

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



**Vybrané příznaky schizofrenie u osob s duální diagnózou a u osob
s paranoidní schizofrenií**

Romana Šteřlová

vedoucí práce: Ing. Mgr. Eva Dubovská

Praha 2016

Prague College of Psychosocial Studies



**The chosen schizophrenic symptoms of people with paranoid
schizophrenia and people with dual diagnosis**

Romana Šteřlová

The Bachelor Thesis Work Supervisor: Ing. Mgr. Eva Dubovská

Praha 2016

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předloženou bakalářskou práci s názvem Vybrané příznaky schizofrenie u osob s duální diagnózou a u osob s paranoidní schizofrenií vypracovala samostatně s použitím úplného výčtu citací informačních pramenů uvedených v seznamu, který je součástí této práce.

V Praze dne: 29. 4. 2016

Romana Šteflová

Poděkování

Děkuji vedoucí práce, Ing. Mgr. Evě Dubovské, za vedení této práce, za poskytnutí cenných rad a za veškerou ochotu.

Děkuji.

Anotace

Tato bakalářská práce bude zaměřena na vybrané příznaky schizofrenie u osob s duální diagnózou a u osob s paranoidní schizofrenií. Účelem práce bude zjistit specifika schizofrenních příznaků u zmíněných osob. Práce bude rozdělena do pěti kapitol. První tři budou věnovány teoretickým poznatkům týkajících se schizofrenie, syndromu závislosti a duálních diagnóz, v kapitole s názvem Empirická část budou analyzována a interpretována data získaná na základě provedení polostrukturovaných rozhovorů s respondenty.

Klíčová slova

Schizofrenie, duální diagnóza, syndrom závislosti, léčba, příznak

Abstract

This bachelor thesis will be focused on the chosen schizophrenic symptoms of people with dual diagnosis and people with paranoid schizophrenia. The aim of the thesis is to determine some specifics in schizophrenic symptoms in these individuals. Thesis will be divided into five chapters. The first three are devoted to theoretical knowledge related to schizophrenia, dependence syndrome and dual diagnosis, the chapter entitled The empirical part the data obtained on the basis of performance semistructured interviews with respondents will be analysed and interpreted.

Key words

Schizophrenia, dial diagnosis, dependence syndromme, therapy, symptom

OBSAH

Úvod	8
1 SCHIZOFRENIE	9
1.1 Psychické zdraví a nemoc	9
1.2 Schizofrenie v kontextu psychotických onemocnění	10
1.3 Symptomatika schizofrenie	15
1.4 Léčba schizofrenie	20
2 SYNDROM ZÁVISLOSTI NA PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTKÁCH	23
2.1 Užívání drog a návykových látek	23
2.2 Syndrom závislosti na návykových látkách	27
2.3 Léčba syndromu závislosti na návykových látkách	31
3 DUÁLNÍ DIAGNÓZY	34
3.1 Specifika léčby duálních diagnóz	34
3.1.1 Reforma psychiatrické péče v České republice	36
3.2 Aktuální vybrané výzkumy v problematice duálních diagnóz	38
4 EMPIRICKÁ ČÁST	40
4.1 Metodologie výzkumu	40
4.1.1 Požadavky na uskutečnění výzkumného projektu	41
4.1.2 Hlavní a dílčí výzkumné otázky	41
4.2 Porozumění tématu výzkumu	42
4.3 Charakteristika výzkumného vzorku	43
4.4 Analýza získaných dat	44

4.5 Interpretace získaných dat	63
5 DISKUZE	66
Závěr	68
Shrnutí	69
Použité zdroje	70
Přílohy	

Úvod

Paranoidní schizofrenie je nemoc, pro kterou je typické odloučení se od většinou vnímané reality a vytvoření si reality vlastní. Člověk, který trpí paranoidní schizofrenií pak například vidá věci nebo osoby, které reálně neexistují, slychá šeptající či nadávající hlasy či je nevyvratně přesvědčen o tom, že ho někdo pronásleduje, či že se proti němu kdosi spiknul.

Duální diagnóza je souběhem psychiatrické diagnózy, například právě paranoidní schizofrenie, se syndromem závislosti na psychoaktivních látkách. Symptomy jedné psychiatrické nemoci jsou tedy v tomto případě komplikovány závislostí na droze nebo alkoholu. V poslední době se zdá, že duálních diagnóz přibývá. Důvodem může být podceňování účinků drog a stále se rozšiřující užívání marihuany.

Odborníci z řad pomáhajících profesí si jsou vědomi toho, že je nutné vytvářet inovativní metody v léčbě duálních diagnóz, kde by bylo možné zkombinovat opatrnou léčbu schizofrenie s ohledem na zranitelnost pacientů a důslednou, mnohdy nekompromisní, léčbu syndromu závislosti na psychoaktivních látkách.

Na schizofrenii, duální diagnózy a léčbu je zaměřena tato bakalářská práce. Účelem bakalářské práce je zjistit specifika schizofrenních příznaků u osob s paranoidní schizofrenií a u osob s duální diagnózou. Zvolila jsem toho téma na základě praktických i teoretických poznatků týkajících se obou cílových skupin.

Práce bude rozdělena do pěti kapitol. První tři kapitoly budou teoretické, čtvrtá empirická a v páté kapitole budou diskutovány výsledky výzkumu a témata související s bakalářskou prací.

Výzkumný projekt, kterým se budu zabývat v empirické kapitole, nese název Specifika vybraných příznaků schizofrenie u osob s paranoidní schizofrenií a u osob s duální diagnózou a cílem výzkumu bude zjistit specifika vybraných příznaků schizofrenie u osob s paranoidní schizofrenií a u osob s duální diagnózou. K tomu byla zvolena kvalitativní metoda polostrukturovaného rozhovoru doplněná studiem dokumentace. Výstupy výzkumu mohou být užitečné právě při vytváření nových metod pro práci s oběma cílovými skupinami a pro bližší pochopení potřeb jednotlivých osob v léčbě.

1 SCHIZOFRENIE

1.1 Psychické zdraví a nemoc

V první podkapitole s názvem Psychické zdraví a nemoc se budu věnovat nejdříve pojmům běžně užívaných v populaci, jako je zdraví, nemoc, porucha a jejich odbornému pojetí. Dále pak na základě přečtené literatury specifikuji tyto pojmy v oblasti psychiky.

Světová zdravotnická organizace v roce 1946 zavedla definici zdraví v originále „a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ (WHO, 1946, s.1), což může být přeloženo jako stav kompletní fyzické, psychické a sociální pohody a nejen absence poruchy nebo slabosti (WHO, 1946)[překlad dle autora této práce].

Hartl a Hartlová ovšem zdraví pokládají právě za „nepřítomnost tělesné či duševní poruchy či nemoci“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 701) a Křivohlavý mluví o zdraví jako o stavu umožňující optimální kvalitu života, kdy je tento stav komplexní, tedy tělesný, psychický, sociální a duševní, a jedinec nepřekáží snažení druhých lidí v dosahování podobné kvality života (KŘIVOHLAVÝ, 2009).

Naopak za poruchu považují Hartl a Hartlová „rysy a vlastnosti výrazně odlišné od normy... termín p. je užíván pro označení existence klinicky rozpoznatelného souboru příznaků n. chování, kt. je většinou spojený s pocitem tísně a narušením funkcí“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 422). Nemoc je pak dle tohoto autora „souhrn reakcí organismu na poruchu rovnováhy mezi organismem a prostředím, resp. narušení rovnováhy biologických a psychických faktorů a jejich vzájemného působení ve fyzikálním a sociálním prostředí“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 345). Za poruchu tedy autor považuje soubor příznaků v organismu a u nemoci klade důraz na harmonii mezi organismem a prostředím.

Baštecká označuje nemoc za absenci zdraví, a je proto pro ni lépe uchopitelný pojem než zdraví. Autorka cituje Callahana, když od sebe odlišuje několik pojmů, jako jsou neduh, choroba, nemoc a onemocnění. Neduh (malady) podle Callahana může působit člověku nějakou škodu, například bolest. Chorobu (disease) přirovnává Callahan k poruše, odchylce od normy, jejímž důsledkem je pak nemoc (cit. dle BAŠTECKÁ, 2015).

Nemoc (illness) Baštecká v návaznosti na Callahana definovala jako „subjektivní pocit osoby, že je nepřítomen či narušen její pocit tělesného nebo duševního zdraví, což se promítá

do běžných životních úkonů“ (BAŠTECKÁ, 2015) a onemocnění (sickness) je dle Callahana náhled společnosti na zdravotní stav člověka (cit. dle BAŠTECKÁ, 2015).

Poruchy a nemoci se týkají i psychické oblasti a podle Světové zdravotnické organizace psychická porucha přesahuje ostatní poruchy a nemoci svým velkým sociálním rozměrem. Díky psychické poruše může být způsobena obtížnější uplatnitelnost na trhu práce, omezený přístup ke vzdělání a společenské stigma (WHO, 2013). Hartl a Hartlová hovoří o duševní poruše, což je dle zmíněného autora „změna někt. psych. procesů projevujících se v myšlení, pocitech a chování člověka, znesnadňující jeho adaptaci, interakci se sociálním okolím“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 424).

Hartl a Hartlová kromě poruch hovoří i o duševních nemocích založených na poruchách některých psychických funkcí (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 346). Podle Baštecké jsou tyto nemoci seřazeny do seznamu pod jasně vytyčeným názvem na základě symptomů s vymezeným začátkem, průběhem a koncem (BAŠTECKÁ, 2015).

Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve své publikaci z roku 2013, týkající se reformy psychiatrické péče, uvádí mimo jiné i tzv. závažné duševní onemocnění, které se vyznačuje především tím, že nemocný využívá služeb psychiatrické péče nejméně dva roky. Obvykle jde o okruh schizofrenie, afektivních poruch nebo těžkých poruch osobnosti (MZČR, 2013).

Účelem této kapitoly bylo zařadit schizofrenii, syndrom závislosti i duální diagnózy do kontextu zdraví a nemoci. Na základě uvedených zdrojů a citací jsem vymezila pojmy zdraví, porucha a nemoc, a to i v oblasti psychiky. V této práci tedy budu mluvit o nemocech skládajících se z několika dílčích poruch, například poruch myšlení, vnímání či emocí. V následujících podkapitolách se budu zabývat první z nemocí, a to schizofrenií.

1.2 Schizofrenie v kontextu psychotických onemocnění

V této podkapitole budu rozvádět teoretické poznatky v oblasti schizofrenie a dalších psychotických onemocnění. Především budu čerpat z Mezinárodní klasifikace nemocí a z publikace Psychiatrie z roku 2012 od Jiřího Rabocha, kde o schizofrenii hovoří Pavel Pavlovský.

„Zde se setkáváme jen s fragmenty, nikdy to není celek. Proto máte-li přítele nebo příbuzného, kterého jste dobře znali a který onemocní touto duševní chorobou, dostanete hrozný šok, když jste konfrontováni s fragmentární osobností, která je úplně roztržštěná. Můžete pojednou jednat jen s jedním fragmentem; je to jako střešina skla. Necítíte již kontinuitu osobnosti. Zatímco u hysterického případu si myslíte: kdybych jen mohl odstranit ten druh podivínství nebo určitý somnambulismus, potom bychom tu měli celost osobnosti. Ale u schizofrenie je to hluboká disociace osobnosti; fragmenty se nemohou dát dohromady“ (JUNG, 1993, s.110, 111).

V této citaci lze nalézt, jak schizofrenii vysvětlovat Carl Gustav Jung na Tavistocké klinice v roce 1935. Upozorňuje zde na osobnost nemocného, která je „roztržštěná“ a podle autora z ní zůstávají jen fragmenty (JUNG, 1993). Záměrně jsem zvolila tuto citaci na začátek podkapitoly nazvané Schizofrenie v kontextu psychotických onemocnění z toho důvodu, že chci zdůraznit závažnost této nemoci, jejímž příznakem je odpoutání se od většinou vnímané reality, což je společný symptom pro všechna psychotická onemocnění.

Nejdříve bych se ráda věnovala pojetí psychóz, neboli psychotických onemocnění. Název psychóza je odvozen od slova řeckého původu psyché (duše), „-óza“ je koncovka v medicíně používaná pro označení nemoci. Jedná se o závažné duševní onemocnění, o kterém jsem se zmínila v předchozí podkapitole, zasahuje do vztahů s okolím, do prožívání sebe sama a okolí i do prožívání celé reality a hluboko do osobnosti člověka (DOUBEK aj., 2008). Podle Probstové je pro psychózy typická desintegrace jákových funkcí, neověřování reality a ztráta hranic mezi sebou a okolím (PROBSTOVÁ, 2009).

Doubek popisuje tři druhy psychóz. Popisuje psychózy organické, které jsou způsobeny klinicky zjistitelným poškozením mozku, psychózy toxické zapříčiněné působením určitých látek, drog, na mozkovou tkáň a funkční psychózy, mezi které patří všechny tzv. poruchy schizofrenního okruhu v Mezinárodní klasifikaci nemocí z desáté revize (MKN – 10). U těchto psychóz nebývá zjištěno žádné poškození mozkové tkáně (DOUBEK aj., 2008).

Tuto bakalářskou práci jsem kromě duálních diagnóz zaměřila i na schizofrenii a příznaky schizofrenie, proto se nyní budu zabývat právě touto nemocí. „**SCHIZOFRENIE** (F20) je **mnohotvárné duševní onemocnění**. Mění významně prožívání, chování i postoj ke skutečnosti. Představuje celou skupinu forem s pestrými příznaky, které zahrnují různou měrou narušené vnímání, myšlení, emoce, motivaci i chování. Můžeme říci, že schizofrenie je

„nemocí sta tváří“ – sto nemocných se schizofrenií ukazuje sto odlišných obrazů téže nemoci“ (OREL, 2012, s. 114, 115).

Schizofrenie mívá průběh buď chronický, kdy její příznaky neustupují, nebo v dílčích atakách, kdy se příznaky schizofrenie mohou objevit jen jednou a naposledy. Tyto dvě formy průběhu mívají různé podoby. Může docházet k tzv. remisím, kdy se jednotlivé ataky v životě nemocného opakují, u chronického průběhu je defekt stabilní nebo postupně narůstá (PAVLOVSKÝ, 2012).

V desáté revizi Mezinárodní klasifikace nemocí je schizofrenie uvedena pod kategorií F20. Nyní si lze všimnout, že co se týče schizofrenie, Světová zdravotnická organizace ve svých definicích nerozlišuje mezi poruchami a nemocemi. „Schizofrenické poruchy jsou obecně charakterizovány podstatnou a typickou deformací myšlení a vnímání. Afekty jsou nepřiměřené nebo otupělé. Jasně vědomí a intelektuální kapacita jsou obvykle zachovány, ačkoli určité kognitivní defekty se mohou v průběhu doby vyvinout. Nejdůležitější psychopatologické fenomény zahrnují ozvučování myšlenek; vkládání nebo odnímání myšlenek; vysílání myšlenek; bludné vnímání a bludy ovládnutí; pasivita nebo ovlivňování; sluchové halucinace, které komentují nebo diskutují o pacientovi ve třetí osobě; poruchy myšlení a negativní příznaky“ (WHO, 2014, s. 202).

Světová zdravotnická organizace rozděluje schizofrenii na několik druhů. V této práci uvedu paranoidní, hebefrenní, katatonní, nediferencovanou schizofrenii, dále postschizofrenní depresi, reziduální schizofrenii, schizofrenia simplex a tzv. jinou schizofrenii (WHO, 2014).

Pro paranoidní schizofrenii (F20.0) jsou typické nápadné halucinace a bludy, například pocit pronásledování či slyšení hlasů. „Nejčastější forma, v popředí jsou perzekuční bludy a sluchové halucinace. Afektivita bývá pod vlivem psychotických prožitků podrážděná, v chování se může objevit agresivita zaměřená proti domnělým nepřátelům. Časté jsou intrapsychické halucinace v podobě přesvědčení o vlastních telepatických schopnostech, popř. o tom, že jsou subjektu jeho myšlenky odnímány a zveřejňovány, nebo naopak jsou mu cizí myšlenky vkládány“ (PAVLOVSKÝ, 2012, s. 80).

U hebefrenní schizofrenie (F20.1) se objevují nápadné negativní příznaky, změny v afektech, nepředvídatelné chování nebo sociální izolace. Hebefrenní schizofrenie je připodobňována bouřlivému období puberty a může být označena také jako desorganizovaná schizofrenie (PAVLOVSKÝ, 2012).

Nyní již velmi vzácnou podobou schizofrenie je schizofrenie katatymní (F20.2). U tohoto druhu schizofrenie se vyskytují psychomotorické poruchy, stupor, strnulý postoj. Nemocný provádí stereotypické pohyby, automatismy a bývá impulzivní (PAVLOVSKÝ, 2012).

Nediferencovanou schizofrenii (F20.3) nelze zařadit do žádné jiné kategorie. U postschizofrenní deprese (F20.4) stále přetrvávají pozitivní či negativní příznaky i po jejich utlumení v rámci léčby. Tyto příznaky nejsou již tak výrazné a převažuje deprese. Tomuto typu nemoci je podobná reziduální schizofrenie, což je chronické stádium schizofrenie a převládají zde negativní symptomy, o kterých budu psát v další podkapitole (PAVLOVSKÝ, 2012).

U schizophrenia simplex (F20.6) převládají negativní příznaky nad méně výraznými pozitivními příznaky, u nemocného je výrazná postupná upadlost, sociální izolace, zhoršuje se přizpůsobení společenským normám a objevuje se hypobulie. Schizophrenia simplex nastupuje pozvolně a postupně se její průběh prohlubuje (PAVLOVSKÝ, 2012). Posledním mnou uvedeným typem je schizofrenie jiná (F20.8), kam patří tzv. Hubertova schizofrenie, při které se nemocný chová pro okolí bizardně a probíhají u něho hypochondrické stesky (PAVLOVSKÝ, 2012).

V kategorii F20 Světová zdravotnická organizace zařadila i další nemoci, které jsou ovšem označeny za poruchy. Jsou jimi schizotypální porucha, poruchy s trvalými bludy, akutní a přechodné psychotické poruchy, indukovaná porucha s bludy, schizoafektivní poruchy, a jiné neorganické psychotické poruchy (WHO, 2014).

U schizotypální poruchy (F21) je průběh podobný jako u tzv. poruch osobnosti, kde je narušena struktura osobnosti jedince. Typické je výstřední chování, afektivní poruchy, poruchy myšlení a symptomy podobné schizofrenii, které ovšem nepřecházejí v pravé schizofrenní symptomy (WHO, 2014).

Poruchy s trvalými bludy (F22) byly dříve označovány jako paranoia. Přítomné jsou zpravidla jen poruchy myšlení ve formě bludů (PAVLOVSKÝ, 2012). Akutní a přechodné psychotické poruchy (F23) nastupují velmi rychle, jsou podobné schizofrenii, ale jejich symptomy se rozvinou nejdéle do dvou týdnů a remise se do tří měsíců nesmí objevit. V opačném případě se jedná o schizofrenii. Akutní a přechodné psychotické poruchy mohou nastat například po traumatizující události (PAVLOVSKÝ, 2012).

Indukovaná porucha s bludy (F24) je poměrně vzácná a projevuje se tím, že osoba, jejíž blízký člověk trpí schizofrenií, od něj v určité míře přebírá schizofrenní příznaky. Podmínkou pro diagnostiku této nemoci je to, že po oddělení těchto blízkých osob indukovaná porucha s bludy vymizí (PAVLOVSKÝ, 2012).

