6, jehož přibírání na váze je velmi častým problémem spojeným s užíváním s látkou Clozapin a Olanzapin. Respondenty jsou vedlejší účinky subjektivně vnímány jako efekt, který má za následek snižování kvality života.

Dalším krokem podporující proces zotavení je absolvování nefarmakologické léčby. Respondenti přikládají pozitivní vliv na zotavení zejména konzultacím s psychiatrií a terapiím zaměřených na posilování silných stránek, sociálního začleňování a rehabilitaci. MUDr. Hejzlar (2009) ve svém článku uvedl, že „*sami odborníci, ať už psychiatři nebo zástupci sociálních služeb, kladou důraz na propojenost všech segmentů péče, potřebu orientovat služby co nejvíce do přirozeného prostředí pacientů, zdůrazňují význam ambulantní psychiatrické péče, sociální rehabilitace a terapeutického vztahu mezi lékařem a pacientem*“.

Společný prvek lze najít i v cílech, jež si respondenti stanovili v procesu zotavení v oblasti zdraví. Shodli se na tom, že se snaží docílit omezení medikace a přejí si, aby se nemuseli znovu potýkat s akutní formou nemoci. I v práci Evy Holoubkové lze najít tvrzení, že u participantů jejího výzkumu „*byli přítomné obavy z nečekaného zvratu k horšímu*“.

VO2 Jak probíhá proces zotavení v oblasti rodinných a partnerských vztahů?

To, že je první hospitalizace jednou z nejtěžších období života nejen pro člověka

samotného ale i jeho rodinu a ve velké míře ovlivňuje jejich život, potvrdil i výzkum I. Coufalové (2014, str. 32) „*Jakmile duševní nemoc vstoupí do života rodiny a setrvává, pronikne životy všech členů rodiny, kteří mají svou minulost i budoucnost se svými plány, nadějemi, sny*“.

Prvním krokem k zotavení v oblasti rodinných a partnerských vztahů je předání informací o nemoci nejen nemocnému ale i jeho rodině. Důležité je poskytnout dostatek času pro to, aby si mohli projít různými fázemi smíření. Během první fáze dochází k odmítání nemoci, pocitu bezmocnosti, zoufalství a úzkosti. Pro další fázi je typické postupné smíření se s nemocí a hledání příčiny, ve třetí fázi je obvyklé hledání pomoci a informací o léčbě. Ve čtvrté fázi dochází ke smíření a vyrovnání se s nemocí.

Procesu zotavení také napomáhá kontakt a komunikace s rodinou a blízkými, ačkoli může být chování člověka se schizofrenií pro okolí nesrozumitelné a může vést jak k cílenému tak nezáměrnému odcizení. Podobné tvrzení uvedla i Coufalová (2014, str. 34) „*Rodina změnu osobnosti svého příslušníka často nezvládá, neumí se k němu chovat, nekomunikuje s ním. Je sice formálně akceptován, ale ve skutečnosti se členové rodiny distancují*“. Bohužel jsou lidé s duševní poruchou často konfrontováni rozpadem partnerských vztahů, což může mít za následek akutní zhoršení zdravotního stavu a negativně ovlivnit celý proces zotavení. Stejnou zkušenost má i respondentka č. 5, kterou partner opustil v době, kdy byla hospitalizovaná na psychiatrickém oddělení.

Účinným prostředkem pro zotavení v oblasti vztahů je využití odborné pomoci a aktivit zaměřených na podporu komunikace v rodině. Rodinná terapie napomáhá k upevnění vztahů nemocného člověka s jeho rodinou, zaměřuje se na vzájemné pochopení pocitů a obav. Kratochvíl (2006, str. 256) uvedl o rodinné terapii toto „*Vede členy k poznání vzorců v komunikaci, k vyjádření skutečných pocitů a respektování pocitů druhého. Využívá pohledu do očí, doteků a dalších neverbálních prostředků. Podtrhuje projevení potřeby lásky i vyjádření lásky, vřelosti a zájmu o druhého*“.