U schizoafektivní poruchy (F25) se objevují schizofrenní symptomy spolu s afektivními poruchami. Dle WHO existují tři typy v závislosti na druhu afektivní poruchy, a to manický typ (F25.0) projevující se například megalomanskými či persekučními bludy, depresivní typ (F25.1), u kterého může docházet k sebeobviňování, odsuzujícím a vyhrožujícím hlasům, a smíšený typ (F25.2), (PAVLOVSKÝ, 2012). Dále do této kategorie patří ještě jiné neorganické psychotické poruchy (F28), které nejsou zařaditelné pod ostatní uvedené typy nemocí (WHO, 2014).

Aby mohla být schizofrenie diagnostikována, musí být ctěno pravidlo, že schizofrenní příznaky trvají minimálně po dobu jednoho měsíce, jinak se jedná o jednu z dalších nemocí uvedených výše (OREL, 2015).

Etiologie zůstává u schizofrenie zatím nejasná a na rozvoj této nemoci působí různé faktory. Mohou to být genetické vlivy, sociální i psychologické. Při výzkumu genetických vlivů se prováděla studie jednovaječných dvojčat a míra jejich genetických vloh pro projevení schizofrenie. Výsledky naznačují, že pokud jedno z jednovaječných dvojčat onemocní schizofrenií, u druhého je šance 50% na vypuknutí stejného onemocnění. Pravděpodobnost zhruba 12% na onemocnění schizofrenií je u dítěte nemocného a sourozenci mají tuto pravděpodobnost na asi 8% (PAVLOVSKÝ, 2012).

Za genetické vlivy Pavlovský považuje například poruchy v neurotransmiterech, kdy se objevuje zvýšená citlivost v dopaminergním systému, mohou být narušeny i systémy serotoninergní a GABA-ergní. Schizofrenie může být také zapříčiněná anatomickými anomáliemi v centrální nervové soustavě, konkrétně v rámci limbického systému (PAVLOVSKÝ, 2012).

Za sociální vliv Pavlovský považuje zařazení v nižších společenských vrstvách, neboť schizofrenie se často objevuje právě v takovémto prostředí (PAVLOVSKÝ, 2012). Mohu ovšem uvést vlastní zkušenost, kdy pravidelně potkávám pacienty se schizofrenií z různých společenských vrstev i s různým vzděláním. Jako vlivy psychologické autor uvádí trauma či jakýkoli další spouštěcí moment (PAVLOVSKÝ, 2012).

„Schizofrenie je komplexní onemocnění, které vzniká nešťastnou souhrou psychologických, sociálních a biologických faktorů (důležitou roli zde hrají genetika, porodní komplikace, infekční onemocnění matky v průběhu těhotenství). Hodně záleží na tom, s jakými okolnostmi se člověk setká v raném dětství a v dospívání, do jakého psychologického prostředí se narodí, jak funguje základní rodina, jaké tam panují vztahy“ (JAROLÍMEK, 2012, s. 13).

Schizofrenie typicky začíná v adolescenci, přičemž nezáleží na pohlaví. U žen i u mužů se vyskytuje stejně, i když u žen nastupuje schizofrenie i něco málo později. V populaci je schizofrenie rozvrstvena zhruba v jednom procentu (OREL, 2012; PAVLOVSKÝ, 2012).

„Dispozice k onemocnění schizofrenií se skládají v jakousi mozaiku a pak stačí jeden kamínek, aby mozaika scvakla a vznikla schizofrenie. Tím posledním kamínkem (spouštěčem) může být právě marihuana“ (JAROLÍMEK, 2012, s. 15).

V této kapitole jsem popsala projevy schizofrenie i dalších psychóz, jejich etiologii i rozložení v populaci. V citaci výše odkazuje Jarolímek na problematiku duálních diagnóz, o které budu hovořit v dalších kapitolách. Uvedení autoři, jejichž texty sloužili jako podklad pro tuto podkapitolu, uvádí různé příčiny schizofrenie, ovšem nezmínily drogy jakožto spouštěč onemocnění. Proto zde na závěr přidávám ještě jednu citaci od Koukolíka.

„Spouštěčem onemocnění může být marihuana a psychedelické drogy. A nikdo předem neví, zda je nebo není nositelem genetické vlohy. Takže všude doporučuji: neexperimentujte s drogami, může to velmi špatně dopadnout“ (KOUKOLÍK, 2015, s. 14)

1.3 Symptomatika schizofrenie

„Na střední škole začalo podivné chování, které jsem přičítala kouření trávy. Uzavíral se do sebe, nereagoval na otázky nebo po dlouhé době odpověděl z cesty, bylo vidět, že jeho myšlení nedrží linku, že má potíže soustředit se na to, co mu člověk chce říci, na to, co má dělat ve škole... Objevily se i další známky začínajícího onemocnění. Vítek viděl na ulici příliš mnoho červených aut. Nebo seděl doma u televize a hlasatelka najednou pronesla slovo, které on před vteřinou četl. Byl přesvědčen, že nejde o náhodu, nýbrž že je v tom pro něj skrytý nějaký důležitý vzkaz, který musí dešifrovat. Taky ho někdo tajně nafilmoval, ukradl a využil geniální nápad“ (GABRIEL, 2012, s. 31).

V úvodu podkapitoly Symptomatika schizofrenie jsem záměrně uvedla citaci z publikace od Josefa Gabriela, kde matka nemocného Vítka popisuje jeho nastupující schizofrenní příznaky. Jsou zde naznačeny poruchy myšlení, vnímání, emocí i chování, o kterých bude řeč právě v této podkapitole. V textu předešlých kapitol jsem uváděla některá označení příznaků, jako jsou například bludy, halucinace, pozitivní a negativní příznaky. Účelem této podkapitoly bude tyto názvy popsat a zařadit do kontextu schizofrenie.

Různí autoři se shodují v rozdělení příznaků na pozitivní a negativní (DOUBEK aj., 2008; OREL, 2012; PAVLOVSKÝ, 2012; WHO, 2014). Pozitivní jsou považovány za zkrácené zvýraznění některých psychických funkcí (typické jsou bludy a halucinace) a za negativní naopak oslabení psychických funkcí, které se pro okolí stávají nevýraznými (apatie, abulie, emoční oploštělost), (OREL, 2012).

Podle Orla mohou být příznaky rozděleny do několika základních poruch psychických funkcí, a to na poruchy vnímání, poruchy myšlení, poruchy emocí a poruchy chování. Dále se poruchy obecně rozdělují na kvalitativní a kvantitativní (OREL, 2012). Jako prvním se budu věnovat vnímání a jeho poruchám.

„**Vnímání** neboli **percepce** lze definovat jako *organizaci a interpretaci senzorických informací*. Je to proces, jehož výsledkem jsou vjemy, které se mnohdy značně liší od neúplných údajů zaznamenaných našimi smysly. Tok senzorických informací putuje do mozku, který je dále třídí a zpracovává. Jejich konečná interpretace a pochopení významu probíhá v lidském vědomí. Lidé coby tvorové hledající smysl mají tendenci doplňovat chybějící informace, seskupovat různé objekty, vidět celky a slyšet smysluplné zvuky“ (PLHÁKOVÁ, 2003, s. 129).

Z citace výše lze vyčíst, že součástí procesu vnímání je i interpretace informací. Důležité je tedy i to, jak si člověk přicházející podněty vysvětluje. Pro schizofrenii jsou typické kvalitativní poruchy vnímání, což jsou, kromě iluzí, halucinace (OREL, 2012; DOUBEK aj., 2008).

Při iluzi je přicházející vjem zkrácený (příkladem může být, pokud někdo „vidí“ potencionálního útočníka třeba i ve stínu stromu, když jde sám v noci ulicí). Při přítomném náhledu na zkrácený vjem Orel hovoří o tzv. pseudoiluzi. Zatímco u iluze jsou přicházející vjemy zkrácené, ale stále skutečné, u halucinace se vjemy liší od toho, co vnímá většina lidí (OREL, 2012).

„Halucinace jsou projevem zkresleného vnímání reality a jsou to falešné smyslové vjemy, které vznikají bez jasného zevního podnětu“ (DOUBEK aj., 2008). V případě halucinací může také docházet k náhledu, a tedy k pseudohalucinacím. Iluze i halucinace se mohou týkat všech lidských smyslů (OREL, 2012).

Existuje několik typů halucinací vyskytující se u schizofrenie. Mezi ty nejčastější patří halucinace sluchové (auditivní), kdy nemocný slyší neexistující zvuky. Auditivní halucinace mohou být imperativní (přikazující), teleologické (radící) či antagonistické (nadávající). U zrakového vnímání se vyskytují halucinace zrakové, čili vidění neexistujících podnětů, a to menší než ve skutečnosti (mikropsie), výrazně větší (makropsie), v reálné velikosti (například neexistující lidi). Zrakové halucinace mohou být i autoskopické, a to pozitivní autoskopické (vidění sebe sama) nebo negativní autoskopické (nemocný nevidí sebe sama například v zrcadle), (OREL, 2012).

Čichových smyslů se týkají halucinace čichové (olfaktorické), vnímání neexistujících pachů, povětšinou nepříjemných. V případě, že nemocný vnímá neexistující chutě, jedná se o halucinace chuťové (gustatorické), při hmatových halucinacích (taktilních) cítí například pálení nebo hlazení.

Dalšími typy halucinací jsou halucinace pohybové (kinestetické), kdy nemocný cítí neexistující pohyb vlastního těla (například jeho ústy mluví někdo jiný), či halucinace orgánové (viscerální), kdy je přítomen pocit, že nemocnému odumřely některé orgány nebo byl třeba znásilněn. K orgánovým halucinacím Orel připojuje ještě halucinace posedlosti, neboli vnímání neexistující jiné bytosti v těle (OREL, 2012).

Zvláštními typy halucinací jsou halucinace extrakampinní, které sahají až za reálný rozsah smyslů a člověk například vidí někoho za svými zády nebo slyší někoho nedostupného reálnému sluchu. Existují také halucinace intrapsychické, kde nejsou jasné hranice mezi poruchami vnímání a myšlení, vyskytuje se zde pocit vkládání, odebrání či ozvučování myšlenek (OREL, 2012).

„Halucinace se mohou kombinovat a tak může halucinující např. vidět hmyz na své kůži, vnímat jeho pohyb a slyšet, jak při tom šustí, cítit bolestivá kousnutí a zároveň pálení jeho jedu... Také halucinace a jejich „zdůvodnění“ odpovídá kontextu doby – dříve lidé

vnímali „pálení pekelných ohňů“, dnes vnímají „paprsky laseru“ nebo „gama-zářením“ (OREL, 2015, s. 43).

Pro schizofrenii, zvláště paranoidní, jsou typické i poruchy myšlení. Hartl a Hartlová definují myšlení jako „poznávací proces probíhající mezi člověkem a okolím... proces analýzy, syntézy a odvozených myšlenkových operací“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 332). Myšlení je přímo propojené s řečí a je podmíněno sociálně (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 332).

Poruchy myšlení Doubek rozděluje na poruchy struktury myšlení (ulpívavé myšlení, inkoherentní myšlení, obsedantní myšlení) a poruchy obsahu myšlení neboli bludy (nevývratné přesvědčení o většinou sdílené realitě), (DOUBEK aj., 2008).

„Bludy jsou mylná nevývratná přesvědčení, která nemocnému připadají zcela pravdivá a reálná“ (DOUBEK aj., 2008, s. 19). Bludy jsou rozděleny na depresivní, expanzivní a paranoidní (HARTL a HARTLOVÁ, 2000; s. 78, OREL, 2012).

Bludy depresivní dále rozlišuje Orel na mikromanické, pro které je typické sebepodceňování, insuficienční, vyznačující se pocitem neschopnosti a bezmoci, autoakuziční, kdy dochází k sebeobviňování, ruinační, kdy člověk cítí, že je bez prostředků na obživu, obavné, kdy má strach a obavy z neštěstí či katastrofy, hypochondrické vyznačující se strachem z nemoci, dysmorfobické neboli přesvědčení o znetvoření části těla a depresivní blud eternity, kdy je nemocný přesvědčen o věčném nekonečném utrpení (OREL, 2012). Dušek dodává, že „tato skupina bludů je provázána depresivní náladou. Vyznačují se podceňováním vlastní osoby, vlastních schopností, možností a významu“ (DUŠEK, 2010, s. 78).

Bludy expanzivní jsou opakem bludů depresivních. Orel rozlišuje megalomanské (přesvědčení o vlastním významu), extrapotenční (přesvědčení o vlastních mimořádných schopnostech), originární (nemocný má nevývratnou představu o svém urozeném původu), vynálezecké (představa o vlastních převratných vynálezech a objevech), religiózní (s náboženským podtextem, nemocný si může myslet, že je například spasitel), erotomanické (vlastní nadměrná žádanost u sexuálního protějšku), kosmické (komunikace s mimozemskými

bytostmi) a manický blud eternity (přesvědčení o věčném a šťastném životě, popírání smrti), (OREL, 2012).

Bludy paranoidní se vyznačují pocitem pronásledování, ohrožení (bludy persekucní), přesvědčením o bezpráví a nespravedlnosti (bludy kverulatořní), žárlivostí a přesvědčením o nevěře (bludy emulační) či domnělou představou o proměně v někoho jiného, ve zvíře či věc (bludy metamorfózní), (OREL, 2012).

Dále se u schizofrenie projevují poruchy emocí. „Emoce jsou vyjádřením vnitřního **postoje**. Mají **hodnotící význam** (určují např. dimenze příjemné – nepříjemné). Jsou vysoce **subjektivní** (individuálně variabilní) a **dynamické** (mění se kvantitativně i kvalitativně)... Emoce **doprovázejí** všechny **duševní pochody**“ (OREL, 2012, s. 68).

Emoce jsou rozděleny na afekty, nálady a vyšší city. Afekty vznikají náhle, jsou krátkodobé, ale mají vysokou intenzitu a jsou doprovázeny fyziologickými změnami. Poruchy nastávají při nezvládnutém, nedostatečně ovladatelném, afektu. Mezi poruchy afektu je zařazen patický afekt doprovázený krátkodobou poruchou vědomí, afektivní stupor nastávající v extrémní situaci, kdy člověk ustrne v pohybu, mimice i řeči, a afektivní raptus, který je dlouhodobější (OREL, 2012).

Nálady jsou déletrvající s nižší intenzitou než afekty a jsou proměnlivé. Za poruchy nálady Orel považuje expanzivní náladu dále rozdělenou na euforii (blažený pocit spokojenosti) a manickou náladu (nadměrná veselost, ustupující zábrany). Dalším typem poruch nálad je nálada depresivní, kde Orel rozlišuje bezradnou náladu (doprovázeno poruchami v rozhodování), morózní náladu (mrzutost, zlostné naladění) a anhedonickou náladu (neschopnost prožívat radost). Posledním typem je nálada úzkostná, kdy je nutno odlišit chorobnou úzkost (narůstající napětí bez konkrétního obsahu) od patologického strachu (fobie s konkrétním obsahem), (OREL, 2012).

Vyšší city jsou vztaženy k okolí a hodnotám jedince. Poruchy vyšších citů Orel rozděluje na dva podtypy, nadměrný rozvoj vyšších citů, projevující se například nadměrnou protektivitou, nadměrným altruismem, a defekt vyšších citů, kde je narušena empatie, vztah k morálce a pravidlům ve společnosti. Defekt vyšších citů může být dále rozdělen na sociální tupost, anetičnost (neschopnost empatie), poruchu etických citů (převažuje pudově podmíněné jednání, chybí morální zásady) a poruchu citů estetických (chybějící vztah k estetice), (OREL, 2012).

U schizofrenie se dále mohou vyskytovat poruchy struktury emocí, jako je emoční oploštělost, alexitymie, paratyfie či emoční nepřiléhavost (OREL, 2012). Jako poslední zde krátce uvedu poruchy chování, kdy se v rámci negativních příznaků může projevit apatie, bezcílnost, stupor. Poruchy chování obecně vznikají na základě opakujícího se vzorce chování jako je porušování společenských norem či agrese (OREL, 2012).

„Poruchy chování zahrnují opakované a trvalé porušování důležitých, věku přiměřených společenských norem a pravidel. Důležitou komponentou je porušování základních práv jiných lidí“ (LÁTALOVÁ, 2013 s. 189). Co se ovšem týče schizofrenie, dle mého názoru, nejsou poruchy chování naučeným vzorcem chování, ale jsou jedním z příznaků nemoci, které mohou vymizet.

V této podkapitole jsem se podrobně zabývala otázkou symptomatiky schizofrenie a vysvětlila jsem pojmy, které jsem užívala v předchozích podkapitolách a které jsou důležité pro pochopení schizofrenie. Schizofrenik si vytváří svou vlastní realitu, a to na základě těchto poruch a podle mého názoru je důležité poznat tuto nemoc a její dílčí poruchy teoreticky, aby mohl odborník proniknout do zmíněné vnitřní reality a případně zvolit vhodnou léčbu, o které bude řeč v další podkapitole.

1.4 Léčba schizofrenie

„Petr seděl na posteli a s nepřítomným pohledem se stále monotónně pohupoval. V koutku úst se mu objevila slina.

Ve dveřích se doktor Portstein ještě otočil. Tak nepříznivý průběh nikdo nečekal. Petrovy příznaky dosud nereagovaly na žádné léky, ani na velmi vysoké dávky jinak velmi účinných medikamentů. Dokonce ani na žádné kombinace léků. Schizofrenie je opravdu pěkná mrcha, napadlo ho. Nikdo nikdy neví, s čím přijde“ (OREL, 2015, s. 46)

Úvodní citace odkazuje na komplikovanost léčby schizofrenie. V předchozích podkapitolách jsem psala o hlubokém zakořenění této nemoci, o jejích symptomech, projevech a jakým způsobem zasahuje do celé osobnosti nemocného. V této podkapitole popíšu aktuální způsob léčby schizofrenie.

V klinické léčbě schizofrenie odborníci kombinují především farmakoterapii a psychoterapii. Tyto dvě oblasti léčby se slučují v tzv. komplexní péči, kdy je nutno využívat

obě (ZÁVIŠEK, 2012). Probstová ovšem nabízí různé modely kombinace farmakoterapie a psychoterapie v závislosti na tom, v jaké oblasti potřebuje nemocný nejvíce podpořit (PROBSTOVÁ, 2009).

Biomedicínský model je zaměřen na potlačení původu schizofrenie na neuronální úrovni a psychofarmakologickou léčbu. Individuálně psychologický model využívá psychoterapii, a to především individuálně, u interakčního modelu se nemocný zaměří na svou vztahovou síť a na její případné narušení, proto do tohoto modelu patří rodinná a skupinová psychoterapie nebo terapeutické komunity. V sociálním a ekologickém modelu se odborníci soustředí na sociální rehabilitaci v rámci společnosti a na podporu ze strany komunity. V případě integrovaného modelu lze hovořit o již zmíněné komplexní péči, neboť přikládá stejný význam všem předchozím modelům (PROBSTOVÁ, 2009).

Nyní se budu detailněji věnovat dvěma složkám komplexní péče u léčby schizofrenie, tedy farmakoterapii a psychoterapii. Nejdříve se zaměřím na farmakoterapii.

Hartl a Hartlová ve svém Psychologickém slovníku definují farmakoterapii jako „léčení pomocí *farmak*, resp. léků získaných z přírodních látek n. vyrobených synteticky“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 161). V případě schizofrenie používá farmakoterapie léky z kategorie psychofarmak a antipsychotik zmírňující psychotické příznaky. Kromě toho také zabraňují relapsu, mají zklidňující účinek a zmírňují úzkost (PAVLOVSKÝ, 2012; DOUBEK aj., 2008).

Léky je možné nemocnému podávat nitrožilně nebo perorálně. Nitrožilně je nutno podávat tyto léky v psychotických atakách či v akutní fázi schizofrenie. V případě, že nemocný je již schopen spolupracovat se zdravotnickým personálem a samostatně léky užívat, mohou se psychofarmaka a antipsychotika podávat i perorálně (PAVLOVSKÝ, 2012; DOUBEK aj., 2008, ZÁVIŠEK, 2012).

„Psychoterapie je terapie uskutečňovaná psychologickými prostředky. Z hlediska klinického lékařství zaujímá tedy své postavení vedle ostatních druhů léčby, využívajících prostředků fyzikálních, farmakologických a chirurgických“ (BALCAR, 2010, s. 29, 30).

Pokud text z uvedené citace vztáhneme na komplexní péči v léčbě schizofrenie, lze psychoterapii označit za léčbu pomocí psychologických prostředků, která je postavena na stejné úrovni v této komplexní péči jako farmakoterapie (BALCAR, 2010).

V psychoterapii nejsou používány univerzální postupy v léčbě schizofrenie. Přístup k pacientům se liší v závislosti na psychoterapeutických směrech. V této podkapitole zmíním dva takové přístupy a to psychoanalytický přístup a přístup v kognitivně behaviorální terapii (PROBSTOVÁ, 2009).

Psychoterapeuti s psychoanalytickým přístupem předpokládají, že základem psychotického onemocnění je konflikt vlastního Já a okolí, díky kterému si nemocní vytvářejí vlastní vnitřní realitu (PROBSTOVÁ, 2009).

Pacienti přicházející k takovým terapeutům často hledají vysvětlení a cítí potřebu pochopit svoji nemoc. Psychoanalytik musí ovšem dbát velké opatrnosti při jednání s psychotickými pacienty z důvodu jejich zranitelnosti a musí umět dobře načasovat interpretaci jejich potíží (PROBSTOVÁ, 2009).

Psychoterapeuté s výcvikem v kognitivně behaviorální terapii (KBT) používají širokou škálu metod, od praktického tréninku sociálních či vztahových dovedností až k zaměření na subjektivní prožívání nemoci samotným pacientem. Mezi takové metody patří například vytváření individuálního terapeutického plánu nebo použití modelu ABC, který terapeut společně s pacientem používají ke sledování reakcí pacienta na situace spouštějící příznaky nemoci, kdy „A“ zastupuje spouštěč, „B“ interpretaci situace a „C“ důsledky situace a projevy v nemoci (JAROLÍMEK, 2009).

Kognitivně behaviorální terapie je užitečná především v prevenci relapsu a terapeut se mimo jiné snaží naučit pacienta techniky na zvládání situace, pokud onen relaps nastane, pacient se dostane do psychické zátěže nebo se zhorší jeho stav (JAROLÍMEK, 2009).

Touto podkapitolou jsem uzavřela celou kapitolu první. Její zařazení do práce spočívá v důležitosti tématu léčby schizofrenie, ke kterému se budu vracet i v dalším textu této bakalářské práce. V současné době probíhá reforma psychiatrické péče v České republice zaměřující se mimo jiné na komplexní péči, o které jsem pojednávala v této podkapitole. Reformě psychiatrické péče věnuji celou jednu podkapitolu kapitoly třetí a text výše slouží jako základ, ze kterého budu vycházet.

2 SYNDROM ZÁVISLOSTI NA PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTKÁCH

2.1 Užívání drog a návykových látek

Tato podkapitola s názvem Užívání drog a návykových látek slouží jako úvodní k celé kapitole a budu se zde věnovat specifikům užívání drog, odlišení drog v systému psychoaktivních a návykových látek a rozdělení drog a návykových látek podle míry jejich rizikovosti pro jedince i pro společnost.

V názvu podkapitoly jsem použila pojmy drogy a návykové látky. Nadřazeným pojmem je zde látka psychoaktivní, u které se různí autoři shodují a považují ji za jakoukoli látku ovlivňující psychiku (FISHER a ŠKODA, 2009, KŘIVOHLAVÝ, 2009, KALINA, 2015, PAVLOVSKÝ, 2012).

Křivohlavý navíc odlišuje psychoaktivní látky od psychedelických. Za psychoaktivní označuje látky vstřebávající se do krve a do mozku, a tím působící změny v psychické činnosti. Psychedelické látky jsou podle tohoto autora drogy, zostřující vnímání, popřípadě způsobující halucinace (KŘIVOHLAVÝ, 2009).

Návykové látky jsou látky psychoaktivní vyvolávající závislost. „Návyková látka je každá chemická látka, která mění psychický stav a na kterou se může vytvořit návyk a závislost“ (FISHER a ŠKODA, 2009, s. 88).

Tolerance k užívání psychoaktivních látek se liší v závislosti na prostředí a kultuře. Fisher a Škoda popisují tři druhy využívání psychoaktivních látek ve společnosti. Jedná se o použití psychoaktivní látky jako medikamentu, kdy je taková látka často obsažena v anestetikách, anxiolytikách, antidepresivech či v hypnotikách (FISHER a ŠKODA, 2009).

Dále autor hovoří o nelegálním zneužívání psychoaktivních látek. Některé z psychoaktivních látek mohou být v určité míře použity k lékařským účelům, ale ve většině zemí je jejich jiné než lékařské použití postaveno mimo zákon. Většinou bývají nelegální látky označovány jako opiáty, kanabioidy, halucinogeny, deriváty kokainu či stimulantia (FISHER a ŠKODA, 2009).

Některé z psychoaktivních návykových látek jsou využívány zcela legálně, jako například alkohol, kofein nebo tabák. Jejich legální používání ovšem nijak nesnižují účinky těchto látek na psychiku ani riziko vzniku závislosti (FISHER a ŠKODA, 2009).

Droga je ta psychoaktivní látka, jenž je nezákonně zneužívána (PAVLOVSKÝ, 2012). Je to látka s psychotropním efektem, o kterém hovořil i Křivohlavý, tedy mění prožívání, má potenciál k závislosti a při jejím dlouhodobém zneužívání může uživatel ztratit kontrolu nad drogou (KALINA, 2015, KŘIVOHLAVÝ, 2009).

Nyní uvedu několik skupin drog a návykových látek, které Kalina seřadil podle míry jejich rizika pro závislé i pro společnost (KALINA, 2015).

Na prvním místě uvedl autor alkohol, jakožto nejrizikovější návykovou látku. Alkohol je ve většině zemí světa legální návykovou látkou, ale její škodlivost je vysoká pro uživatele i pro jejich okolí, zvláště pak při nadužívání této látky. Alkohol je užíván po celé planetě a Česká republika je na prvním místě v konzumaci piva. Alkohol se používá perorálně a rychle se vstřebává (KALINA, 2015).

Účinky alkoholu závisí na míře a době užívání a pohybují se od lehké intoxikace po těžkou intoxikaci se ztrátou vědomí a hrozící smrtí. Mezi krátkodobé účinky patří například poruchy rovnováhy či nevolnost, mezi dlouhodobé pak poruchy trávení, poškození oběhové soustavy. Při vysazení alkoholu po jeho intenzivní dlouhodobé konzumaci může u závislého nastat zvláštní forma odvykacího stavu typická pro závislost na alkoholu, a to delirium tremens, kdy se objevují poruchy vědomí, dezorientace, halucinace a bludy (KALINA, 2015).

Druhou nejnebezpečnější skupinou návykových látek jsou podle Kaliny opioidy a opiáty, tedy tlumivé látky vyvolávající euforický efekt. Mezi často se vyskytující opioidy patří heroin, typicky česká droga nazvaná braun, opium a metadon, což je látka využívaná při substituční léčbě. Nejrozšířenějším z těchto zástupců je heroin, jenž se v České republice nejvíce zneužívá v Praze a v severních Čechách (KALINA, 2015).

Opiáty a opioidy si uživatelé nejvíce aplikují intravenózně. Po krátkodobém užívání nastává útlum nervového systému, dechového centra, zúžení zornic, zvracení nebo intenzivní svědění, kdy se uživatel nepřestává škrábat po těle i v případě ztráty vědomí. Dlouhodobě tyto látky způsobují silnou psychickou i somatickou závislost, toleranci k míře denních dávek a vůbec celkové poškození organismu. Odvykací stav nastává již první den po vysazení a

projevuje se třesem, zvýšenou teplotou, pocením, slzením nebo zažívacími potížemi (KALINA, 2015).

Další skupinou rizikových návykových látek jsou farmaka s psychotropním účinkem. Závislost na těchto jinak legálních látkách často vzniká jejich užíváním nedoporučeným způsobem, patří sem léky ze skupiny sedativ, anxiolytik či hypnotik. V počátku bývá užívání farmak s psychotropním účinkem z důvodu léčebného (KALINA, 2015; FISHER a ŠKODA, 2009).

Charakteristická je perorální aplikace, ovšem záleží na dříve doporučeném použití léku, často závislý kombinují farmaka s psychotropním účinkem s alkoholem. Mezi účinky patří například silná únava, poruchy paměti, poruchy koordinace pohybů, agresivita či útlum dechového centra. V odvykacím stavu trpí závislý úzkostí, panikou a výrazným neklidem (KALINA, 2015).

U kanaboidů (konopných drog) je psychotropní látkou tetrahydrocannabinol (THC) a mezi nejčastější zástupce této nebezpečné a zatím nedostatečně probádané skupiny drog patří marihuana a hašiš. Kanabiody jsou nejrozšířenější skupinou nelegální drog a jsou užívány nejčastěji mezi patnácti až dvaceti čtyřmi lety (KALINA, 2015).

Uživatelé tyto látky obvykle kouří a účinky se objevují bezprostředně po použití, přičemž odezní zhruba do tří hodin. Kanabiody mají euforický účinek, způsobují nekontrolovatelný smích, uvolnění, zostření smyslů a po odeznění účinků u uživatelů nastává únava a otupělost. Může také způsobovat úzkosti, paniku, psychotické prožitky a vyvolat latentní psychickou poruchu. Odvykací stav není příliš závažný, projevuje se psychomotorickým neklidem, poruchami spánku či poruchami pozornosti (KALINA, 2015, FISHER a ŠKODA, 2009).

Halucinogeny vyvolávají poruchy vnímání, a to od zostření smyslů až po halucinace. Mezi nejčastější zástupce patří LSD nebo ketamin. Halucinogeny jsou celosvětově rozšířeny a začátek jejich užívání bývá spojen s experimentováním mladých lidí na nejrůznějších akcích ve spojitosti s tzv. tanečními drogami, o kterých budu hovořit dále (KALINA, 2015).

Halucinogeny si uživatelé aplikují převážně perorálně, někdy kouřením a výjimečně intravenózně. V krátkodobém horizontu účinkují v oblasti vnímání, způsobují změny ve vnímání, derealizaci, depersonalizaci, také tachykardii, bolesti hlavy a nevolnost. Při dlouhodobém užívání se mohou vyskytovat psychotické stavy, afektivní poruchy nebo osobnostní změny. Abstinenci od halucinogenů obvykle nedoprovází odvykací stav (KALINA, 2015).

„Psychostimulancia způsobují celkové povzbuzení organismu, zvyšují duševní i tělesný výkon. Vzestup výkonnosti je při opakovaném užití v krátkém odstupu spojen obvykle se zhoršením kvality. Vyšší dávky užití jednorázově nebo kumulativně mohou mít halucinogenní efekt“ (KALINA, 2015, s. 70).

V citaci výše Kalina popsal účinky nebezpečné skupiny drog nazývané psychostimulancia, neboli psychomotorická stimulancia, mezi které typicky patří metamfetamin (pervitin) a kokain. V České republice je nejrozšířenějším psychostimulanciem pervitin (KALINA, 2015).

Aplikace probíhá nejčastěji intravenózní nebo intranazální cestou. Každá aplikace těchto drog způsobuje aktivaci sympatiku, povzbuzení, ustoupení pocitu únavy, zrychlení krevního oběhu, také pohybové stereotypy, úzkost, paranoidní pocity. Při dlouhodobém užívání závislý nápadně hubne, nastává silná psychická závislost a může se projevit i toxická psychóza. Abstinenci od psychostimulancií doprovází odvykací stav v podobě cravingu, únavy, neklidu, depresí a tendencí k relapsům (KALINA, 2015).

Jako doplňkové drogy někteří uživatelé zneužívají například toluen, chloroform, éter, lepidla, ředidla, neboli skupinu těkavých látek, které Kalina popisuje následovně. „Chemické látky, alifatické, cyklické, aromatické uhlovodíky. Společnou vlastností je, že rozpouštějí tuky a lipidní látky, mají narkotický účinek... Efekt je zprostředkován narušením fluidity buněčné membrány“ (KALINA, 2015, s. 74).

K těkavým látkám patří specifický typ aplikace, kdy uživatelé návykovou látku inhalují a žádaný efekt přichází téměř ihned po aplikaci. Stav po takové inhalaci je popisován jako podobný stavu po akutní intoxikaci alkoholem. Nastávají poruchy vnímání, halucinace a spánek. Dlouhodobě se u závislého objevuje poškození mozku, agresivita, snížení intelektu, poškození dýchacích cest. Při odvykacím stavu závislý začne vnímat tělesné potíže vzniklé působením drog a má silný craving (KALINA, 2015).

Poslední zde zmíněná skupina drog se nazývá také jako drogy taneční z toho důvodu, že jsou zneužívány převážně na večírcích, při akcích s taneční nebo elektronickou hudbou nebo na hudebních festivalech. Mezi nejčastější zástupce patří takzvaná extáze (MDMA). Jedná se o nejčastější skupinu drog mezi mladými lidmi (KALINA, 2015).

Aplikace je typicky perorální a drogy se vstřebávají sliznicí zažívacího traktu. U uživatele nastává pocit klidu, ustupuje stres, zvyšuje se empatie a zostřuje se vnímání, i když méně výrazně, než například u výše zmíněných halucinogenů. Mezi možné nežádané účinky patří také nevolnost, nechutenství či poruchy spánku. Při dlouhodobém užívání dochází k poškození imunitního systému a serotonergních nervových zakončení. Odvykací stav se u závislého projevuje často neklidem a cravingem (KALINA, 2015).

V této podkapitole jsem zmínila mimo jiné jednu informaci týkající se kanaboidů, kterou považuji za velmi důležitou pro kapitolu věnované duálním diagnózám. Konkrétně se jedná o potenciál kanaboidů vyvolat latentní duševní poruchu, kterou často může být schizofrenie, čímž vzniká duální diagnóza.

2.2 Syndrom závislosti na návykových látkách

Rozhodla jsem se věnovat samostatnou kapitolu syndromu závislosti z důvodu zaměření celé této bakalářské práce na schizofrenii a duální diagnózy. Součástí duálních diagnóz je vždy syndrom závislosti, proto považuji za vhodné podrobněji jej popsat, což bude cílem podkapitoly s názvem Syndrom závislosti na návykových látkách.

Závislost je všeobecně rozdělena na fyzickou a psychickou (FISHER a ŠKODA, 2009, KALINA, 2015, WHO, 2014). Křivohlavý navíc zmiňuje závislost substanční, čili na návykových látkách, a závislost procesuální, kdy je jedinec závislý na určitých činnostech, jako je například práce nebo hraní počítačových her (KŘIVOHLAVÝ, 2009). V této práci se tedy zaměřuji na závislost substanční.

Syndrom závislosti popsala Světová zdravotnická organizace v Mezinárodní klasifikaci nemocí v rámci desáté revize a zařadila jej pod oddíl F10 až F19, Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek. Světová zdravotnická

organizace (WHO) zde rozdělila poruchy duševní a poruchy chování, které návykové látky způsobují.

Jedná se o akutní intoxikaci (.0), tedy stav přímo po užití psychoaktivní látky s příslušnými účinky, škodlivé použití (.1) vyskytující se po užití látky, které vede ke zdravotním obtížím (například poškození jater při užívání alkoholu), syndrom závislosti (.2), který popíšu níže, odvykací stav (.3), který obsahuje symptomy specifické po vysazení dané psychoaktivní látky, odvykací stav s deliriem (.4), jehož zástupcem je například delirium tremens u závislosti na alkoholu, psychotická porucha (.5) obsahující poruchy vnímání, myšlení či afektu, amnestický syndrom (.6) charakteristický poruchami paměti, psychotická porucha reziduální a s pozdním nástupem (.7), jiné (.8) a neurčené (.9), (WHO, 2014).

Před tyto poruchy duševní a poruchy chování patří v diagnostice položky podle druhu užívaných psychoaktivních látek. Jsou to poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu (F10), užíváním opioidů (F11), užíváním kanaboidů (F12), užíváním sedativ nebo hypnotik (F13), užíváním kokainu (F14), užíváním jiných stimulací včetně kofeinu (F15), užíváním halucinogenů (F16), užíváním tabáku (F17), užíváním prchavých rozpustidel (F18), užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek (F19), (WHO, 2014).

Dříve než přejdu k syndromu závislosti, ráda bych se detailněji věnoval psychotické poruše reziduální a s pozdním nástupem (.7). „Porucha, u níž změny v poznávání, afektu, osobnosti nebo chování, vyvolané alkoholem nebo psychoaktivní substancí, přetrvávají za období, kdy přímý účinek ve vztahu k psychoaktivní látce může být předpokládán. Nástup poruchy by měl mít přímý vztah k užití psychoaktivní látky. Případy, kdy se úvodní nástup stavu objevuje později než epizoda (epizody) užití látky, by měl být kódován zde jen tehdy, je-li dosažitelný jasný a přesvědčivý doklad, že tento účinek můžeme přisoudit reziduálnímu účinku psychoaktivní látky“ (WHO, 2014, s. 200).

Z uvedené citace vyplývá, že se diagnosticky stále nejedná o duální diagnózu, i přesto, že se psychóza objeví i po vysazení. Porucha je totiž přímo způsobena účinky psychoaktivní látky.

Nyní již přecházím k syndromu závislosti. „Soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, prioritou v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená

tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může být pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí“ (WHO, 2014, s. 198).

Samotný pojem závislost pochází od latinského slova „addictus“, což původně mělo význam jako předávání zboží v obchodní sféře, později předávání jiných látek (KŘIVOHLAVÝ, 2009). Hartl a Hartlová závislost považují za stav „chronické n. periodické otravy opakovaným použitím přirozené n. syntetické drogy, kt. poškozují postiženého i společnost“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 699).

„Začátek závislosti není příliš dramatický. Je jím např. první sklenka, první cigareta, první rizikový sexuální styk, první dávka drogy. Je jím popření toho, že něco není správně, popření morálních hodnot, ztráta perspektivy a správného vidění reality apod.“ (KŘIVOHLAVÝ, 2009, s. 204).

Syndrom závislosti je tedy diagnostický pojem a Hartl a Hartlová jej definují jinak než závislost, a to s odkazem na mnohokrát zmíněnou Mezinárodní klasifikaci nemocí. Dle něj je syndrom závislosti „silná, přemáhající, někdy nutkavá touha brát psychoaktivní látky, alkohol n. tabák“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 587). Nešpor považuje za nejvýznamnější charakteristiku syndromu závislosti touhu, čímž se shoduje s WHO i s Hartlem. Dodává ovšem, že pro diagnostiku syndromu závislosti je podmínkou, aby se během jednoho roku objevil alespoň jeden z následujících znaků (NEŠPOR, 2011, OREL, 2012).

Silná touha nebo pocit puzení, neboli craving či bažení je jedním ze základních znaků syndromu závislosti. Je to touha po účincích drogy, respektive návykové látky, kterou Isbell rozdělil na tělesnou a psychickou (cit. dle NEŠPOR, 2011). Důkaz psychického cravingu odborníci objevili v projevech mozkové činnosti, například při aktivaci mozečku, amygdaly či limbického systému. Také se často tento druh typicky projevuje zhoršením kognitivních funkcí, poruchami paměti, prodloužením reakčního času a poruchami pozornosti (cit. dle NEŠPOR, 2011). Dále silná touha po účincích drogy způsobuje uživateli rychlejší tep (cit. dle NEŠPOR, 2011) či zvýšené slinění zejména u alkoholové závislosti (cit. dle NEŠPOR, 2011).