Pozitivní vliv na proces zotavení může mít i využití služeb peer konzultanta a přátelství s osobami s podobnou zkušeností. Sdílení a pocit sounáležitosti napomáhá k smíření a dosažení zotavení. Obdobný názor má i Peštová (2017, str. 38), která uvedla, že „*Peer podpora je charakteristická svým vzájemným, nehierarchickým způsobem bytí s druhými lidmi, kteří bojují nebo bojovali s něčím podobným. Dochází v ní ke kombinaci instrumentální a sociálně emocionální podpory, která je vzájemně nabízena nebo*

poskytována osobami, které mají předpoklad (zkušenost) duševního onemocnění a sdílejí ji s lidmi s obdobným předpokladem, aby se vyvolala požadována sociální nebo osobní změna.“

VO3 Proces zotavení v pracovní oblasti

Při návratu na pracovní trh se lidé s duševní poruchou setkávají s mnoha překážkami. Může se jednat jak o problémy ze strany člověka samotného, který se potýká např. s únavou, nízkým stupněm vzdělání, sníženou sebedůvěrou, obavami ze stresu plynoucího ze zaměstnání atd. tak i zaměstnavatele. Znevýhodnění v pracovní oblasti mívá pro člověka vážné následky a vyvolávají pocit neužitečnosti, apatie či izolace. Autoři Waghorn a Loyd (2005) vnímají nezaměstnanost osob s duševní poruchou jako „*obecně negativním fenoménem, který má řadu záporných dopadů na osoby s duševním onemocněním, včetně ztráty vlastního smyslu a užitečnosti, struktury, rolí, statusu a pocitu identity, který práce přináší.*“

Při projevu příznaků schizofrenie se nemocní dostávají do situace, kdy nejsou schopni nadále vykonávat svoji profesi nebo studijní povinnosti, což přináší dlouhodobou pracovní neschopnost a s ní spojené finanční potíže. Většina osob s duševní poruchou se tak stává poživateli invalidního důchodu.

Přiznání invalidního důchodu je respondenty vnímán jako důležitý mezník v procesu zotavení. Pocit jistoty, kterou pravidelný příjem poskytuje, pomáhá zajistit základní potřeby. Respondent č. 6 uvedl, že invalidní důchod pomáhá překonat finanční potíže spojené se ztrátou zaměstnání.

Rozdílný názor panuje mezi dotazovanými ohledně návratu do zaměstnání. Respondent č. 4 se obává stresu, který návrat do pracovního procesu přináší a zhoršení zdravotního stavu, jež může velký stres zapříčinit. Naopak respondent č. 1 vnímá návrat do zaměstnání jako nástroj sloužící k znovu začlenění do společnosti a posílení jeho kompetencí. Toto potvrzuje i teze Centra pro rozvoj duševního zdraví (2013), jež vnímá návrat do zaměstnání jako podmínku k zotavení a nalezení smysluplné životní role.

Vzhledem k tomu, že práce je základní lidskou potřebou a každý občan má legislativou zajištěno právo na práci, existuje v ČR několik „*programů na podporu zaměstnávání osob s duševním onemocněním*“. Osoby se schizofrenní poruchou mohou využít tyto programy: pracovní rehabilitace, chráněné pracovní místo, chráněné dílny,

sociálně terapeutické dílny, sociální rehabilitaci, přechodné a podporované zaměstnávání. V rámci výše uvedených programů, mohou uživatelé pracovat s podporou sociálních pracovníků či pracovníků asistentů a trénovat tak schopnosti a dovednosti potřebné k uplatnění na trhu práce.

VO4 Proces zotavení v oblasti bydlení

Oblast bydlení je pro zotavení zcela zásadní. Podmínky, ve kterých duševně nemocný žije, mohou pozitivně ovlivnit jejich léčbu, zároveň ji ale mohou i znehodnotit. Vhodné bydlení napomáhá k naplnění potřeb člověka a naplňování jeho rolí. Schizofrenní porucha může narušit schopnost samostatného bydlení a zvládání péče o vlastní osobu. Ale i v této situaci mohou lidé využít služby zaměřené na jejich podporu a rehabilitaci.

Všichni respondenti se po vypuknutí nemoci ocitli v ústavním zařízení. Ale už tam se museli rozhodnout, kam budou směřovat po jejich propuštění a započali tak svoji cestu k zotavení v oblasti bydlení. Většina respondentů se rozhodla vrátit do svého původního přirozeného prostředí (k rodičům či partnerce). Respondent č. 4 využil služeb chráněného bydlení, kde strávil 1 rok. Návrat do původního bydlení byl dotazovanými vnímán jak tzv. mezikrok, k tomu, aby se mohli osamostatnit a zároveň získali prostor k tréninku a znovu osvojení kompetencí.