Zhoršené sebeovládání se vzájemně ovlivňuje s bažením, kdy se typicky závislý ocitne ve spouštěcí situaci, kterou má spojenou s užíváním návykové látky (koncert, festival, společnost přátel), začne bažit, a tím se zhoršuje jeho sebeovládání. Také se může stát, že

bažení závislý zvládne a začne se podobným spouštěcím situacím vyhýbat. Zhoršené sebeovládání může také souviset s vyčerpáním, únavou, či s popíráním cravingu, což může vyvolávat silnou úzkost, zvýšit craving a sebeovládání ještě více oslabit (NEŠPOR, 2011).

„Obrazně řečeno tomu, kdo spadl do jámy, nepomůže, když v ní bude ještě odhodlaně hrabat. Opustit neúčinné strategie bývá prvním krokem ke zlepšení stavu“ (NEŠPOR, 2011, s. 15). Nešpor v textu výše vyjadřuje názor, že závislému nepomůže, pokud bude craving popírat a bojovat s ním tak, že se bude vystavovat spouštěcím situacím.

Dalším z kritérií pro závislost je odvykací stav, což je dle Mezinárodní klasifikace nemocí samostatná diagnóza, podobně jako syndrom závislosti. Podmínkami pro diagnostiku odvykacího stavu jsou vysazení nebo omezení užívání psychoaktivní látky, příznaky odpovídající charakteristikám odvykacího stavu na jednotlivých látkách a fakt, že k příznakům nelze přiřadit žádné jiné somatické onemocnění nezávislé na účincích psychoaktivní látky (NEŠPOR, 2011).

Čtvrtým kritériem syndromu závislosti je růst tolerance k dávkám návykové látky, kdy závislý potřebuje stále vyšší dávky pro dosažení žádaného účinku. Příčinou nutnosti zvyšování dávek je pravděpodobně nižší reaktivita centrální nervové soustavy, další variantou může být rychlejší odbourávání, například játry u závislosti na alkoholu (NEŠPOR, 2011).

Předposledním z uváděných kritérií je zanedbávání dřívějších zájmů a potěšení a postupné obětování veškerého času droze a jejímu shánění. Tato posedlost drogou je ovlivněna silnou touhou, čili bažením, účinky drogy, stavy po odeznění účinků, zmíněným principem zhoršeného sebeovládání a prožíváním odvykacího stavu (NEŠPOR, 2011).

„Někteří mladí lidé dychtiví nových podnětů a milující vzrušení chtějí vyzkoušet tu či onu drogu. Pokud se u nich vytvoří závislost, jejich životní styl se paradoxně stává velmi monotónním a jednotvárným (intoxikace, zotavení se z ní, shánění prostředků na drogu nebo drogy samotné, intoxikace atd.) Na uvedenou skutečnost je možné poukázat při zvyšování motivace“ (NEŠPOR, 2011, s. 21).

Posledním kritériem je pokračování v užívání i přes škodlivost následků drogy. Příkladem může být situace, kdy závislý pokračuje v konzumaci alkoholu, i přes lékařské upozornění na zásadně poškozená játra (NEŠPOR, 2011).

V této podkapitole jsem popsala závislost, syndrom závislosti a kritéria pro syndrom závislosti v návaznosti na uváděné zdroje. Na závěr přidávám citaci z díla Psychopatologie z roku 2012, kde Orel nabízí vysvětlení, proč lidé vůbec podléhají závislosti. Tato citace dle mého názoru vhodně uzavírá podkapitolu o syndromu závislosti.

„Závislost v určitém slova smyslu provází člověka od početí. A je **přírozenou tendencí člověka a vývojově daným aspektem** lidské psychiky i samotné mozkové činnosti. Vždyť po dobu zhruba devíti měsíců žijeme nitroděložně ve vztahu absolutní závislosti (totálně existenčního typu) na matce... Od počáteční „vysoké míry závislosti“ se postupně stáváme „relativně nezávislími“. Určitá **míra závislosti** (a tendence k ní) je pro nás ale do značné míry přirozená po celý další život“ (OREL, 2012, s. 110).

2.3 Léčba syndromu závislosti na návykových látkách

„Mohu vás ubezpečit, že jsme pro návykové nemoci léčili vrcholové sportovce a další lidi, u kterých lze předpokládat silnou vůli. Někdy sebeovládání zhoršuje právě přehnané nároky, které na sebe tito lidé mají, a to pak vede k chronickému vyčerpání. Někteří lidé si také pletou vůli a úzkostné, křečovité napětí, což může sebeovládání také spíš zhoršovat. Pokusy a použití nesprávně pochopené „vůle“ mohou tedy paradoxně sebeovládání ještě zhoršit. Mnohem účinnější by v tomto případě byla např. relaxace, někomu se svěřit nebo i to, co doporučují svépomocné organizace typu Anonymních alkoholiků, totiž „předat svoji vůli a svůj život do péče Boha tak, jak ho chápeme“ (NEŠPOR, 2011, s. 15).

Úvodní citací navazuji na předchozí podkapitolu o syndromu závislosti, kde jsem mimo jiné hovořila o znacích syndromu závislosti a jak závislý ztrácí sebeovládání v důsledku silné touhy po účincích drogy. Závislým na návykové látce se může stát i člověk, u kterého ostatní předpokládají silnou vůli, ovšem craving a závislost jej tolik vyčerpává, že svou vůli nedokáže uplatnit. Životní styl závislého tedy potřebuje zásah odborné pomoci.

Tato podkapitola bude věnována léčbě syndromu závislosti na návykových látkách a budou zde vystihnuty některé podstatné rozdíly mezi léčbou psychotických onemocnění a syndromem závislosti, a zároveň i jejich podobný princip.

Rozdíl v léčbě závislosti na alkoholu a nelegálních drog je v legálnosti daných návykových látek, tedy u léčby závislosti na drogách je naléhavým cílem absolutní abstinence

od těchto nelegálních látek (KŘIVOHLAVÝ, 2009). Fisher a Škoda považují za podmínky léčby drogově závislých nutnost pomoci odborníků, orientaci na sociální integraci a především motivace pacienta a jeho rozhodnutí pro ukončení užívání látek (FISHER a ŠKODA, 2009, NEŠPOR, 2011, KALINA, 2015).

Nešpor rozděluje léčbu syndromu závislosti na farmakologickou, abstinenčně orientovanou a detoxikační (NEŠPOR, 1996). Pavlovský ji z hlediska léčebného prostředí rozdělil na ambulantní a ústavní. Ústavní léčba může souviset i s kriminalitou a o léčbě závislého rozhoduje i soud v rámci nařízeného ochranného léčení. Jako zvláštní typ léčby dále zmínil terapeutické komunity (PAVLOVSKÝ, 2012).

Krajský úřad Středočeského kraje ve spolupráci s magistrátem hlavního města Prahy a terapeutickou komunitou Magdaléna, o.p.s. v roce 2007 vydal publikaci, kde popisuje tři přístupy ve vývoji léčby drogově závislých. Jako první zde autoři zmínili preskripci zneužívané látky, kde byly dávky dané návykové látky odborně kontrolovány a mohly být postupně snižované. Tento přístup byl později nahrazen podáváním substituční látky, například metadonu (NEVŠÍMAL, ed., 2007).

Později byla prosazována léčba vedoucí k abstinenci s důrazem na kombinaci farmakoterapie a psychoterapie. S rozšířením infekčních chorob ve společnosti drogově závislých přichází přístup zvaný harm reduction, jehož cílem je snížení zdravotních a společenských dopadů (NEVŠÍMAL, ed., 2007, KALINA, 2015).

Pro efektivitu léčby syndromu závislosti na návykových látkách je dle Nešpora potřeba dodržovat třináct kritérií, které uvádí ve své publikaci z roku 2011 (NEŠPOR, 2011).

„1. Ne každá léčba se hodí pro každého... 2. Léčba by měla být rychle dostupná. 3. Léčba by měla reagovat na různé potřeby pacienta včetně zdravotních, psychologických, sociálních a právních. 4. Léčba by měla být dostatečně pružná a reagovat na měnící se potřeby pacienta. 5. Pro efektivitu léčby je kriticky důležité její trvání... 6. Léčba by měla zahrnovat individuální nebo skupinové poradenství a kognitivně-behaviorální postupy. 7. U mnoha pacientů je důležitou součástí léčby podávání vhodných léků. 8. Pacienti, kteří trpí kromě závislosti i jinou duševní poruchou, by měli být integrovaně léčení pro obojí. 9. Detoxikace, která pomáhá překonat odvykací stav, je pouze prvním stadiem léčby, ale sama o sobě má malý efekt. 10. Efektivní léčba nemusí být dobrovolná... 11. Během léčby je třeba zjišťovat, zda nedochází k porušování abstinence. 12. Léčba by měla zahrnovat i vyšetření na

HIV/AIDS, žloutenky, tuberkulózu a další infekční nemoci... 13. Překonávání závislosti může být dlouhodobý proces a může vyžadovat opakované léčby“ (NEŠPOR, 2011, s. 101, 102).

Z citace vyplývá, že autor považuje za vhodné kombinovat farmakoterapii, psychoterapii i zaměření na sociální integraci pacienta, jinými slovy by léčba měla být komplexní (NEŠPOR, 2011).

Farmakoterapie je tedy využívána i při léčbě syndromu závislosti, ale její použití je značně individuální. Význam farmakoterapie se liší v závislosti na prostředí, ve kterém léčba probíhá. Pokud se pacient pohybuje v chráněném prostředí například terapeutické komunity, může sloužit farmakoterapie jako vhodná podpora léčby. Nachází-li se pacient ve svém přirozeném prostředí a navštěvuje ambulantní léčebné zařízení, farmakoterapie zastupuje častou klíčovou roli při léčbě (KALINA, 2015).

Farmakoterapie v rámci syndromu závislosti zahrnuje farmaka užívaná k averzivní terapii, například apomorfin nebo antabus, a farmaka pro snížení bažení nebo požitků z užití drogy a návykové látky, například akaprosát. V averzivní terapii jsou využívána farmaka k vyvolání zvracení či jiných nepříjemných vegetativních potíží (kupříkladu bolesti hlavy, tachykardie) v případě požití návykové látky. Farmaka pro snížení bažení napomáhají závislému v jeho sebeovládání a jistějšímu pobytu například v prostředí, kde se může s drogou setkat (KALINA, 2015).

Zvláštním typem léčby syndromu závislosti je substituční léčba fungující na principu náhrady drog a návykových látek za látku bezpečnější pro společnost i pro závislého. Podle Standardu substituční léčby jsou pro tento typ léčby v současnosti využívány jen dvě substituční látky, a to methadon a buprenorfin (MZ ČR, 2001).

Substituční léčba je časově neomezená a využívána především u syndromu závislosti na opioidech z několika důvodů. Tím zásadním je, že substituční látka je na rozdíl od drogy legální, podávána zdarma a na předpis a je přesně známo její chemické složení. Cílem substituční léčby je snížení kriminality, vytvoření prostoru pro sociální rehabilitaci či psychoterapii a snížení rizika zdravotních komplikací (KALINA, 2015).

„Částí laiků i odborníků je substituce z různých důvodů vnímána kontroverzně. Buď substituční léčbu nepovažují za plnohodnotnou léčbu, nebo z jejich pohledu klient v substituci neabstínuje, ale pokračuje v užívání. Proto bychom v úvodu rádi zmínili, že substituce je podle současné klasifikace plnohodnotnou formou abstinence“ (KALINA, 2015, s. 378).

Další nedělitelnou součástí léčby syndromu závislosti je psychoterapie. V individuální psychoterapii závislých mají svou tradici behaviorální přístupy fungující na principu klasického a operantního podmiňování. Klasické podmiňování zde působí podobně jako u farmakoterapie averzivní léčba, tedy cílem je připodobnit závislému drogu k nějakému negativnímu prožitku. Přístup zahrnuje také nácvik sebekontroly, relaxace či asertivního chování (KALINA, 2015).

O teorii operantního podmiňování se například opírá tzv. pobídková terapie, v rámci níž je posilováno žádoucí chování, kterým je například abstinence, nebo přístup využívající bodování a sankce pro chování nežádoucí (KALINA, 2015).

Kromě psychoterapie individuální hrají klíčovou roli v léčbě drogově závislých i psychoterapie skupinová a terapeutické komunity. Pro drogově závislé jsou vytvářeny motivační skupiny či skupiny s blízkými. Psychoterapeutické skupiny i terapeutické komunity jsou zaměřeny na vztahy s okolím, sociální integraci a na vzájemnou podporu závislých (KALINA, 2015).

V této podkapitole jsem shrnula důležité aspekty léčby syndromu závislosti. Následující kapitola bude věnována duálním diagnózám, a proto považuji za vhodné srovnat v závěru podkapitoly rozdíly v léčebných přístupech u psychotických onemocnění a u syndromu závislosti. V obou případech je využívána intenzivní komplexní léčba zahrnující farmakoterapii, psychoterapii i sociální integraci. Zatímco se u psychotických pacientů počítá s jejich zranitelností a odborníci jsou spíše opatrnější, u závislých jsou odborníci přísní a důslední. Zde je ten podstatný rozdíl ve dvou různých přístupech. Problematikou kombinace těchto přístupů se tedy budu zabývat v další kapitole.

3 DUÁLNÍ DIAGNÓZY

3.1 Specifika léčby duálních diagnóz

Nyní se dostávám k dalšímu tématu této bakalářské práce, a to k tématu duálních diagnóz. V předchozích kapitolách jsem popsala schizofrenii a syndrom závislosti, což jsou dvě nemoci, které se mohou vyskytovat současně, a tím vzniká duální diagnóza, náročná na diagnostiku a léčbu. V této podkapitole popíšu specifické podrobnosti duálních diagnóz a jejich léčby.

Ve zdrojích uvedených v této práci je shoda v definici duální diagnózy. Jde o specifický druh komorbidity, tedy souběhu dvou psychiatrických nemocí. Evans píše, že duální diagnózou trpí jedinci se syndromem závislosti na návykových látkách a zároveň nějakým druhem psychotického onemocnění, poruchami afektu nebo poruchou osobnosti (EVANS, 2012)[překlad dle autora].

„Pojem „duální diagnóza“ je v adiktologické i psychiatrické literatuře používán pro souběh poruchy z užívání návykových látek a jiné psychické poruchy. V podstatě jde o specifický typ psychiatrické komorbidity, jíž se obecně rozumí výskyt dvou a více psychických poruch u jednoho pacienta/klienta“ (KALINA, 2015, s. 211).

Podobnou definici uvádí i Kremláčová. „Pojmem duální diagnóza (komorbidita) označujeme stav, kdy má klient diagnostikované psychiatrické onemocnění a souběžně závislost na alkoholových a nealkoholových drogách, případně patologického hráčství“ (KREMLÁČOVÁ, 2012, s. 2). Zde si lze všimnout, že autorka uvádí jako druhou diagnózu nejen syndrom závislosti, ale i patologické hráčství, čímž se liší od ostatních zmíněných definicí.

Kalina ovšem zdůrazňuje, že problematika duálních diagnóz se týká jen syndromu závislosti na návykových látkách, nikdy ne akutní intoxikace ani škodlivého použití (KALINA, 2015). Obě diagnózy svým charakterem ovlivňují tu druhou, a tím významně ovlivňují léčbu, kdy je vyžadován specifický přístup k pacientům s duální diagnózou (PĚČ aj., 2009).

Komplikace ze strany syndromu závislosti mohou být specifické zhoršením symptomů duševní nemoci vlivem účinků návykové látky. Léčbu syndromu závislosti naopak komplikují samotné symptomy duševní nemoci, kdy pacientovi může například chybět dostatek náhledu a kontaktu s realitou. Souběh dvou závažných onemocnění může pak způsobovat například bezdomovectví, ztrátu sociálních kontaktů či zvýšenou kriminalitu (PĚČ aj., 2009).

Duální diagnóza vzniká čtyřmi různými způsoby. Pokud je primární diagnózou duševní nemoc, může být například příčinou vzniku syndromu závislosti sklon k závislosti na alkoholu, co se týče schizofreniků. U primární diagnózy syndromu závislosti může užívání návykové látky vyvolat latentní duševní nemoc, o čemž jsem hovořila v předchozí kapitole (KREMLÁČOVÁ, 2012).

Existuje také možnost vzniku obou nemocí zároveň, například v adolescenci, kdy je vulnerabilní jedinec náchylný k syndromu závislosti i k další duševní nemoci. Specifickým typem vzniku je případ, kdy obě nemoci propuknou ve stejný čas a obě jsou vyvolány traumatickým zážitkem. Často je takto v kombinaci syndrom závislosti na alkoholu a afektivní poruchy (KREMLÁČOVÁ, 2012).

Uvádění autoři se také shodují na modelech léčby, kdy uvádějí celkem tři způsoby, jak léčit pacienty s duální diagnózou v rámci specializovaných pracovišť. Podle modelu sukcesivního, neboli sekvenčního je léčena doslova jedna diagnóza po té druhé s tím, že záleží na naléhavosti léčby diagnóz. V paralelním modelu jsou obě diagnózy léčeny najednou, ovšem každá v jiném odborném zařízení. Obě diagnózy jsou souběžně léčeny i v prosazovaném integrovaném modelu. Zde jsou ale léčeny v jednom zařízení (KALINA, 2015, KREMLÁČOVÁ, 2012).

Kalina také hovoří o psychotických symptomech typických pro určitý druh návykové látky. Podle tohoto autora se u uživatelů pervitinu objevují tzv. pervitinové psychózy, kdy jedinec trpí paranoidními bludy, pro uživatelů kanaboidů jsou typické kanabisové psychózy podobné simplexnímu typu schizofrenie, u alkoholových psychóz se objevují paranoidní bludy specifické žárlivosti. Nejde ovšem o schizofrenii, protože tyto příznaky by měli odeznít do šesti měsíců (KALINA, 2015).

V této podkapitole jsem narazila na témata týkající se empirické části práce. Z textu výše vyplývá, že integrovaný přístup je zaměřen na komplexní léčbu duálních diagnóz, respektive hledá přístup k těmto pacientům odlišný od přístupů ke schizofrenikům i k závislým, čemuž může napomoci i nalezení specifických projevů vybraných schizofrenních symptomů u duálních diagnóz. To, že se u pacientů tyto specifické projevy objevují, naznačují i typické toxické psychózy pro uživatele návykových látek. Ve svém výzkumu se budu zabývat otázkou, zdali typické psychotické příznaky odpovídají i schizofrenii.

3.1.1 Reforma psychiatrické péče

V předchozí podkapitole jsem zmínila nutnost nalezení specifického přístupu v léčbě duálních diagnóz. Odborníci si v rámci probíhající reformy psychiatrické péče v České republice kladou mimo jiné za cíl zvýšení kvality poskytování psychiatrické péče, což vytváří

podmínky právě pro hledání tohoto specifického přístupu. Z toho důvodu jsem se rozhodla následující odstavce věnovat zmíněné reformě psychiatrické péče.

V roce 2013 Ministerstvo zdravotnictví České republiky vytvořilo Strategii reformy psychiatrické péče, čímž reaguje na zastaralý systém poskytování psychiatrické péče v České republice. Odborníci podílející se na reformě se shodují v názoru, že se zejména lůžková psychiatrická péče od devadesátých let příliš nevyvíjí, chybí provázanost poskytovaných služeb a psychiatrická péče je financována velmi nestabilně (WHO, 2014, MZČR, 2013, WINKLER, 2013).

„Komunitní psychiatrickou péči se v ČR dosud nepodařilo systémově rozvinout, psychiatrická péče má tudíž z velké části institucionální charakter. Perspektivními složkami komunitní péče je poměrně hustá síť psychiatrických a klinicko-psychologických ambulancí. Od devadesátých let minulého století došlo k mírnému rozšíření denních stacionářů a psychoterapeutické péče“ (MZČR, 2013, s. 19). Komunitní psychiatrická péče je jedním z cílů, kterého chtějí odborníci dosáhnout. Uvádějí, že tento druh péče již poměrně dobře funguje u léčby drogově závislých (MZČR, 2013).

Reforma psychiatrické péče má do roku 2023 přinést zlepšení kvality života uživatelů psychiatrické péče a celkové zlepšení duševního zdraví obyvatelstva. Proto byly stanoveny čtyři základní pilíře, které prolínají všechny cíle reformy, tedy organizace, legislativa, finance a edukace (MZČR, 2013).

Ministerstvo stanovilo sedm strategických cílů, kterých je třeba dosáhnout konkrétními opatřeními. Jedná se o zvýšení kvality poskytování psychiatrické péče systémovou změnou. Toho lze dle Ministerstva zdravotnictví dosáhnout zakládáním takzvaných Center duševního zdraví, které budou koncentrovat co nejvíce potřebných služeb pro uživatele psychiatrické péče, a stabilizací financování péče (MZČR, 2013).

Druhým cílem je destigmatizace duševně nemocných. Ministerstvo chce snížit stigmatizaci uživatelů psychiatrické péče tím, že budou podpořeny edukační programy pro odbornou i laickou veřejnost. Vzděláváním chtějí odborníci také zvýšit spokojenost uživatelů a jejich rodin s poskytováním psychiatrické péče (MZČR, 2013).

Uplatněním konsiliárních týmů na klinických pracovištích se má zefektivnit psychiatrická péče včasnou diagnostikou. Jako pátý cíl je stanoveno plnohodnotné začlenění pacientů do společnosti, k čemuž má přispět zavedení Center duševního zdraví, rozšíření sítě

poskytovatelů psychiatrické péče a zavedením vyšší provázanosti služeb zdravotních, sociálních, návazných a dalších (MZČR, 2013).

Samotná provázanost těchto služeb je i šestým strategickým cílem, kdy mají jednotlivé organizace efektivně spolupracovat. Posledním, sedmým strategickým cílem je humanizace psychiatrické péče, k čemuž mají přispět již zmiňovaná Centra duševního zdraví, redukce lůžkových oddělení a stabilizace financování (MZČR, 2013).

Nyní jsem uvedla základní koncepty Strategie reformy psychiatrické péče v České republice. Jak jsem již zmínila v úvodu této podkapitoly, reforma může vytvořit vhodné podmínky pro nový způsob léčby duálních diagnóz, což vyplývá i ze strategických cílů, které jsem popsala výše.

3.2 Aktuální vybrané výzkumy v oblasti duálních diagnóz

V poslední podkapitole teoretické části své bakalářské práce vyberu několik zahraničních výzkumů, které proběhly na poli duálních diagnóz a schizofrenie. Výzkumy se týkají léčby, vlivu drog či vzniku obou onemocnění, a tudíž navazují na předešlý text.

Jako první jsem zvolila výzkum z roku 2014, který proběhl v Londýně v rámci organizací Department of Psychiatry a Institute of Psychiatry a jehož autoři jsou Khodayar Shahriyarmolki a Tim Meynen. Výzkumníci hledali chybějící prvek léčby duševní nemoci u pacientů s duální diagnózou v komunitách pro drogově závislé. Jejich předpokladem bylo, že není prováděna dostatečná diagnostika a léčba duálních diagnóz ve zmíněných komunitách a v léčebných zařízeních pro léčbu závislosti na alkoholu (SHAHRIYARMOLKI a MEYNEN, 2014).

Výzkumu se zúčastnilo 227 uživatelů léčby syndromu závislosti, kterým výzkumníci nejprve diagnostikovali duální diagnózu a poté zkoumali jejich zdravotní anamnézu, především se zaměřili na osobní historii léčby duševní nemoci. Ukázalo se, že sedmdesát dva procent dotázaných trpělo duální diagnózou, přičemž polovina z nich v době provádění výzkumu nebyla léčena pro duševní nemoc a třicet sedm procent nikdy pro duševní nemoc léčeno nebylo. Autoři tak potvrdili svou domněnku nedostatku v léčbě duálních diagnóz (SHAHRIYARMOLKI a MEYNEN, 2014).

Další výzkum byl proveden v roce 2015 na Psychiatrické klinice v Ankaře v Turecku a byl orientován na výzkum vlivu premorbidní poruchy osobnosti u pacientů s duální diagnózou a se schizofrenií. Cílem výzkumu bylo vysvětlit důvod, proč vzniká syndrom závislosti a následně duální diagnóza. Autoři předpokládali, že na vznik duální diagnózy a schizofrenie má efekt premorbidní osobnost pacienta, konkrétně premorbidní porucha osobnosti (ALTUNSOY aj., 2015).

Výzkumným vzorkem bylo čtyřicet mužů s duální diagnózou a v kontrolní skupině bylo také čtyřicet mužů, ovšem se schizofrenií. Výzkumníci prováděli se všemi respondenty a jejich rodinnými příslušníky strukturovaný klinický rozhovor vytvořený podle Diagnosticko statistického manuálu v třetí revizi pro diagnostiku premorbidní osobnosti (ALTUNSOY aj., 2015).

Ve výsledcích vyšlo, že premorbidní poruchu osobnosti mělo osmdesát procent dotázaných pacientů s duální diagnózou a sedmdesát procent dotázaných pacientů se schizofrenií. U pacientů s duální diagnózou se nejčastěji objevovala porucha osobnosti disociální (35% u duální diagnózy, 0% u schizofrenie) a hraniční (37,5% u duální diagnózy, 5% u schizofrenie), zatímco u pacientů se schizofrenií převažovala porucha osobnosti vyhýbavá čili anxiózní (10% u duální diagnózy, 35% u schizofrenie) a anankastická neboli obsesivně-kompulzivní (0% u duální diagnózy, 15% u schizofrenie), (ALTUNSOY aj., 2015).

„Schizophrenic patients with substance use comorbidity variously differ from those without comorbidity and some of these differences may be associated with premorbid personality disorders“ (ALTUNSOY aj., 2015). V závěru autoři shrnují výsledky tím, že poukážou na rozdíl mezi pacienty se schizofrenií a s duální diagnózou, jehož příčinou může být právě porucha osobnosti před projevením nemoci (ALTUNSOY aj., 2015) [překlad dle autora].

Předpokladem posledního výzkumu byl vliv marihuany na vznik psychózy. Výzkum byl zveřejněn v časopise Canadian Journal of Psychiatry a autoři Louisa Degenhardt, Wayne Hall si kladli za cíl zjištění, zdali užívání marihuany způsobuje schizofrenii u vulnerabilních adolescentů a mladých dospělých (DEGENHARDT a HALL, 2006).

Byla provedena longitudiální studie v rámci pěti zemí pro zjištění potenciálních souvislostí mezi užíváním marihuany a vznikem schizofrenie. Výzkum byl doplněn také kontrolní studií pro zjištění vlivu užívání jiných drog či osobnostních předpokladů na vznik

schizofrenie. Výsledkem bylo potvrzení předpokladu, kdy užívání marihuany skutečně spustilo schizofrenii u účastníků výzkumu, kteří byli vulnerabilní, a to díky osobnostním předpokladům, například kvůli dřívějšímu výskytu schizofrenie v rodině (DEGENHARDT a HALL, 2006).

Podkapitolu považuji za vhodné ukončení kapitoly i celé teoretické části bakalářské práce, na kterou budu navazovat empirickou částí. Dotkla jsem se zde tématu léčby a také jisté odlišnosti duální diagnózy od schizofrenie, zapříčiněné pravděpodobně osobností pacienta a užíváním drog. K uvedeným výzkumům se vrátím v diskuzi této práce.

4 EMPIRICKÁ ČÁST

4.1 Metodologie výzkumu

Na základě teoretických poznatků uvedených v předchozích kapitolách této bakalářské práce byl zvolen výzkumný projekt, ve kterém budu zkoumat specifika schizofrenních symptomů u osob s paranoidní schizofrenií a u osob s duální diagnózou. Vybranými schizofrenními symptomy (příznaky) míním negativní a pozitivní příznaky z oblasti psychických funkcí vnímání, myšlení, emocí a chování, které jsem popsala v podkapitole 1.3. Cílovou skupinou respondentů se staly zmíněné osoby v dospělém věku využívající sociálních služeb organizace Bona, o.p.s.

Celý název výzkumného projektu zní Specifika vybraných příznaků schizofrenie u osob s paranoidní schizofrenií a u osob s duální diagnózou.

Cílem výzkumu bylo zjistit specifika vybraných příznaků schizofrenie u osob s paranoidní schizofrenií a u osob s duální diagnózou. K tomu byla zvolena kvalitativní metoda polostrukturovaného rozhovoru. Dalším krokem byla interpretativní tématická analýza (BRAUN a CLARKE, 2012).

„TA is a method for systematically identifying, organizing, and offering insight into patterns of meaning (themes) across a data set“ (BRAUN a CLARKE, 2012, s. 57). Tématická analýza je kvalitativní metoda, která nabízí vhled do témat v získaných datech pomocí jejich systematické organizace a interpretace (BRAUN a CLARKE, 2012, s. 57)

[překlad dle autora této práce]. Tento vhlad výzkumník získává v průběhu šesti fází (BRAUN a CLARKE, 2012).

První fází je bližší seznámení se získanými daty, v případě tohoto výzkumného projektu se jednalo o detailní poslech audio nahrávky, následné přepsání a čtení prepisů rozhovorů. Druhou fází je přiřazování počátečních kódů nesoucí význam vybraných částí rozhovoru. Dalším krokem je již hledání témat, konkrétně hledání kódů nesoucí společný význam. Dále jsou potenciální témata přezkoumána, zdali nesou význam užitečný pro výzkum, zdali existuje dostatečné množství dat na podporu konkrétního tématu, či jestli se nejedná pouze o jeden kód. Pátou fází je pojmenování vybraných témat a posledním krokem je vypracování zprávy o získaných datech, kterou lze v tomto případě nalézt v podkapitolách nazvaných Analýza získaných dat a Interpretace získaných dat (BRAUN a CLARKE, 2012).

Metoda polostrukturovaného rozhovoru byla doplněna studiem dokumentace organizace Bona, o.p.s. týkající se oslovených respondentů. Jako alternativní metoda místo rozhovoru byl nabídnut kvalitativní dotazník, tuto možnost ovšem nakonec žádný z respondentů nevyužil.

Plánovanými výstupy výzkumného projektu budou záznamy rozhovorů s respondenty, kvalitativně zpracovaná získaná data, interpretace dat a odpovědi na hlavní a dílčí výzkumné otázky.

4.1.1 Požadavky na uskutečnění výzkumného projektu

Požadavky na uskutečnění tohoto výzkumného projektu mohou rozdělit na personální a věcné. Těmi personálními je spolupráce s odborníky z organizace Bona, o.p.s., účast na studentské stáži v této organizaci a následná pomoc s výběrem respondentů. Věcnými požadavky míním vytištěný informační souhlas a nahrávací zařízení pro účely rozhovoru.

4.1.2 Hlavní a dílčí výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka, která bude zodpovězena v rámci interpretace, zní

Jaká jsou specifika vybraných příznaků schizofrenie u osob s paranoidní schizofrenií a u osob s duální diagnózou?

Dále budou zodpovězeny následující dílčí výzkumné otázky:

Dílčí výzkumná otázka č. 1: Jaké jsou specifické projevy pozitivních schizofrenních příznaků u osob s duální diagnózou?

Dílčí výzkumná otázka č. 2: Jaké jsou specifické projevy negativních schizofrenních příznaků u osob s duální diagnózou?

Dílčí výzkumná otázka č. 3: Jaké prostředky byly použity pro léčbu schizofrenních příznaků u obou skupin respondentů?

Dílčí výzkumná otázka č. 4: Jakými individuálními prostředky respondenti zvládali svou nemoc?

Dílčí výzkumná otázka č. 5: Jaké negativní či pozitivní příznaky u respondentů přetrvávají do současné doby?

4.2 Porozumění tématu výzkumu

Při volbě tohoto výzkumného projektu vycházím z praxe i teorie. V praxi jsem si všimla drobných odlišností a specifičnosti pacientů trpících duální diagnózou. Při nastudování teoretických poznatků, zahraničních i tuzemských, jsem poznala, že drobná specifika u této skupiny pacientů pozorují i odborníci. Zmíněná specifika jsou projevena například v nárocích na léčbu, v ovlivnění psychoaktivními látkami či v premorbidní osobnosti, jak jsem zmínila v kapitole 3.2.

V současnosti probíhá reforma psychiatrické péče v České republice, tedy zkvalitnění poskytování psychiatrické péče, zároveň s tím probíhá i vzdělávání odborníků mimo jiné i v oblasti duálních diagnóz. Náplní vzdělávání je i hledání přístupu k pacientům s duální diagnózou.

Nalezení konkrétních specifik v projevech příznaků u duální diagnózy může napomoci k porozumění nemoci, a tím zefektivnění odborné pomoci. Mým předpokladem je, že při interpretaci dat vyjdou najevo určitá specifika projevujících se ve schizofrenních příznacích u pacientů s duální diagnózou, a to v jejich pozitivních i negativních příznacích. Předpokládám, že příznaky a jejich zvládání odborné i individuální budou komplikovány syndromem závislosti.

V diskuzi se pak budu zabývat odlišnosti mezi schizofrenními příznaky u duální diagnózy a u paranoidní schizofrenie. Z toho důvodu byla zvolena i druhá skupina respondentů, a to osoby s paranoidní schizofrenií.

4.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Konečný počet respondentů je tedy 7, z toho 6 respondentů souhlasilo s metodou polostrukturovaného rozhovoru i studiem dokumentace a 1 respondent souhlasil pouze se studiem dokumentace. Všichni respondenti byli osloveni v rámci organizace Bona, o.p.s., kde všichni využívají sociálních služeb chráněného bydlení.

Mezi respondenty se nacházejí tři osoby s diagnózou paranoidní schizofrenie, tři osoby s duální diagnózou a jedna osoba se schizotypální poruchou, která nezapadá mezi plánovaný výzkumný vzorek, i přesto jsem tohoto respondenta zařadila.

V této charakteristice výzkumného vzorku záměrně uvádím označení „předpokládaná diagnóza“, jelikož respondentům se jejich diagnózy během léčby mění. Vycházím z aktuálního vyjádření ošetřujících psychiatrů obsaženém v dokumentaci.

Označení respondenta	Pohlaví	Předpokládaná diagnóza	Závislost na návykové látce	Pozitivní schizofrenní symptomy	Negativní schizofrenní symptomy
Respondent č. 1	muž	Paranoidní schizofrenie	/	zvýšená smyslová citlivost, úzkost, strach, neklid	apatie, ztráta zájmů, sociální izolace
Respondent č. 2	žena	Paranoidní schizofrenie	/	vizuální, sluchové halucinace, paranoidní a persekční bludy	snížení mimiky obličeje, deprese, pocit méněcennosti
Respondent č. 3	muž	Duální diagnóza	Pervitin	sluchové a vizuální halucinace, extrapotenční bludy	emoční oploštělost, porucha koncentrace pozornosti, abulie
Respondent č. 4	žena	Paranoidní schizofrenie	/	paranoidní bludy, úzkost, strach, neklid	deprese, sebevražedné myšlenky
Respondent č. 5	muž	Schizotypální porucha	/	neklid, úzkost	deprese, sebevražedné myšlenky, pocit

					méněcennosti
Respondent č. 6	muž	Duální diagnóza	marihuana, LSD, alkohol	sluchové halucinace, persekucní a paranoidní bludy, nespavost	emoční oploštělost, abulie, porucha koncentrace pozornosti, ospalost
Respondent č. 7	muž	Duální diagnóza	marihuana	bludy a halucinace s neznámým obsahem	emoční oploštělost, apatie, abulie

4.4 Analýza získaných dat

Data byla získávána pomocí kvalitativní metody polostrukturovaného rozhovoru. Respondenti byli na začátku rozhovoru vyzváni, aby vyprávěli, jak vypadala jejich situace od doby, co se u nich projevila jejich nemoc, následně pak byli doptáváni. Nejčastěji byly pokládány následující otázky:

1. Jak a kdy jste si všiml, že jste nemocný? Popřípadě, kdo z vašeho okolí si toho všiml?
2. Jaké příznaky měla vaše nemoc?
3. Jak probíhala léčba a co vám říkali lékaři?
4. Pokud se na to cítíte, povězte mi, prosím, jak se u vás příznaky dále vyvíjeli.
5. Co myslíte, že vám v nemoci pomohlo a co naopak ne?
6. Pokud byste chtěl odpovídat, ráda bych se vás nyní zeptala, jestli nějaké příznaky stále přetrvávají. Pokud nechcete, nemusíte odpovídat.
7. Ráda bych vás znovu upozornila na dobrovolnost a naprostou anonymitu rozhovoru. Jak byste popsal chvíle či situace, kdy cítíte, že se příznaky mírně vracejí? Kdy se tak stává?
8. Pokud byste chtěl a mohl, jak byste popsal podle vás nejtěžší zážitek, co se týče vaší nemoci?
9. Co vám nyní pomáhá? Co vás baví?
10. Co myslíte, že se vám podařilo a stále daří?

11. Co byste doporučil těm, kteří se dostanou do podobné situace?

Každý z respondentů byl upozorněn na anonymitu a dobrovolnost celého procesu rozhovoru, tedy měli i právo neodpovídat na otázky, přerušit či ukončit rozhovor. Délka rozhovoru byla v průměru 15 minut, nejkratší rozhovor trval 8 minut, nejdelší 31 minut. Délka rozhovoru se odvíjela od rychle nastupující únavy některých respondentů a související ochotou dále se zamýšlet a doplňovat svou výpověď. Dále byl každý respondent požádán o nahlédnutí a následné zpracování dokumentace organizace Bona, o.p.s. týkající se jeho osoby. K tomuto účelu byl vytvořen další informovaný souhlas.

Respondent č. 1

Předpokládaná diagnóza: paranoidní schizofrenie (F20.0)

Nástup do chráněného bydlení a důvod nástupu: květen 2014, uplynutí doby hospitalizace v psychiatrické nemocnici v Bohnicích, na doporučení ošetřujícího psychiatra, nutnost získání bydlení

Zdravotní anamnéza: Respondent se v době nástupu na chráněné bydlení léčil již zhruba deset let, celkový počet hospitalizací byl dvě. Při zhoršení stavu pociťuje slabost, neužívá alkohol ani drogy. Nikdy se nechoval suicidálně. Jednou týdně dochází na aplikaci depotních injekcí a užívá medikaci.

Rodinná a sociální anamnéza: Respondent před hospitalizací bydlel s rodiči, ale po absolvování sociální služby chráněného bydlení by si chtěl ideálně najít byt v podnájmu. Dříve pobíral hmotnou nouzi, v době provedení výzkumu pobíral invalidní důchod a příspěvek na péči. V anamnéze respondent uvádí, že je sám, nemá tu (v Praze) ani rodiče ani přátele. O další kontakty nemá zájem.

Pracovní anamnéza: V dokumentaci uvádí, že je respondent nevyučený, ovšem podle novějších informací studoval na vysoké škole a kvůli své nemoci studium nedokončil. V současné době pracuje.

Zakázky v chráněném bydlení: podpora při hledání práce, podpora při hledání bydlení, podpora při jednání s úřady.

Situace v době provádění výzkumu: Respondent vytváří přátelské vztahy se svými spolubydlícím na chráněném bydlení, aktivně se zapojuje do chodu služby, bez problémů

zvládá plnit úkoly a pravidla chráněného bydlení. Je spokojen v práci, ve volném čase čte knihy, hraje počítačové hry, fotbat a chce se věnovat sportu.