Postupné přebírání zodpovědnosti, kompetencí a odpovědností je dalším krokem k zotavení. Význam tohoto procesu zdůraznil ve svém výzkumu i Hansson a kol. (2002), jenž uváděl, že lidé se schizofrenní poruchou, kteří bydleli ve svém bytě a zajišťovali běžné potřeby s bydlením, cítili větší míru zotavení a nezávislosti než ti, jež využívali služeb sociální rehabilitace. I respondent č. 1 uvedl, že doba, kdy se po propuštění vrátil ke svým rodičům, probíhala ve znamení přebírání kontroly a osvojování kompetencí, díky nimž se pak mohl odstěhovat do vlastního bytu.

Velice negativní vliv má na osoby s duševní poruchou stigmatizace, nemocní se často musí potýkat se strachem i nenávisť jejich okolí. Své zkušenosti se stigmatizací má i respondent č. 1 a respondentka č. 3, jejichž okolí je považovalo za nebezpečné osoby. Tyto vzpomínky poukazují na skutečnost, jak nízké mají lidé s duševním onemocněním postavení ve společnosti a jak mediální obraz vykreslující osoby se schizofrenií jako pachatele vážných trestných činů, může překazit jejich cestu k zotavení. Podobný názor zastává i M. Klingerová (2016 str. 20), jež ve své práci uvedla následující tvrzení „*Stigma*

duševní nemoci také vede k posílení příznaků schizofrenie. Snižuje nemocným sebedůvěru, zhoršuje jejich uplatnění na trhu práce a brání jejich návratu do společnosti. Snižuje jejich důvěru v okolí a může napomáhat vztahovačností a perzekučním bludům.“

Zotavení v oblasti bydlení je definováno mnoha procesy, posilování silných stránek, podpora rodiny, trénink schopností a dovedností je jen krátký výčet, jež může úspěšnost člověka podpořit při dosahování jejich cílů. Hlavním cílem respondentů je dosažení co největší nezávislosti a samostatného bydlení.

VO5 Proces zotavení v oblasti spirituality

Vliv spirituality na zotavení je obecně známý a dobře využitelný v terapeutickém procesu. Nesmíme ale zapomenout, že kromě pozitivních účinků může mít i negativní a to u osob se schizofrenní poruchou platí dvojnásob. Halucinace a bludy s transcendentní a spirituální tematikou nejsou výjimkou a víra může (ale nemusí) tento stav ještě posilovat. Pan Jiří Motl (2015, str. 103) ve své práci uvedl konkrétní příklad *„Mějme přitom na paměti to, že většinou spiritualita pacientů obsahuje jak složku, kterou je možno v léčbě využít, tak složku, která léčbu spíše komplikuje...Akcentovány jsou pak takové pasáže z Bible, jako je Matouš 18,9: „Jestliže tě tvé oko svádí k hříchu, vyrvi jej a odhod' pryč; lépe je pro tebe, vyjdeš-li do života jednooký, než abys byl s oběma očima uvržen do ohnivého pekla.“ Pokud věřící pacient trpí nepřiměřenými pocity viny, tak je třeba, aby takovéto aspekty spirituality byly oslabeny. Mělo by se mu připomínat, že ústředním poselstvím křesťanství je odpuštění hříchů.“*

Respondenti v mém výzkumu ale vnímají vliv spirituality na jejich zotavení většinou pozitivně. Až na dotazované č. 3 a č. 4, kteří nepřikládají spiritualitě důležitý význam, jsou si ostatní vědomi určitého posunu v jejich víře. Respondent č. 2 a č. 5 popisovali spiritualitu v souvislosti se svou nábožensko vírou a zdůraznili její vliv na jejich smíření se s nemocí. Zároveň ale zmínili jejich počáteční pocit nespravedlnosti a ohrožení, s čímž spojovali hněv a ztrátu víry v Boha - chápali onemocnění schizofrenií jak trest, postupem času ale došlo k smíření se s nemocí, a jejich víra v Boha se stala silnou zbraní, kterou proti nemoci bojují.

Skrze rozhovory se nejvíce prolínalo téma spirituality v souvislosti se smyslem života, přiblížení se k Bohu a změnou hodnot. Zatímco respondenti s křesťanskou vírou popisují svoji nemoc jako nástroj, díky němuž se přiblížili k Bohu, dotazovaní bez

náboženského vyznání, začali vnímat nové lidské a duchovní hodnoty.