Analýza rozhovoru:

Tento respondent byl při rozhovoru soustředěn, zajímaly ho otázky a reagoval ihned, bez časových prodlev. Na některá témata ovšem nerad odpovídal, konkrétně co se týče tématu schizofrenních příznaků. Měl klidný hlas, neubíhal od tématu a mluvil stručně a věcně.

Témata rozhovoru s respondentem č. 1:

1. Příčiny vzniku nemoci: Respondent uvádí, že před vznikem nemoci byl dle jeho slov „normální“ a studoval na vysoké škole. Zdůrazňuje ovšem, že protože vznikali konflikty s rodiči, které on nezvládal, projevila se u něj nemoc. Respondent se drží teze, že příčiny vzniku nemoci jsou právě v konfliktech s rodiči, a uvádí, že mu rodiče nadávali a „strašili“.

úryvky z rozhovoru: *„Ale protože mě rodiče tak strašili hrozně a nadávali mi, tak se mi stala porucha“, „To se stalo ze dne na den. Když jsem začal poslouchat rádio nebo televizi, tak jsem měl nervové podráždění a změnil se mi obličej“, „S těmi rodiči to nejtěžší bylo. Já jsem pak už nezvládal, co oni mi nadávali a strašili. Tak jsem se s nima hádal“.*

2. Schizofrenní příznaky: Schizofrenie se dle respondentových slov projevila ze dne na den s tím, že nejvýraznější byl silný neklid a strach z určitých pořadů v televizi, z hudby v rádiu a při čtení knih. Respondenta podněty z médií dráždily, měl z nich strach, například z hororů, a vyvolávaly v něm úzkost a tenzi. Respondent také uvádí, že s médii neměl trpělivost a při sledování televize či při poslechu rádia se zhoršoval jeho psychický stav. Také se u něj objevil strach s výšek, který předtím neměl.

úryvky z rozhovoru: *„To bylo moc náročné na nervy, to co jsem poslouchal“, „Dokonce i pokud jsem četl knížky, tak jsem nemohl číst, co se psalo v těch knížkách“, „Ale třeba jsem se nemohl dívat na horory třeba. A pak jsem měl i strach z výšek“.*

3. Vůle po zlepšení stavu: Respondent se snažil svůj stav zlepšit svépomocí, doufal, že se stavlepší, pořád v to věřil. Po deseti letech se příznaky nelepšily a respondent se nechal dobrovolně hospitalizovat. Příznaky během deseti let neustupovali i přes respondentovo snažení a nemohl dále studovat. Za nejhorší zážitky považuje respondent hádky a konflikty s rodiči.

úryvky z rozhovoru: „*Já jsem čekal, že to zmizí. A nezmizelo to do deseti let, tak jsem se zapsal do nemocnice*“, „*Trošku jsem se snažil trénovat ty nervy a podívat se na nějaký pořad. Ale nechtěl jsem se dívat ani poslouchat nic*“, „*Já jsem se to snažil zvládnout sám. Byl jsem zoufalej a pak už jsem to nezvládal*“.

4. Situace zlepšující stav: Respondent se s příznaky vypořádává tak, že si vybírá pořady a hudbu, u kterých nemá tenzi, úzkost ani strach. Zároveň se vyhýbá podnětům, které by pro něj byly náročné, tedy například nesleduje horory, neposlouchá hudbu, kterou nemá rád. Snaží se ovšem hranici snesitelnosti pořadů zvyšovat tím, že postupně přechází na filmy blíže k hororům. Uvedl, že se v současné době pokouší dívat na akční filmy. Jeho stav také zlepšuje provozování sportovních aktivit a fakt, že již nebydlí s rodiči. Lidem v podobné situaci by doporučil neztrácet naději.

úryvky z rozhovoru: „*Koukám na pořady jenom ty, které mě baví a poslouchám hudbu, která mě baví*“, „*Já jsem se trochu začal zajímat o horory. Některé akční filmy*“, „*Přece se něco najde. Musí to zkoušet*“.

5. Nynější stav: Respondent nyní využívá sociální služby chráněného bydlení, je zapojen do pracovního procesu a nejvíce mu vyhovuje, že nebydlí s rodiči, se kterými komunikuje prostřednictvím sociální sítě Facebook. Rodiče mu prý již nenadávají, jejich vztah se zlepšil, a k tomu je zapotřebí, aby se nevidali. Respondent zdůrazňuje, že v rámci svého stavu velmi pokročil a do budoucna by si přál znovu studovat, sportovat a více pracovat.

úryvky z rozhovoru: „*Mě pomáhá teď, že nebydlím s rodiči. Protože vždycky jsme měli konflikty a nešlo to. Ten stav se hodně zlepšil*“, „*No a, dřív mě bavilo studování, tak bych chtěl studovat. Slyšel jsem, že některý lidi chodí do práce a ještě studují. Já bych taky chtěl takhle*“, „*Nenadávají mi. Jenom nemůžem být tak spolu, nablízko. Tak přes facebook to docela dobré vztahy máme*“.

Shrnutí: Ve schizofrenních příznacích respondenta jsou hlavními tématy strach, napětí a nesnesitelnost. Respondent nesnese některé pořady, hudbu či text knih, z rozhovoru je patrné, že je u něj vyvoláván strach. Často opakuje konflikty s rodiči, strašení a nadávání z jejich strany. Pokud si v současné době vybírá mediální podněty, jeho stav se zlepšuje, snaží se posouvat hranici snesitelnosti pořadů a hledá způsoby, jak svou nemoc co nejvíce

zvládnout sám. S rodiči nyní komunikuje prostřednictvím sociální sítě Facebook a samostatné bydlení si pochvaluje.

Respondent č. 2

Předpokládaná diagnóza: paranoidní schizofrenie (F20.0)

Nástup do chráněného bydlení: červen 2009

Přestup do podpory samostatného bydlení: duben 2016

Sepsán protikrizový plán na samostatné bydlení: Personál Bony, o.p.s. vnímá rizika respondentky v tématech režimu dne, úklidu, zapomínání věcí a kontroly financí. Řešení navrhnou v kontrole financí jedenkrát za týden, podpoře v chození do práce včas a podpoře nezávislosti na terapeutech Bona, o.p.s. Byly popsány i případné situace zhoršující stav respondentky, kterými jsou přísnost, křik, situace bez prostředků na jídlo a výkyvy počasí. Zhoršení stavu pozná respondentka tak, že slyší hlasy hádající se o vědě, mívá pocit jízdy na kolejích, projevují se obsese, halucinace a bludy (někdo za ní jde, mihne se něco před očima, halucinace kočky v prostoru) a pociťuje klepání rukou a hlavy.

tři písemné výtky – kouření ve vnitřních prostorách chráněného bydlení (červenec 2015), nedocházení na komunity (květen 2013), nedocházení na komunity a nedodržování rozpisu služeb (březen 2012)

Zdravotní anamnéza: Respondentka si po celou dobu pobytu na chráněném bydlení stěžuje na somatické problémy, jako je například nízký tlak a malátnost. Na personál působí vždy velmi přecitlivělým a křehkým dojmem.

Rodinná a sociální anamnéza: Respondentka zůstala sama po smrti svých rodičů. Od doby hospitalizace se obklopuje řadou odborníků a přátel, kteří jí pomáhají. V dokumentaci je často zmiňována závislost respondentky na pomoci ostatních. Je zde zmíněno ovšem i to, že dokáže daleko více, než sama říká. Například dokáže chodit sama za pomoci hole, i když si je jistější s doprovodem.

Pracovní anamnéza: Před hospitalizací respondentka pracovala v kancelářském prostředí na pozicích sekretářky, asistentky či referentky. V současné době pracuje na chráněném místě ve sklářské dílně, kde ovšem řeší problém častých pozdních příhodů.

Zakázky na chráněném bydlení: bydlení v rámci PSB, režim dne, hospodaření s financemi, vyhrazení času na četbu.

Situace v době provádění výzkumu: ustálené psychické zdraví, před zimou ovšem sebevražedné a vražedné myšlenky, předepsán Mirtazapin, jednalo se o depresi.

Analýza rozhovoru:

Respondentka mluvila velmi tiše, pomalým tempem a často dlouho přemýšlena, než odpověděla na otázku. Měla neustále vyděšený výraz, který ovšem přetrvává i mimo rozhovor. Omlouvala se za své rozklepané ruce a jiné somatické projevy, například kašel, také seděla shrbená. Často utíkala od tématu a chtěla se i sama doptávat, pokládala tedy například otázky typu „Vy jste svobodná?“, „Kouříte?“.

Témata rozhovoru a respondentkou č. 2:

1. Osamocení při začátku nemoci: Respondentka mluvila o pocitu samoty při začátku nemoci, který subjektivně vnímala jako velmi těžký. Zemřeli jí během čtyř let čtyři blízcí rodinní příslušníci včetně obou rodičů. Kromě toho zažila dva rozvody, každý z nich byl doprovázen somatickými projevy v podobě tiků. Respondentka se ocitla naprosto sama v bytě po rodičích. Vzhledem k tomu, že jí bylo třicet a okolní byty obývali povětšinou postarší lidé, nechtěla hledat pomoc ani u sousedů. V tomto období respondentka zhubla asi čtyřicet kilogramů, za příčinu považuje jednoznačně hluboký smutek. Její vztah k manželství je negativistický a při rozhovoru upozorňuje, abych si dávala pozor.

úryvky z rozhovoru: „Každý rok v podstatě jeden člověk. A já jsem jedináček teda, tak jsem se zhroutila. Tak jsem zůstala úplně sama“, „Jenže já nevím, jestli to byla anorexie, když jsem steskem vlastně zhubla. No, ale ona se z toho anorexie ale mohla vyvinout“, „To vždycky u rozvodu dostanu tik do oka, takhle do oka, mě škube oko. Já už se potřetí vdávat nebudu, to by vyšlo nastejno“.

2. Léčba: Jako první diagnózu respondentka uvádí anorexii, ovšem zpochybňuje diagnózu tím, že hubnutí bylo způsobeno smutkem. Na psychiatrickém oddělení v Břevnově respondentce byla diagnostikována paranoidní schizofrenie, poté byla hospitalizovaná v tehdejší psychiatrické léčebně v Bohnicích, později ve Strašnické nemocnici. Péči ve Strašnické nemocnici vnímá respondentka jako svobodnější, zvláště pak oceňuje možnost vycházek. Respondentka po celou dobu své nemoci využívá mnohých dostupných služeb, a

tedy má ve svém okolí mnoho odborníků, kteří jí pomáhají zvládat její psychický i somatický stav. Má pocit, že je na jejich pomoci závislá.

úryvky z rozhovoru: „V těch Střešovicích to bylo ještě lepší než v Bohnicích. Protože oni vás třeba zavřou a nepustí vás několik dní vůbec ven. Což je hrozný“, „To že jsem tady byla asi moc silná a hodná, že za odměnu půjdu bydlet na chráněnej byt, místo tohohle komunitního bydlení, patnáctýho se stěhuju“, „Tak to vám řeknu, že na to jsou nejlepší ty peer konzultanti. To jsou lidi vyléčený částečně z nemoci. Já mám dva, jsem si zajistila hned dva, mužskýho a ženskou“.

3. Schizofrenní příznaky: Respondentka popisuje jako příznaky obsese, halucinace a bludy. Obsese se prý projevují zaměřením pozornosti na detaily či opakováním rituálů. V rozhovoru vyplynulo na povrch, že respondentka byla přesvědčena o zapadnutí jazyka při přetočení na záda ve spánku. Popsala dvě konkrétní halucinace. Reakci na vizuální halucinaci, při níž viděla kočičí hlavu vznášet se nad auty, dokázala dle svých slov ovládat, jelikož se nerozběhla přes silnici za viděnou kočkou. Na sluchovou a vizuální halucinaci, kdy viděla a slyšela pokyny svého manžela, již reagovala, což považuje za vážný a nebezpečný stav.

úryvky z rozhovoru: „To jsem třeba viděla, když jsem šla po cestě, takovou kočku, kočičí hlavu, jako zavěšenou v prostoru. Jako opravdu jsem myslela, že tam ta kočka je“, „Tak jsem se koukla, měl nějaký černofialový oblečení a volá na mě, abych šla otevřít. Prostě běžela jsem ke dveřím, otevřít dveře od vchodu, a najednou koukám, že tak není, že nikde není“, „Ale v noci jsem se nějak překulila i vedle polštářů, takže jsem ležela na zádech, tu hlavu takhle a najednou mi zapadnul jazyk. Já jsem se prudce vzbudila a jak je to možný, že jsem se vzbudila?“.

4. Vnímání somatického zdravotního stavu: Respondentka je kuřačka, stěžuje si na svůj zdravotní stav. Při rozhovoru se neustále vracela ke svým somatickým potížím, od podezření na rakovinu prsu, přes bronchitidu, chřipku, trávicí potíže až ke krátkozrakosti či nepříjemnému padání vlasů do obličeje. Vyčítá si, že si nemoci způsobuje sama.

úryvky z rozhovoru: „Jsem krátkozraká... A pořád mi ty vlasy lezou do obličeje, to je o nervy, nelezou vám vlasy do obličeje?“, „Teď poslední dobou jsem byla hodně nemocná, měla jsem bronchitidu, pak jsem měla zánět plic, ne přímo zápal, a brala jsem asi čtvery patery antibiotika za sebou“, „Já mám svojí case manažerku a ještě case managera, tak ti všichni kolem mě, zaplat' pánbůh, že je mám, lítal“.

5. Strach z vlastního chování, sebeovládání: Respondentka se obává svého nepředvídatelného chování, několikrát zdůrazňuje nutnost sebeovládání. Bojí se, aby si nezpůsobila další nemoc nebo zranění, zároveň nemá ráda sebepoškozování a tvrdí, že sebepoškozování a sebevraždy by neměly existovat. Lidem v podobné situaci by doporučila, aby se více ovládali. Sílu na sebeovládání mají všichni nalézt ve své osobnosti. Pokud nemohou tuto sílu nalézt, mají se obrátit s pomocí na odborníky.

úryvky z rozhovoru: „*Ono to přijde někdy jako blesk z čistýho nebe. Já nikdy nemůžu dopředu očekávat, co zase vyvedu*“, „*Já jsem věřící, ale především na prvním místě věřím v sebe a pak jako v něco*“, „*Způsobujou si ty různé škrábance, sebeubližování, řežou si ty žíly mladý holky, jestli tohle má cenu... Aby se lidi víc ovládali*“.

6. Situace zhoršující psychický stav: Psychický stav respondentky se zhoršuje během konfliktních situací, které nezvládá a má z nich strach. Oceňuje, že v chráněném bydlení konflikty příliš neprobíhají, i když občas nemá ráda konfrontační situace na pravidelných komunitách. Za to, že je prý hodná a silná, v současné době přechází na sociální služby Podpory samostatného bydlení.

úryvky z rozhovoru: „*Já se nerada hádám. A jakmile dojde k nějakému střetu, tak prostě to jako nemám ráda*“, „*Jeden klient tam ukradl druhému mobil. Jako to já nemám ráda už takovýhle situace*“, „*A nedělá mi dobře stát fronty třeba. To nevydržím a zdrhám pryč klidně*“.

7. Návyk na lék Rivotril: Za svůj nejhorší zážitek respondentka označila jednodenní vysazení Rivotrilu v tehdejší psychiatrické léčebně v Bohnicích. Stav po vysazení si respondentka nepamatuje, pouze z popisu ostatních pacientek ví, že měla bizarní a podivínské chování a nebyla si jistá, jestli dokončila právě provozované cvičení. Rivotril je zvyklá užívat již osm let a děsí ji představa vysazení.

úryvky z rozhovoru: „*Nejtěžší? Vlastně počkejte, oni mi vysadili Rivotril!!*“ „*Byla jsem úplně jako, prostě hroznej stav. Jsem si nic neuvědomovalo a tohle*“, „*To bylo o vlásek, to by byl ze mě blázek za chvíli, se slinou u pusy, cvok*“.

Shrnutí: Témata rozhovoru s respondentkou č. 2 prolíná strach, nejčastěji ze svých vlastních reakcí. V současné době se často se obklopuje lidmi, kteří ji pomáhají, což je opakem začátku nemoci, kdy se ocitla sama. Za schizofrenní příznaky považuje obsese, halucinace a bludy. Za zajímavý považují její vztah k sebepoškozování a sebevraždám, jelikož oba tyto pojmy mohou souviset se sebeovládáním, kterého je nutné dle respondentky

dosáhnout v léčbě nemoci. Sebeovládání je dalším významným tématem v rozhovoru s respondentkou.

Respondent č. 3

Předpokládaná diagnóza: paranoidní schizofrenie (F20.0), Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a psychoaktivních látek (F19)

Nástup do chráněného bydlení a důvod nástupu: prosinec 2015, učit se žít samostatně, trénink osamostatnění se

Respondent byl zařazen do *programu duálních diagnóz (IDDT)*, podepsal dohodu o spolupráci na abstinenci s přihlédnutím k relapsům (běžná součást léčby, nutno otevřeně a neprodleně probrat s terapeutem).

ústní napomenutí: porušení pravidla „čistého bydlení“ a porušení dohody IDDT, pozitivní testy na přítomnost pervitinu v moči (leden 2016)

Zdravotní anamnéza: Respondent byl před začátkem využívání služeb Bona, o.p.s. klientem chráněného bydlení Baobab. Drogy přestal užívat na začátku roku 2014, relapsoval na začátku roku 2015, před nástupem do chráněného bydlení Bona, o.p.s. často užíval alkohol. Bývá ve svých tématech otevřený pouze před svým psychiatrem. První hospitalizaci zažil v 16 letech, celkem zažil deset hospitalizací. Nemá žádné suicidální chování, dříve opakovaně zažíval toxickou psychózu.

Rodinná a sociální anamnéza: Do vyučení bydlel respondent u své babičky, dále ve vlastním bytě a kvůli nedostatku peněz s dostal na ubytovnu. Z ubytovny byl vyhnán kvůli ohrožování ostatních obyvatel (v toxické psychóze běhal po chodbě s kuličkovou pistolí). Nejblíže má ke své babičce, vidá se se svými dvěma sestrami, rodiče jsou rozvedení, otec je alkoholik. Jednou týdně se respondent stýká s jedním dobrým přítelem, ostatní přátelské vztahy jsou rizikové z důvodu možného relapsu.

Pracovní anamnéza: Respondent je vyučen, v současné době pracuje jako barman v tréninkové kavárně, kde byl povýšen do posledního stupně. Do budoucna by si přál pracovat jako elektrikář. Ve volném čase si nedokáže nalézt moc věcí, které by ho bavili.

Zakázky v chráněném bydlení: abstinence, program IDDT, samostatné vaření, aktivní trávení volného času, hospodaření s penězi.

Situace v době provádění výzkumu: respondent bojuje se svou leností cvičit, často poslouchá rádio, plní zadané úkoly a dodržuje pravidla kromě jednoho porušení pravidla „čistého bydlení“.

Analýza rozhovoru:

Respondent byl v době předem naplánovaného rozhovoru unavený, ale v dobré náladě. Odpovídal většinou jednou větou a občas nevěděl, jak odpovědět. Při rozhovoru se neustále pohyboval, jeho pohyby připomínaly motorický neklid a měl zvednutá ramena.

Témata rozhovoru s respondentem č. 3:

1. Vnímání současného stavu: V době výzkumu má respondent práci na chráněném místě v tréninkové kavárně, jeho pozice je barman, užívá sociálních služeb chráněného bydlení a má tři měsíce trvající vztah s přítelkyní. Sám říká, že se v tomto stavu cítí dobře. O svůj psychický stav se stará tím, že pracuje, na druhou stranu uvádí, že je mu dobře, když spí a odpočívá. Také rád poslouchá rádio a kouří cigarety.