4.7. Diskuze

S přístupem Recovery jsem se poprvé setkala v průběhu mého předchozího studia a už během praxe v Psychiatrické léčebně jsem se rozhodla psát práci na toto téma. Vzhledem k tomu, že se jedná o poměrně mladý myšlenkový směr, čerpala jsem především ze zahraniční literatury a z přesvědčení autora uvedeného přístupu Dr. Marka Raginse, s jehož názorem na práci s osobami s duševním onemocněním se téměř zcela ztotožňuji. Představuje nový přístup k léčbě duševních chorob a následného zotavení, založený na postupném zplnomocňování duševně nemocného, překonávání obtíží plynoucích z nemoci a vytváření nového smyslu života. Klade důraz především na individuální přístup a potřeby člověka, což je dle mého názoru klíčem k uzdravě.

V České republice je Recovery přístup zatím ještě v počátcích. Na rozdíl od západních zemí, je vývoj péče o duševně nemocné osoby teprve na začátku. Ve 20. st. byla u nás hluboce zakořeněna ústavní léčba, jejíž součástí byla silná medikace a lidé např. se schizofrenií (ale i jiné nemoci) byli často odkázáni na pomoc jiných a dalo by se říci i uvržení do ústraní, kde většinou trávili i několik let, někdy i bohužel celý život.

S otevřením hranic a příchodem nového tisíciletí došlo postupně k rozvoji metod a technik práce s klienty a obecně se pomalými kroky začal měnit pohled na duševně nemocné. Bohužel ale tento posun není natolik velký, aby se nemocní nemuseli kromě své choroby potýkat také se stigmatizací a diskriminací. U schizofrenní poruchy toto platí dvojnásob. Mediální obraz schizofrenie je prezentován těmi nejhoršími a dramatickými příběhy lidí, kteří se dopustili například závažných trestných činů, čímž se vytváří cílená nenávisť a strach v celé společnosti. A právě negativním postojem je dle mého názoru ovlivňován a zpomalován rozvoj péče o duševně nemocné a jejich návrat do běžného života.

Z vlastní zkušenosti vím, že výše uvedené tvrzení je pravdivé. Když se u jednoho občana z naší vesnice projevila duševní nemoc a během ataky napadl několik lidí nožem, téměř celá vesnice jeho i zbytek rodiny odsoudila, a i když už od toho incidentu uplynulo několik let, lidé se mu na ulici vyhýbají a odmítají ho mezi sebe přijmout zpět, i když se léčí a není pro okolí nebezpečný. A s tímto, se dle mého názoru potýká mnoho lidí se schizofrenií a i v rámci výzkumu bylo zmíněno, jak negativní vliv může mít okolí na

zotavení jedince.

V rámci své práce jsem popisovala průběh zotavení ve vybraných oblastech života lidí se schizofrenní poruchou, jednalo se o oblast zdraví, rodinných a partnerských vztahů, bydlení, práce a spirituality. V úvodu rozhovoru byla ale respondentům položena otázka, co si podpojmem recovery/zotavení představují. Překvapilo mě, že se nikdo dlouze nerozmýšlel nad odpovědí a celkem jasně a stručně vyjádřili svůj názor. Všichni se shodli na tom, že je to jakýsi proces nebo cesta, která je velice individuální a osobitá, s čímž souhlasí i odborná literatura a výsledky mého výzkumu, zároveň jsem se ale nesetkala se studií, která by popisovala aspekty, jež vedou a upevňují uzdravení a byly by součástí každého procesu zotavení.

Dovolím si tvrdit, že má práce přináší popis společných aspektů, jež mohou pozitivním způsobem ovlivnit proces recovery, i když samozřejmě беру v potaz právě individualitu osob se schizofrenní poruchou a to, že se toto tvrzení potvrdilo v mém výzkumu, neznamená, že všemi kroky projde každá osoba se schizofrenií v rámci své cesty k zotavení. Vždy záleží na konkrétním jedinci a jeho situaci.

Mark Ragins ve své literatuře uvádí, že aby mohl člověk pracovat podle principů přístupu Recovery, musí se přestat zabývat symptomy svých klientů a zaměřit se na jejich život a fungování ve společnosti. S tímto názorem souhlasím, ale jen částečně. Podle mého názoru nelze opomíjet symptomy člověka se schizofrenií, protože jsou i přes léčbu natolik omezující, že ovlivňují každodenní život klienta a musíme k němu přistupovat individuálně a přihlížet právě jeho symptomům, abychom se vyhnuli případnému zlehčování potíží, což by mohlo opět vést k recidivě nemoci. Zároveň ale souhlasím s tím, že je nutné, aby při práci s osobami s duševní nemocí byl kladen větší zřetel na jejich znovu začlenění do společnosti.