úryvky z rozhovoru: „*Cejtím se na to, co teď dělám*“, „*Pracuju, bydlím v chráněném bydlení, mám přítelkyni*“, „*No, pomáhalo mi rádio a pomáhali mi cigarety*“.

2. Schizofrenní příznaky: Respondent tvrdí, že jeho nemoc byla způsobena závislostí na drogách, které užíval deset let. Schizofrenie se projevila na konci roku 2013, sám neví, jak a kdo příznaky zjistil. Ví jen, že byl hospitalizován v Bohnicích a ošetřující lékařku přesvědčoval o svém jasnovidectví. Za příznaky schizofrenie tedy považuje bludy jasnovidectví a halucinace, kdy slyšel mluvit televizi.

úryvky z rozhovoru: „*Byla vyvolána drogama*“, „*Skončil jsem v Bohnicích, já jsem jim řekl, že jsem jasnovidec*“, „*Mluvila na mě televize a tak*“.

3. Hospitalizace a invalidní důchod: Hospitalizace u tohoto respondenta probíhala v psychiatrické nemocnici v Bohnicích a trvala půl roku. Respondent uvádí, že při léčbě mu byl dávkován lék Rivotril, ale jinak se nic dalšího nedělo a často se nudil. Respondent při rozhovoru často hovořil o invalidním důchodu a o jeho důležitosti. Respondentovi byl přiznán plný invalidní důchod, ve kterém vidí jistotu více než v hmotné nouzi. Ostatním lidem v podobné situaci by také doporučil, aby si zařídili invalidní důchod.

úryvky z rozhovoru: „*Pak jsem skončil v Bohnicích, že jsem jasnovidec, dostal jsem plnej invalidní důchod. Na půl roku v Bohnicích*“, „*Asi bych mu poradil, ať si udělá důchod*“, „*No, že je to taková jistota, že jistí člověka. Je to víc než hmotná nouze*“.

4. Nejtěžší chvíle: Respondentovi prý nedělala dobře nuda, která se objevovala během léčby v psychiatrické nemocnici v Bohnicích. Nuda mu nedělá dobře stále. Na nejtěžší považuje situaci, kdy v Bohnicích začal personál zamykat dveře od pokojů. Respondent tehdy plánoval útěk. Neutekl proto, že mu měl být brzy vyplacen invalidní důchod, díky němuž dále mohl přestoupit na sociální službu chráněného bydlení.

úryvky z rozhovoru: „*Nejtěžší to bylo, když nám začali v Bohnicích zamykat pokoje, tak jsem chtěl utéct*“, „*Já nevím, no. Když se nudím*“, „*Když jsem se nudil. Já jsem se nudil furt*“.

Shrnutí: Respondent č. 3 často začínal svou odpověď na otázku souslovím „já nevím, no“, následně se pak rozhovořil. Jeho odpovědi byly krátké a jednoznačné, při rozhovoru neseděl klidně, pohyboval trupem, často zíval a byl unavený. Respondent pracuje jako barman v tréninkové kavárně, se svým nynějším stavem je spokojen. Uvedl dva příklady schizofrenních symptomů, a to blud jasnovidectví a halucinaci komunikace s televizí. Hodně mu záleží na příjmu z invalidního důchodu, nejtěžší pro něj byla situace, kdy nemohl volně vycházet z pokoje v psychiatrické nemocnici v Bohnicích.

Respondent č. 4

Předpokládaná diagnóza: paranoidní schizofrenie (F20.0)

Nástup do chráněného bydlení a důvod nástupu: říjen 2015, resocializace, samostatnost, získání pracovních návyků, zprostředkování kontaktu s rodinou

Podepsán *antisuicidální kontrakt* (březen 2016)

Zdravotní anamnéza: První hospitalizaci zažila respondentka v roce 2009, prý kvůli jízdě bez řidičského průkazu. Příliš nesouhlasí se svou diagnózou, nepřipadá si jako schizofrenička, neslyší hlasy ani nemá vizuální halucinace. Jsou jí předepisovány farmaka ze souboru antidepresiv a antipsychotik.

Rodinná a sociální anamnéza: Respondentka v rámci rodiny komunikuje pouze s advokátem, který je rodinný přítel a zároveň funguje jako prostředník mezi respondentkou a jejím otcem. Otec s ní nekomunikuje, ale je to pro ni nejdůležitější člověk. Mezi první a

druhou hospitalizací se ocitla bez domova, protože jí prý tehdejší přítel připravil o garsonku, odcestovala do Německa a vrátila se opět bez zázemí. Poté byla hospitalizována v psychiatrické nemocnici v Bohnicích.

Pracovní anamnéza: Původním povoláním je kosmetička, prováděla líčení, poradenství, celkovou péči o zákazníka. V Německu si vydělávala prací ve fast foodu, ve školní jídelně a jako uklízečka. Nyní pracuje v tréninkové kavárně a v budoucnu se chce stoprocentně vrátit ke svému původnímu oboru.

Zakázky v chráněném bydlení: začlenění do společnosti, podpora v hledání práce, podpora ve zvládnutí úzkostí, pravidelné cvičení.

Situace v době provádění rozhovoru: práce na chráněném pracovišti, časté bolesti zad, plán na získání fyzické odolnosti. Respondentka popisuje úzkost jako sevření hrudi a paralýzu, je znát ovšem pokrok v četnosti úzkostí. Dříve pocítovala úzkost dvakrát denně, nyní dvakrát až třikrát týdně. Vytvořen byl také krizový plán pro případ úzkosti.

Analýza rozhovoru:

Tato respondentka přišla k rozhovoru s nadšením a ochotou odpovídat na všechny otázky. Nepůsobila ovšem klidně a často mluvila o úzkosti. Na konci rozhovoru jsem se jí zeptala, s jakými pocity odchází. Odpověděla, že je ráda, že se vypovídala.

Témata rozhovoru s respondentkou č. 4:

1. Význam rodiny: Respondentka se v rozhovoru často vracela k významu svého vztahu s rodinou a nejbližším okolím. Hodně přisuzovala příčiny svých potíží právě rodině a nejbližšímu okolí, do kterého spadal i bývalý partner. Počátky své nemoci hledá v tehdejší rodinné situaci, její nemoc a první hospitalizace začala depresem a nespavostí potom, co zemřela její babička a rozešel se s ní přítel. Také druhá hospitalizace byla podle jejích slov zapříčiněná rozchodem s přítelem v době pobytu v Německu. Prioritou je pro respondentku vztah s jejím otcem, se kterým se nestýká. Otec jí údajně řekl, že je pro něho zklamáním. Sama respondentka vnímá vzniklou situaci v tomto vztahu tak, že otec nedokáže její onemocnění pochopit a přijmout.

úryvky z rozhovoru: „*Tak začalo to depresem, protože to bylo všechno vlastně spojený s rodinou, s úmrtím babičky, s rozpadem vztahu, kdy jsem byla zasnoubená., se mi to všechno rozbilo jak domeček z karet*“, „*Přítel mi tam se vším pomáhal, učil mě německy a vlastně po*

třech a půl letech jsem se prostě vrátila zpátky, protože jsme se rozešli s přítelem“, „On tyhle věci prostě táta špatně chápe a taky ho to hodně zasáhlo, protože mi sám řekl, že jsem pro něj prostě zklamáním“.

2. Nejasná diagnóza: První stanovenou diagnózou byla prý maniodepresivní psychóza, teda v dnešní terminologii bipolární porucha. Tato diagnóza se ovšem nepotvrdila, ovšem vinou nepřesné diagnózy byly prý respondentce podávány nepřislušné léky, díky nimž měla psychické i somatické obtíže a znepříjemňovaly její hospitalizaci.

úryvky z rozhovoru: *„A ta diagnóza se vlastně vůbec nepotvrdila, protože mi dali další psychologický testy a ta diagnóza se vůbec nepotvrdila“, „No, bylo to tam strašný. Jako když jste ve vězení“, „Že třeba když jsem si šla lehnout, tak jsem na sobě nemohla cítit to nemocniční prostěradlo a nemohla jsem spát vůbec. Protože mi strašně bušilo srdce. Takže mě předávkovala vlastně“.*

3. Příznaky nemoci: O symptomech paranoidní schizofrenie respondentka přímo nemluví, ovšem často zmiňuje úzkosti a nespavost. Z rozhovoru je patrný strach, který respondentka přisuzuje nejisté budoucnosti. Ve chvílích osamocení se navrácí k myšlenkám, nejčastěji prý s obsahem prožité minulosti i budoucnosti. Při úzkosti respondentce pomáhá meditace při četbě knihy, její stav naopak zhoršuje zmíněná samota, konflikty, vyhrocené situace či neodkladné povinnosti, jako je vyřizování na úřadech.

úryvky z rozhovoru: *„Ta úzkost, kterou mám vlastně dodneška“, „Medituju při knížce, dělám různé rituály, takový to uklidňující holotropní dýchání, jestli to říkám dobře“, „Hrabu se prostě ve starých záležitostech, vždycky přemílám ten osud, co jsem udělala dobře, co jsem udělala špatně“.*

4. Nároky na resocializaci: Respondentka hovoří o časném návratu do společnosti po první hospitalizaci, ke které jí pomohl její otec. Práce, kterou ovšem otec zařídil byla pro respondentku náročná a hodně jí unavovala, po měsíci a půl skončila a odjela do Německa. Při rozhovoru klade velký důraz na důležitost práce a na naprostou nutnost v práci obstat. V současné době také řeší přibírání váhy a nízké sebehodnocení vyplývající ze strachu, zdali ve společnosti uspěje. Během rozhovoru se respondentka vrací k hodnocení a odsuzování její osoby okolím, říká, že ona sama neodsuzuje a hodně jí záleží na tom, aby ostatní lidé pochopili neovlivnitelnost její nemoci.

úryvky z rozhovoru: „*Já jsem pracovala dva dny a dva dny jsem měla volno, a ty dva dny jsem celý prospala, ležela jsem jenom v posteli, protože mě strašně boleli nohy a vůbec jsem nemohla nic dělat*“, „*Takže to není prostě odstuda, že to není nějaký handicap, že to u každého může propuknout v jakémkoli věku*“, „*Protože to opravdu u nás v Čechách, to radši nikomu ani neříkám tohle. Protože to vyťasí jako zbraň, že jste blázen a bůhví, co je na vás ještě špatného*“.

5. Přijímání a nabízení pomoci: Respondentka v rozhovoru k tématu pomoci nejdříve vždy popisuje svou přátelskou a tolerantní povahu, díky které může nabídnout pomoc potřebným lidem, a záhy mluví o vlastní nutnosti přijímat pomoc. Říká, že nejvíce pomáhá rozhovor o opakujících se úzkostech a dalších přidružených problémech. Zajímavostí bylo, že se respondentka zabývala otázkou pomoci lidem se syndromem závislosti, které bere jako výjimku a tvrdí, že takovým lidem se pomoci nedá a musejí vyhledat odbornou pomoc. Dlouze také hovoří o vděku blízkým přátelům, že měla v době začátku onemocnění možnost jim vše vysvětlit a oni jí neodsoudili.

úryvky z rozhovoru: „*Že jsem jí užitečná a ona mi naopak dává rady, co a jak, protože to prostě ví, je prostě vzdělaná*“, „*A když je mi třeba opravdu hodně špatně, že už cejtím, že se ten kalich napění, že už by to prostě vypěnilo, tak jdu a musím se z toho prostě vyzpovídat*“, „*Pro mě vlastně, když jsem se začala léčit, tak pro mě bylo důležitý to přátelství*“.

Shrnutí: Diagnóza respondentky je stále nejasná, první diagnózou byla v dnešní terminologii bipolární porucha. Nyní byla stanovena diagnóza paranoidní schizofrenie. Typické příznaky této diagnózy ovšem respondentka nepopisuje, hovoří spíše o úzkosti a depresi. Respondentka se také intenzivně zabývá otázkou handicapu své nemoci a ovlivnění jejích vztahů, především k otci.

Respondent č. 5

Předpokládaná diagnóza: Schizotypální porucha (F21)

Nástup do chráněného bydlení a důvod k nástupu: duben 2016, nezajištěné bydlení

Zdravotní anamnéza: Existují rozličné názory na diagnózu respondenta, klinická psychologka si myslí, že respondent trpí psychózou, psychiatricka ne. Dříve byl respondentovi také diagnostikován Aspergerův syndrom. Občas zažíval sluchové halucinace (slýchal něco, o čem nevěděl, jestli je pravdivé). Výrazné bylo suicidální chování. První

sebevražedný pokus proběhl již v patnácti letech, chtěl se oběsit, ovšem pak přemýšlel o důsledcích. Často se chtěl předávkovat léky, hledal v lese strom k oběšení a chodil k řece za účelem utopení. Říká také, že měl alkoholové období, nyní ovšem potíže s užíváním alkoholu nemá.

Rodinná a sociální anamnéza: Do šestnácti let věku bydlel s otcem, rodiče se rozvedli před jeho nástupem na základní školu. Původ svého onemocnění hledá přímo v rodinné situaci, kdy od dětství prý neví, co je to rodina. Stýká se s jedním blízkým přítelem, který se nachází v podobné situaci jako on. Nyní říká, že je sociálně izolován, ale vyhovuje mu to.

Pracovní anamnéza: Čtrnáct let se živil jako metař, dále pracoval brigádně. Při silných suicidálních myšlenkách nepracoval.

Zakázky na chráněném bydlení: podpora v důvěře, navazování kontaktů, hodpodáření s penězi, vyřízení dávek hmotné nouze, pomoc při oddlužení, v péči o sebe a o domácnost, hledání zaměstnání.

Analýza rozhovoru:

Respondent byl velice ochotný a provedení rozhovoru shledal jako výzvu. Krátce před provedením rozhovoru jsem respondentovi pomáhala s přípravou oběda, což dává za příklad svého úspěchu při překonání strachu.

Témata rozhovoru s respondentem č. 5:

1. Komorbidita diagnóz: Respondent byl poprvé hospitalizován v roce 2014, vzpomíná ovšem, že už na prvním stupni základní školy docházel k dětskému psychiatrovi, pravděpodobně prý na doporučení učitelky. Návštěvu psychiatra v dospělosti respondentovi doporučil opatrovník jeho tehdejšího spolubydliče, nezná ale důvod doporučení. Respondentovi poté byly diagnostikovány tři psychiatrické diagnózy, a to schizotypální porucha, Aspergerův syndrom a obsedantně kompulzivní porucha osobnosti. Aspergerův syndrom nebyl potvrzen.

úryvky z rozhovoru: „on mě tehdy asi pravděpodobně shledal v pořádku, páč potom už jsem k němu nechodil a začal k němu docházet k psychiatrovi znovu až ve svých 39 letech“, „No, on mě krátce viděl, krátce jsme spolu hovořili a on mě doporučil doktora psychiatra“, „Schizotypní porucha a Aspergerův syndrom, to já dodneška ani sám netuším, co to je. Ale to mi jako napsala psychologka do papírů, respektive pan doktor to napsal do papírů“.

2. Symptomy schizotypální poruchy a obsedantně kompulzivní poruchy osobnosti:

Respondent popisuje několik symptomů, které přiřazuje ke schizotypální poruše, a to vnitřní nejistota, obavy, neklid, úzkost a pochybnosti o sobě samém. K obsedantně kompulzivní poruše osobnosti řadí neustálé opakování myšlenek, na které si nyní po jejich potlačení medikací nevzpomene, a neustálé kontrolování svých činů. Zajímavostí byla respondentova otázka po smyslu života, kterou se zabývá. Chce dát svému životu obsah a smysl, který spočívá ve vytváření něčeho hezkého a v neublížení ostatním lidem. Respondent zažil také četné sebevražedné pokusy. Uvádí, že nejčastěji se chtěl předávkovat léky. Sucidální chování souviselo právě s pochybnostmi o smyslu života.

úryvky z rozhovoru: *„Nevím jak bych to úplně přesně popsal, ale je to taková jako nejistota vnitřní, takový pochybnosti, neklid, úzkostný stav“*, *„Já mám zkrátka a dobře potřebu nacházet nějaký konkrétní smysl života, dát tomu životu obsah. Ten obsah spočívá v tom nikomu neškodit, nikomu neublížit a vytvořit něco hezkého, z čeho bych já i okolí mělo potěchu, potěšením“*, *„Vytvořil jsem si špatnou kombinaci léků, pravděpodobně jsem si nevzal ty, které jsem si chtěl vzít a místo toho cíle, místo té sebevraždy se dostavila taková extrémní malátnost“*.

3. Strategie zvládání psychického stavu: Obavy, o kterých respondent hovořil, má prý odvalu překonávat. Pokud má například strach se pustit do nějaké činnosti a překoná ho, tento strach se nakonec ukáže jako zbytečný. Nejvíce mu ke zlepšení psychického stavu pomáhá činnost a zabavení se. Tvrdí, že nechce jen latentně přežívat, ale na něčem se aktivně podílet. Rád maluje auta, čte a hraje šachy. Naopak zhoršující situace popisuje jako „být pod lavinou“, kdy je po něm chtěno více věcí najednou, cítí se být ve stresu a je na něj vyvíjen tlak.

úryvky z rozhovoru: *„Prostě zabavit se nějakou aktivní činností, abych jenom tak nebyl latentní, abych jenom tak latentně nepřežíval, ale abych se prostě aktivně... něco smysluplného“*, *„No, zhoršovalo to tehdy, když jako jsem se cítil být pod lavinou. Když se toho chtělo nebo očekávalo víc najednou“*, *„Ale když se nakonec k tomu odhodlám se k tomu pustit, tak se potom ty obavy ukážou jako zbytečný“*.

4. Současná situace: V době provedení rozhovoru byl respondent velmi krátce na chráněném bydlení po poslední hospitalizaci. Díky příjemnému počasí a dobrému vztahu s lidmi je prý nyní ve vyrovnaném psychickém stavu. Ve vztazích s lidmi vyhledává vzájemnou mírnost a ohleduplnost, je ochotný se svěřovat jen tomu, kdo by měl zájem a koho

by to zajímalo. Ostatním by doporučil, aby v případě propuknutí nemoci vyhledali odbornou pomoc a nebáli se vypovídat. Nyní prý žádné suicidální chování nezažívá, ovšem pochybnosti o smyslu života ho provázejí stále.

úryvky z rozhovoru: „dobře vycházím s lidma, že lidi se chovají ohleduplně a mírně ke mně, já se chovám ohleduplně a mírně k nim, jak by to mělo být“, „Já teď žádný sebevražedný myšlenky nemám. Ale ty pochybnosti o smyslu existence, o smyslu života, ty mě provázejí stále. Ale už to jako nehodlám řešit ukončením“, „Tomu, kdo by měl zájem, abych se mu svěřil. Kdo by mě dokázal vyslechnout, koho by to zajímalo“.

Shrnutí: Respondentův život provází otázka po smysluplnosti života, zažil kvůli tomu četné sebevražedné pokusy. Stále pochybuje o smyslu života, ale již je nechce řešit ukončením života. Má představu o tom, že obsahem života by mělo být nikomu neškodit a neublížovat. Za své příznaky považuje vnitřní nejistotu, neklid a úzkost.

Respondent č. 6

předpokládaná diagnóza: paranoidní schizofrenie (F20.0), Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a psychoaktivních látek (F19)

nástup do chráněného bydlení: červenec 2015

ústní napomenutí – neužívání předepsaných léků (leden 2016)

Zdravotní anamnéza: Celkově byl respondent hospitalizován asi dva a půl roku. Za příznaky schizofrenie považuje pocit odposlouchávání, nespavost, neschopnost chodit na brigády. Z psychiatrické nemocnice v Bohnicích utekl, předtím utekl i z ubytovny kvůli pocitu, že ho spolubydlící chtějí vyhodit z okna. Užíval drogy LSD, marihuanu, další drogy jen experimentálně. Za hlavní problém v užívání látek považuje alkohol, především pivo. Před hospitalizací míval suicidální myšlenky.