Než jsem začala svůj výzkum zpracovávat, nevěřila jsem tomu, že se dá ze schizofrenní poruchy zotavit. Příběhy a názory respondentů mě ale přesvědčily a zaujaly zejména v tom smyslu, že svoji nemoc nevnímají jako diagnózu, ale jak součást sebe sama. Často nyní přemýšlím nad tím, kde se v lidech bere tolik síly, aby začali znovu žít aktivně svůj život a vnímali nemoc „jen jako překážku“ a ne jako středobod svého života, což může být tak vnímáno vzhledem k tomu, že schizofrenie ovlivňuje většinu oblastí života.

Z analýzy dat vzešlo mnoho zajímavých informací, pro mě osobně bylo překvapující, jak moc diagnóza schizofrenní poruchy může ovlivnit rodinné a partnerské vztahy. To, že je nemoc vnímána jako velká zátěž pro celou rodinu, lze očekávat, ale u několika respondentů došlo po propuknutí nemoci k upevnění vztahu s jejich blízkými, což nekorespondovalo s mojí představou před začátkem výzkumu.

Ráda bych zde také uvedla, jak moc se změnil můj pohled na osoby se schizofrenní poruchou a i na přístup k léčbě duševních poruch. Před zahájením praktické části práce, což znamená i před rozhovory s respondenty, jsem pocítovala jisté obavy. Obávala jsem se toho, jak budou respondenti vnímat dotazy na jejich soukromí život a jejich onemocnění, jakým dojmem na ně budu působit a jaké budou jejich reakce. Přiznávám, že i mé představy byly do jisté míry ovlivněny představami a názory okolí. Ale po prvním kontaktu jsem hned pochopila, že se jedná právě o domněnky vytvořené v souvislosti s tím, v jakém prostředí se pohybují a jak mé okolí vnímá osoby s duševní poruchou.

Dříve jsem si myslela, že lidé se schizofrenií mají své specifické chování, kvůli kterému dochází k jejich nálepkování a škatulkování a jejich reakce bývají přehnané a nevyzpytatelné. Ale po setkání s respondenty jsem si naštěstí uvědomila, že tomu tak vždy není a záleží opravdu na projevu každého jedince a také na tom, jak on sám chce, aby na něj bylo nahlíženo. Ať už je člověk zdravý nebo trpí nějakou duševní nemocí, má do jisté míry schopnost zaujmout určitý postoj k sobě i své nemoci.

A právě tohle je také dle mého názoru jeden z aspektů zotavení, a záleží na každém, jakou roli chce v životě zastávat. Nikdo nemůže nikoho donutit, aby aktivně začal pracovat na své úpravě a neuzavřel se v pocitu, že je nemocný a vždy to tak bude. A právě díky svým respondentům jsem si uvědomila, že velký podíl na zotavení má u člověka se schizofrenní poruchou jeho přístup k sobě samému a jeho nemoci - a za to jsem velice vděčná, protože z hlediska soc. pracovníka, jenž pracuje s lidmi s duševním onemocněním, je toto důležitý poznatek i pro prevenci syndromu vyhoření a jeho vlastního zdraví.

Závěrem bych chtěla podotknout, že mě zpracování mé práce ujistilo v tom, že se chci tímto tématem zabývat i v budoucnu a právě osoby s duševní poruchou jsou cílovou skupinou, se kterou chci pracovat.

Závěr

Předložená diplomová práce se zabývala zjištěním a popisem procesu recovery u osob se schizofrenní poruchou. Cílem bylo přiblížit čtenářům osobní a individuální cesty k zotavení se zaměřením na oblast zdraví, rodinných a partnerských vztahů, práce, bydlení a spirituality.

Teoretická část se zaměřovala na uvedení do tematiky schizofrenie, peer programů, stigmatizace a Recovery přístupu. V praktické části byl využit v rámci kvalitativního výzkumu polostrukturovaný rozhovor, jehož cílem bylo přinést a představit osobní a autentické příběhy lidí se schizofrenní poruchou a jejich cestu k zotavení.

Prostřednictvím analýzy dat získaných z rozhovorů byly definovány důležité aspekty vedoucí k zotavení ve vybraných oblastech, čímž došlo k zodpovězení výzkumných otázek.

Výzkumná otázka č. 1 se zabývala procesem zotavení v oblasti zdraví. Z analýzy dat je zřejmé, že ačkoli je cesta k zotavení velice individuální, existují společné prvky, jež se na zotavení podílí. Mezi ně patří: pobyt v léčebném zařízení, medikace a nefarmakologická léčba. U druhé výzkumné otázky, která se zabývala procesem zotavení v oblasti rodinných a partnerských vztahů vzešlo jako klíčové: dostatek informací a čas na jejich zpracování, komunikace a kontakt s blízkými, využití služeb na podporu komunikace a kontakt s lidmi se stejnou zkušeností. Výzkumná otázka č. 3 se zabývala procesem zotavení v pracovní oblasti, jako ústřední prvek byl analyzován invalidní důchod, který pobírají všichni respondenti, dále se jako účinné jeví využití programů na podporu zaměstnávání osob s duševní poruchou ale i samotný návrat do zaměstnání je vnímán jako krok k zotavení. Čtvrtá výzkumná otázka pojednávala o procesu zotavení v oblasti bydlení. Za počátek cesty je v této oblasti považován návrat z pobytového léčebného zařízení. Dále pak má pozitivní vliv využití sociálních služeb na podporu samostatného bydlení či chráněné bydlení, posilování kompetencí, zodpovědnosti a samostatnosti. Výzkumná otázka č. 5 popisovala proces zotavení ve spojitosti se spiritualitou člověka. Bylo zjištěno, že pod pojmem spiritualita není vnímána pouze křesťanská víra, do popředí se dostaly i

pojmy jako jsou hodnoty a smysl života a prokázalo se, že schizofrenní porucha ovlivnila všechny tyto oblasti.

Získaná data potvrdila, jak moc je proces recovery osobitá a individuální cesta. Zároveň ale byly zjištěny společné znaky, které k zotavení napomáhají a mohou tak být inspirací pro další osoby trpící schizofrenií.

Na základě výše uvedených informací si dovoluji uvést, že bylo zjištěno a popsáno, jak probíhá proces zotavení ve vybraných oblastech života, tudíž byl cíl práce naplněn.

Seznam použité literatury

- ANTHONY, William. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health services system in the 1990s. In: *Psychosocial Rehabilitation Journal* [online]. 1993 [cit. 2020-10-20]. Dostupné z:
<https://www.semanticscholar.org/paper/Recovery-from-mental-illness%3A-The-guiding-vision-of-Anthony/85292f7739d743402bbb80cc25eccad96f82a74a>
- BALKOVÁ, Miluše. *Etika v sociálních službách: Zapojení peer konzultantů do sociálních služeb pro lidi s duševním onemocněním* [online]. 2019 [cit. 2020-11-15]. Disertační práce. Univerzita Karlova. Vedoucí práce Doc. MUDr. Iva Holmerová, PhD.
- Bible. Ekumenický překlad. Praha: Ekumenická Rada Církví v Československu, 1985.
- COUFALOVÁ, Ivana. *Formální a neformální opory rodiny s dospělým jedincem se schizofrenním onemocněním* [online]. Praha, 2014 [cit. 2021-4-15]. Bakalářská práce. Univerzita Karlova. Vedoucí práce PhDr. Pavla Kodymová Ph.D.
- ČEŠKOVÁ, Eva a Radovan PŘIKRYL. *Praktická psychiatrie*. Praha: Maxdorf, 2013. Jessenius. ISBN 978-80-7345-316-9.
- ČEŠKOVÁ, Eva. *Schizofrenie a její léčba: průvodce ošetřujícího lékaře*. 2., rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 2007. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-7345-114-1.
- DAVIDSON, Larry, Janis L. SYMANSKI-TONDORA, Martha STAEHELI LAWLESS, Maria O'CONNELL a Michael ROWE. *Praktický průvodce praxí orientovanou na zotavení: nástroje transformace péče o duševní zdraví*. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2017. ISBN 9788090657403.
- DAVIDSON, Larry. *Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience*. *World psychiatry*, 2012, 11:2.
- DAVIDSON, Larry.; TONDORA, J.; RIDGWAY, P.: *Life is not an "outcome": Reflections on recovery as an outcome and as a process*. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 2010, 13:1, 1-8.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-4*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2013. ISBN 978-0-89042-555-8.

Dobroduš.cz: Diakonie Českobratrské církve evangelické [online]. Praha, 2020 [cit. 2020-11-15]. Dostupné z: <https://dobrodus.cz/>

Dotyk II. [online]. Brno, 2020 [cit. 2020-09-16]. Dostupné z: <https://dotyk2.cz/o-socialni-rehabilitaci/schizofrenie>

FERJENČÍK, Ján. Úvod do metodologie psychologického výzkumu. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, 256 s. ISBN 80-7178-367-6.

FOITOVÁ Z., PINKASOVÁ V., ROLENEC V., RŮŽIČKOVÁ M., SOLDÁNOVÁ S., STUHLÍK J., ŠUPA J., ZAJÍČKOVÁ A. *Manuál zapojení peer konzultantů do péče o duševní zdraví. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, z. s. Praha, 2014* [cit. 2020-10-20]. Dostupné z: http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/Manual_ZPK_web.pdf

FOITOVÁ, Zuzana a kolektiv autorů. *Manuál zapojení peer konzultantů do komunitní a lůžkové léčby o duševní zdraví. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, z. s. Praha, 2016* [cit. 2020-10-24]. Dostupné z: http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/manual_WEB_1.pdf

FOJTÍČEK, Martin, Štěpánka SYROVÁTKOVÁ a Petra BERNDHARDOVÁ. *Ledovec s. r. o: jak vytváříme služby zaměřené na zotavení. Plzeň, 2017.*

FOJTÍČEK, Martin. *Druhá první konference o recovery. Plzeň: Ledovec, z. s., 2020*

FOJTÍČEK, Martin. *Aplikace závěrů studie „Conceptual frame work for personal recovery in mental health: systematic review and narrativ esynthesis“ na dva základní texty recovery centra MHA Village, Los Angeles, USA. Plzeň, 2013.*

FRANZOVÁ, Drahomíra. *Zkušenosti se zaváděním modelu peer konzultantů do vybrané organizace poskytující služby osobám s duševním onemocněním* [online]. Praha, 2015 [cit. 2020-11-14].

GABRIEL, Josef. *Stát porušuje práva OZP. Esprit 1-2/2012, s. 8, Praha: Nakladatelství Esprit*

HAHLWEG, Kurt a Matthias DOSE. *Schizofrénia: terapeutická příručka. Trenčín: Vydavateľství F, 2000. ISBN 80-88952-03-4.*

HANSSON, L., MIDDELBOE, T., SORGAARD, K. W., BENGTSSON-TOPS, A., BJARNASON, O., MERINDER, L., VINDING, H. R. (2002). Living situation, subjective quality of life and social network among individuals with schizophrenia living in community settings. *Acta Psychiatrica Scandinavica*.

HEJZLAR, Petr a Leona HOVORKOVÁ. *Kdo je to peer konzultant?*. Pardubice: Péče o duševní zdraví, 2017.

HEJZLAR, Petr. Sociální rehabilitace duševně nemocných v současných podmínkách. *Psychiatrie pro praxi*, 2009, 226-230.

HELL, Daniel a Daniel SCHÜPBACH. *Schizophrenien: in Ratgeber für Patient enund Angehörige*. 4. Deutsch: Springer, 2008. ISBN 978-3540752578.

HOLOUBKOVÁ, Eva. *Proces zotavení u osob s poruchami schizofrenního spektra* [online]. Brno, 2017 [cit. 2021-4-15]. Disertační práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce Prof. PhDr. Ivo Čermák, CSc.

HORÁČEK, Jiří. *Psychotické stavy v klinické praxi*. Praha: Academia Medica Pragensis - Amepra, 2003. ISBN 80-86694-01-1.

KAMENÍKOVÁ, L., POMYKACZ, J., FARGHALI, H.: *Nežádoucí účinky antipsychotické léčby*, Solen, 2015.

KLINGEROVÁ, Martina. *Sociální práce s klienty s duševním onemocněním* [online]. Liberec, 2016 [cit. 2021-4-15]. Bakalářská práce. Technická univerzita v Liberci. Vedoucí práce PhDr. Jan Sochůrek, Ph.D.

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. 5., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-122-0.

KUČEROVÁ, Helena. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4733-0.

LIBERMAN, Paul & Alex KOPLEOWICZ. *Recovery from schizophrenia: a challenge for the 21st century*, *International Review of Psychiatry*, 14-4/2002.

MARŠÁLEK, Michal. Schizofrenie a drogové závislosti. *Psychiatrie pro praxi*. Olomouc: SOLEN, 2008, 9(6), 2012.

MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize: obsahová aktualizace k 1. 1. 2018. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018. ISBN 978-80-7472-168-7.

MOHR, Pavel. *Medicína pro praxi: Schizofrenie: diagnostika a současné terapeutické možnosti.* 2012. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2012.

MOTL, Jiří. *Spiritualita a psychopatologie.* Praha: HTF, 2015, 138 s. (Interní studijní text.)

PEŠTOVÁ, Barbora. *Peer pracovníci jako součást interdisciplinární spolupráce v systému péče o duševní zdraví* [online]. Brno, 2017 [cit. 2021-4-15]. Diplomová práce. Masarykova univerzita v Brně. Vedoucí práce Mgr. Magda Frišaufová, Ph.D.

RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie.* Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2020. ISBN 978-80-246-4604-6.

RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a Dana JANOTOVÁ. *Psychiatrie: minimum pro praxi.* 5. vyd. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-582-4.

RABOCH, Jiří. *Psychiatrie: doporučené postupy psychiatrické péče III.* V Tribunu EU vyd. 3. Brno: Tribun EU, 2018. Knihovnicka.cz. ISBN 978-80-7399-984-1.

RAGINS, Mark. *A Road to Recovery Plastic Comb. 2.* MHA Village: Mental Health America of Los Angeles, 2010.

RAGINS, Mark. *Cesta k zotavení.* Přeložil Jan RŮŽIČKA, přeložil Martin FOJTÍČEK. Praha: Fokus, 2018. Marco Cavallo. ISBN 9788090274112.

RAHN, Ewald a Angela MAHNKOPF. *Lehrbuch Psychiatrie für Studium und Beruf.* Köln: Psychiatrie Verlag, 2009. ISBN 978-3-88414-707-8.

REPPEROVÁ, Julie. *Peer Support Workers: a practical guide to implementation* [online]. London: Centre for Mental Health and NHS Confederation Mental Health, 2013 [cit. 2020-11-15].

SKOPOVÁ, Jaroslava. *Schizofrenie - vážné, ale dobře léčitelné onemocnění: informace pro pacienty a jejich blízké.* Praha: Galén, 2016. ISBN 978-80-7492-232-9.

SVOBODA, Mojmir, Eva ČEŠKOVÁ a Hana KUČEROVÁ. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0216-5.

ŠKODA, Miroslav. *Předsudky, diskriminace a stigmatizace jako závažné etické problémy spojené s léčbou psychicky nemocných*. **Psychiatrie pro praxi**. 17:2. 2016.

STRAUSS, Anselm, CORBINOVÁ, Juliet. *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. 1. vyd. Boskovice: Albert, 1999. ISBN 80-85834-60-X.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese* [online]. 2. rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0274-5.

WAGHORN, G., & LOYD, C. The employment of people with mental illness. *Australian e-journal for the Advancement of Mental Health*, 2005 page 129-171

Abstrakt

Diplomová práce na téma Proces recovery u osob se schizofrenní poruchou pojednává o příbězích a zkušenostech osob trpících schizofrenií a o jejich cestě k zotavení. Práce popisuje proces recovery ve vybraných oblastech života – jedná se o oblast zdraví, rodinné a partnerské vztahy, práce, bydlení a spiritualita. Teoretická část se skládá ze tří kapitol a zaměřuje se na popis schizofrenní poruchy, stigmatizace osob s duševní poruchou, problematiky peer konzultantů a přístupu Recovery. Praktická část je tvořena kvalitativním výzkumem, nástrojem pro získání dat byl zvolen polostrukturovaný rozhovor. Pro analýzu dat byla vybrána Metoda vytváření trsů. Výsledkem práce je popis průběhu zotavení respondentů ve vybraných oblastech jejich života.

Abstract

This diploma thesis on the topic of the recovery process in individuals with a schizophrenic disorder presents the stories and experience of people suffering from schizophrenia and their road to recovery. The thesis describes the recovery process in selected areas of life – health, partner and family relationships, work, housing and spirituality. The theoretical part consists of three chapters and is focused on describing what a schizophrenic disorder is, the stigmatization of people with mental disorders, the topic of peer consultants and the approach to recovery. The practical part consists of qualitative research; data were acquired in the form of a semi-structured interview. The Clustering Method was chosen to analyse the data. The result of the thesis is a description of the recovery process in selected areas of respondents' lives.