Rodinná a sociální anamnéza: Respondent se odcizil rodině i přátelům, matka a babička se ho snaží v současné době navštěvovat. Vinu za odcizení dává sobě, prý jenom pil a nepracoval.

Pracovní anamnéza: Respondent má dokončenou základní školu, většinou pracoval na brigádách. Nyní pracuje jako uklízeč na střední škole. Do budoucna by se chtěl živit manuální prací.

Zakázky na chráněném bydlení: vedení domácnosti, samostatné vaření, dodržování léčebného režimu, dodržování abstinence (zařazení do programu IDDT, sepsání antisuicidálního kontraktu, vyřízení dávek hmotné nouze.

Situace v době provedení rozhovoru: nutno zapracovat na pravidelném úklidu, respondent si chce dokončit výuční list, má obavy z budoucnosti, o kterých nechce mluvit, trpí zvýšenou únavou.

Analýza rozhovoru:

Tomuto respondentovi z počátku vyhovovala spíše alternativní metoda kvalitativního dotazníku. Na vyplnění jsem ovšem čekala dva celé dny. Nakonec přišel s prosbou, jestli by nemohl provést výzkum ústně, při vyplňování dotazníku ho přemohla lenost. Nakonec velmi ochotně a otevřeně odpovídal na otázky. Mluvil velmi rychle a neustále se při rozhovoru pohyboval.

Témata rozhovoru s respondentem č. 6:

1. Počáteční a přetrvávající symptomy: Respondent v rozhovoru otevřeně hovoří o svých schizofrenních symptomech. Jeho nemoc se začala projevovat před třemi lety, a to bludy týkajícími se domnělého odposlouchávání, slycháním hlasů a strachem o život. Například se tolik bál chodit po ulicích, že u sebe nosil preventivně nůž. V té době trpěl nespavostí a vyčerpaností z halucinací a bludů. Tvrdí, že se sám rozhodl pro hospitalizaci na Karlově, kde vydržel dva měsíce, poté byl převezen do psychiatrické nemocnice v Bohnicích. Je přesvědčen, že ho na Karlově nechtěli.

úryvky z rozhovoru: „Slyším jak mi někdo říká, slyším prostě hlasy, ale ne hlasy v tom normálním smyslu, ale slyším je třeba v tramvaji a takhle“, „nemohl spát kvůli tomu a byl jsem úplně vyčerpaný, vyschízovaný, že jsem se bál chodit po ulicích, jsem chodil s nožem“, „Do Bohnic mě převezli z Karlova, že prý to tam nějak neplatí pojišťovna, ale prostě mě chtěli vykopnout odtamtud“.

2. Ospalost: Respondent je v současné době velmi ospalý, což je opakem počáteční fáze nemoci, kdy nemohl spát. Příčinou je účinek antipsychotik a práce ve večerních hodinách. Ospalost prý nyní zvládá lépe než při hospitalizaci a už si na ní zvykl. Při otázce na to, co by doporučil ostatním v podobné situaci odpověděl, ať se lidé neuchylují k hospitalizaci, ale k ambulantní léčbě. Není prý spokojený s účinky předepsaných léků.

úryvky z rozhovoru: „*Ale ospalej jsem furt, ale dá se s tím žít. Už jsem si na to navykl*“, „*takže jsem byl ospalej a už to šlo dolů. Já jsem prostě naspal tak maximálně čtyři hodiny denně*“, „*Protože z toho života, který jsem vedl v léčebně dva roky, se špatně dostává, i když člověk bere ty léky a pracuje nebo něco takového*“.

3. Nynější symptomy: Respondent v současné době pracuje, práce ho již nebaví a jeho přáním je najít si jinou práci na plný úvazek. Stále u něj přetrvávají některé symptomy projevující se ve večerních hodinách po příchodu z práce. V tu dobu se navrácí blud týkající se odposlouchávání a hlasy. Mívá pocit, že ho někdo chce zabít, že bude vyhozen z chráněného bydlení a skončí na ulici. Především má strach ze zmíněného rizika zabití. Kvůli těmto symptomům opět nemůže spát. Jeho psychický stav zlepšuje čtení knih, poslech hudby na mobilu, vyhledávání na internetu a pobyt s jinými lidmi.

úryvky z rozhovoru: „*Jenom vždycky třeba když jdu v noci z práce, tak mě chytí schíza a nemůžu spát*“, „*Jako by mě chtěl někdo zabít. Že mě prostě vyhoděj, že půjdu na ulici a že mě prostě zabijou. No, člověk z toho chytí prostě stres a myslí si, že je to pravda*“, „*Ještě si najít nějakou normální práci na celý úvazek a budu šťastnej*“.

Shrnutí: U tohoto respondenta jsou výrazné jak pozitivní, tak i negativní symptomy. O drogách v rozhovoru nemluvil, o jejich užívání jsem se dozvěděla z anamnézy. Také odmítl hovořit o svém nejtěžším zážitku. Před hospitalizací trpěl nespavostí, nyní je naopak nadměrně ospalý, ovšem halucinace a bludy v určité formě u respondenta přetrvávají. Nejčastěji prý přicházejí v noci po návratu z práce.

Respondent č. 7

Předpokládaná diagnóza: paranoidní schizofrenie (F20.0), Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a psychoaktivních látek (F19)

nástup na chráněné bydlení a důvod nástupu: říjen 2014, nutnost bydlení

Písemná výtka – užití marihuany (relaps), porušení pravidla „čistého bydlení“, dále neužívání medikace (říjen 2015)

Ústní výtka – nedocházení na komunity, bez omluvy

Zdravotní anamnéza: Podle vyjádření ošetřujícího psychiatra byl tento respondent v době nástupu na chráněné bydlení bez náhledu a abulický, měl velké potíže s časovým

rozvrhem a bylo nutno jej aktivizovat. Sám tvrdí, že neví, za co byl hospitalizován. Od hospitalizace neužil drogy (kromě relapsu) a nepil, pouze kouří cigarety. Pobírá plný invalidní důchod. Jinak je respondent v současné době energický, dalo by se hovořit i o zrychleném psychomotorickém tempu.

Rodinná a sociální anamnéza: V době nástupu na chráněné bydlení byl v oblasti rodinných vztahů bez problému. Respondenta navštěvuje jeho matka, má ještě další dva sourozence, se kterými vychází. Přátelé mohou být riziková, při relapsu v roce 2015 užil marihuanu v jednom z pražských klubů právě s přáteli.

Pracovní anamnéza: Respondent má dokončené základní vzdělání, do své první hospitalizace pracoval jako skener. V současné době pracuje na chráněném místě, žije se manuální prací v odpoledních hodinách a v současné době bývá časově vytížen, což byl také důvod toho, proč si nemohl udělat čas na rozhovor či vyplnění dotazníku, ale souhlasil jen s anamnézou podle dokumentace. Ke zvládnutí stavu pomáhá hra na kytaru.

Situace v době provedení výzkumu: pracovní vytíženost, pravidelně se schází s klinickou adiktoložkou, které se svěřuje, navštěvuje hudební kroužek, zlepšuje se ve svém časovém rozvrhu. Léky má respondent kvůli dřívějšímu neužívání medikace uloženy v kanceláři, občas stále zamění ranní medikaci za večerní.

Shrnutí: Na základě studia dokumentace tohoto respondenta lze zjistit výrazné negativní schizofrenní symptomy, z podstaty diagnózy lze předpokládat i dřívější přítomnost pozitivních příznaků, jako jsou halucinace a bludy. Dřívější užívání drog je patrné zejména z relapsu a s pravidelným setkáváním s adiktoložkou, které se svěřuje.

4.5 Interpretace získaných dat

Získaná data budou interpretována odpovězením v první řadě na dílčí výzkumné otázky, dále komentováním předchozího porozumění tématu a jeho srovnáním se získanými daty. Ke každé zodpovězené dílčí výzkumné otázce byly vytvořeny pomocné tabulky, které jsou k nalezení v přílohách této práce. Posledním krokem bude zodpovězení hlavní výzkumné otázky.

Dílčí výzkumná otázka č. 1: Jaké jsou specifické projevy pozitivních schizofrenních příznaků u osob s duální diagnózou?

U osob skupin respondentů jsou pozitivní příznaky vysoce individuální, avšak některé podobnosti lze nalézt. Jedná se zejména o poruchy chování, kdy osoby s duální diagnózou mají tendenci porušovat normy ve formě relapsů či útěků. Také se u respondentů s duální diagnózou objevuje zrychlené psychomotorické tempo, kdy se neustále pohybují a mají výrazné motorické projevy. V poruchách vnímání, myšlení a emocí jsou specifika individuální náležící danému respondentovi s duální diagnózou. Odpovědí na dílčí výzkumnou otázku č. 1 je tedy taková, že specifické projevy pozitivních schizofrenních příznaků u osob s duální diagnózou nalézám v oblasti poruch chování, a to zejména ve zrychleném psychomotorickém tempu.

Dílčí výzkumná otázka č. 2: Jaké jsou specifické projevy negativních schizofrenních příznaků u osob s duální diagnózou?

Na rozdíl od projevů pozitivních schizofrenních příznaků jsou negativní příznaky u respondentů s duální diagnózou specifičtější, a to v oblasti poruch emocí a poruch chování. U respondentů s duální diagnózou se objevuje emoční oploštělost a abulie. Vliv předchozího užívání drog na tyto příznaky budou diskutovány v kapitole nazvané Diskuze. Odpovědí na dílčí výzkumnou otázku č. 2 jsou tedy specifika projevů negativních schizofrenních příznaků u osob s duální diagnózou v oblasti poruch emocí a poruch chování.

Dílčí výzkumná otázka č. 3: Jaké prostředky byly použity pro léčbu schizofrenních příznaků u obou skupin respondentů?

U obou skupin byla nutná hospitalizace vycházející z podstaty onemocnění. U osob s paranoidní schizofrenií byly použity krizové plány a jeden antisuicidální kontrakt. Také více využívají služeb nabízených v rámci chráněného bydlení, konkrétně rozhovor a podpora terapeutů. Naopak osoby s duální diagnózou bývají otevřeny spíše před odborníky odjinud, konkrétně před ošetřujícím psychiatrem, klinickou adiktoložkou a terapeutkou z programu IDDT. Navíc jsou dva respondenti s duální diagnózou zařazeni do programu duálních diagnóz. Na dílčí výzkumnou otázku tedy odpovídám tak, že u osob s paranoidní schizofrenií byly použity krizové plány, antisuicidální kontrakt a širší využití služeb chráněného bydlení. Osoby s duální diagnózou více využívají služeb mimo chráněné bydlení.

Dílčí výzkumná otázka č. 4: Jakými individuálními prostředky respondenti zvládali svou nemoc?

Ve svépomocných prostředcích osoby s paranoidní schizofrenií spoléhají na své vlastní svépomocné schopnosti a chtějí svou situaci zvládnout vlastní vůlí. Pro respondenty s duální diagnózou je specifické zabavení se a naplnění volného času, což je specifické i pro respondenta se schizotypální poruchou. Odpovědí na dílčí výzkumnou otázku je použití vlastní vůle a svépomoci u osob s paranoidní schizofrenií a použití mechanismů na zabavení se a vyplnění volného času u osob s duální diagnózou.

Dílčí výzkumná otázka č. 5: Jaké negativní či pozitivní příznaky u respondentů přetrvávají do současné doby?

Narozdíl od pozitivních schizofrenních příznaků většina negativních příznaků přetrvává. Některé negativní příznaky byly potlačeny například aktivizací, nutností dodržovat pravidla chráněného bydlení či pracovním návykem. Odpovědí je, že z pozitivních příznaků přetrvávají úzkost, strach, neklid, zrychlené psychomotorické tempo, u jednotlivých respondentů pak sluchové halucinace, bludy, zvýšená citlivost vnímání či ulpívavé myšlení. Z negativních příznaků stále přetrvává emoční oploštělost, druhy depresivních bludů, druhy depresivních nálad, u jednotlivých respondentů apatie, abulie, ospalost, snížené psychomotorické tempo a sociální izolace.

Nyní budu srovnávat odpovědi na dílčí výzkumné otázky z původním porozuměním tématu. Hovořila jsem o specifikách osob s duální diagnózou v nárocích na léčbu. Tato specifika se skutečně objevila. Respondenti s duální diagnózou jsou zařazeni do programu duálních diagnóz a využívají služeb adiktologa, specificky také porušují pravidlo „čistého bydlení“ na chráněném bydlení tím, že mohou relapsovat.

V pozitivních i negativních příznacích jsou určitá specifika, respondenti s duální diagnózou měli svá specifika v oblasti poruch chování a emocí. V rámci tohoto výzkumu ovšem nevyšlo najevo, že by projevení těchto příznaků bylo ovlivněno užíváním psychoaktivních látek.

Zbývá už jen odpovědět na hlavní výzkumnou otázku: Jaká jsou specifika vybraných příznaků schizofrenie u osob s paranoidní schizofrenií a u osob s duální diagnózou?

V pozitivních příznacích schizofrenie byla nalezena specifika u respondentů s duální diagnózou, a to v oblasti poruch chování, konkrétně ve zrychleném psychomotorickém tempu, taktéž v negativních schizofrenních příznacích byla specifika nalezena v oblasti poruch emocí a chování, konkrétně emoční oploštělost a abulie. Dalším specifikem jsou nároky na léčbu

v podobě programu duálních diagnóz a využívání služeb adiktologa. Svépomocí osoby s paranoidní schizofrenií využívají vlastní volní schopnosti, osoby s duální diagnózou více používají mechanismů na zabavení se a vyplnění volného času. Z pozitivních příznaků přetrvávají úzkost, strach, neklid, zrychlené psychomotorické tempo, u jednotlivých respondentů pak sluchové halucinace, bludy, zvýšená citlivost vnímání či ulpívavé myšlení. Z negativních příznaků stále přetrvává emoční oploštělost, druhy depresivních bludů, druhy depresivních nálad, u jednotlivých respondentů apatie, abulie, ospalost, snížené psychomotorické tempo a sociální izolace.

5 DISKUZE

V této poslední kapitole nazvané Diskuze se budu zabývat několika tématy, která jsou z hlediska provedeného výzkumu dle mého názoru zajímavá a velmi užitečná, ovšem nebylo možné je obsáhnout přímo v rámci výzkumu. Jedná se o ovlivnění povahy schizofrenních příznaků užíváním psychoaktivních látek, dále srovnání teorie o premorbidní osobnosti nemocných s osobnostními znaky respondentů a rozdíly ve schizofrenních příznacích u osob s paranoidní schizofrenií a u osob s duální diagnózou.

V podkapitole 3.1 této práce zmiňuji typické znaky toxické psychózy u uživatelů drog, takzvané „pervitinové psychózy“, „kanabisové psychózy“ a „alkoholové psychózy“. Pro pervitinové psychózy jsou typické paranoidní bludy, pro kanabisové příznaky podobné simplexní schizofrenii a pro alkoholové paranoidní bludy s obsahem žárlivosti (KALINA, 2015).

Původně jsem se chtěla dozvědět, jestli povahy toxických psychóz korespondují i se schizofrenií. U těchto respondentů se ovšem tento předpoklad nepotvrdil. Stále ovšem jisté ovlivnění psychózy v návaznosti na druh psychoaktivní látky předpokládám.

Je ovšem pravda, že většina osob s duální diagnózou, které jsem kdy potkala, vykazovaly podobné znaky, a to zdánlivě v nezávislosti na užívané psychoaktivní látce. Mají podobné projevy chování, nikoli jednání, jako pacienti se schizoafektivní poruchou, tedy kromě schizofrenních příznaků mají i výrazné poruchy emocí. Tento fakt jsem ve výzkumu také ověřovala a skutečně tam některá specifika jsou, jak jsem popsala v rámci interpretace získaných dat.

Dle mého názoru jsou schizofrenní příznaky u osob s duální diagnózou ovlivněny předchozím užíváním psychoaktivních látek už jen proto, jaké tyto látky vytvářejí změny v psychické činnosti. Ty pro okolí nejvýraznější symptomy schizofrenie, tedy halucinace a bludy, se zdají být ovlivněny předchozí zkušeností pacientů. Příkladem může být vizuální halucinace vlastního manžela u respondentky č. 2. Ovšem paranoidní podstata těchto příznaků je společná většině nemocným, v tomto ohledu tedy neshledávám rozdíl.

Shledávám velice zajímavou teorii o premorbiditě osobnosti, kterou jsem uvedla v podkapitole 3.2 této bakalářské práce. Tato teorie vznikla na základě výzkumu, který provedli výzkumníci na Psychiatrické klinice v Ankaře v Turecku. Zjistili, že u pacientů s duální diagnózou se v premorbiditě ukazuje hraniční a disociální porucha osobnosti, u pacientů se schizofrenií anxiózní, anankastická a obsesivně-kompulzivní porucha osobnosti (ALTUYSON, 2015).

V rámci mého výzkumu mi pochopitelně nepřísluší vyhodnocovat či snad diagnostikovat premorbidní poruchu osobnosti u příslušných respondentů. Některé znaky zmíněných poruch osobnosti jsem ovšem mohla spatřit. Netroufám si ovšem ani odhadovat, jestli se jedná opravdu o poruchu osobnosti nebo o osobnostní rys.

Například u respondentů s paranoidní schizofrenií se často objevovala úzkost, pocit osamocení, potřeba se k někomu přimknout či obsesivní chování. To vše by bylo možné připodobnit vlastnostem výše zmíněných poruch osobnosti. U respondentů s duální diagnózou nebyly pro mě vlastnosti poruch osobnosti tak výrazné, věřím ovšem, že zkušený diagnostik by je objevil.

Posledním tématem, kterým bych se chtěla v této diskuzi zabývat, jsou rozdíly schizofrenních příznaků mezi osobami s paranoidní schizofrenií a s duální diagnózou. Určité rozdíly jsem již naznačila při interpretaci dat, i když na přímé vyřčení rozdílů by byl potřeba širší výzkumný vzorek. Rozdíly jsem nepozorovala ani tak v nejtypičtějším schizofrenních příznacích, jako jsou halucinace a bludy, ale v oblasti poruch emocí a chování. U respondentů s duální diagnózou byla více výrazná emoční oploštělost, apatie, abulie a zvýšené psychomotorické tempo.

V této diskuzi jsem se zabývala otázkami, které vyvstaly na povrch nejen v empirické části, ale i při studování teoretických poznatků obsažených v teoretické části této bakalářské práce. Vyjádřila jsem se zde k vybraným teoriím a vysvětlila jsem zde svá stanoviska.

Závěr

Tato bakalářská práce nesla název Vybrané příznaky schizofrenie u osob s duální diagnózou a u osob s paranoidní schizofrenií a byla zaměřena na zjištění specifík schizofrenních příznaků u těchto osob. Práce byla rozdělena do pěti kapitol, první tři byly kapitoly teoretické, čtvrtá empirická a páté kapitole byly diskutovány témata týkající se bakalářské práce.

V teoretických kapitolách byla popsána problematika schizofrenie, syndromu závislosti a duálních diagnóz, každá z kapitol byla vázána k plánovanému výzkumu.

V empirické kapitole byla analyzována a interpretována data získaná metodou polostrukturovaného rozhovoru a studiem dokumentace v rámci výzkumného projektu s názvem Specifika vybraných příznaků schizofrenie u osob s paranoidní schizofrenií a u osob s duální diagnózou. Cílem výzkumu bylo zjistit specifika vybraných příznaků schizofrenie u osob s paranoidní schizofrenií a u osob s duální diagnózou.

Konečný počet respondentů byl sedm. Při interpretaci získaných dat byly zodpovězeny dílčí výzkumné otázky spolu s hlavní výzkumnou otázkou, která zněla „Jaká jsou specifika vybraných příznaků schizofrenie u osob s paranoidní schizofrenií a u osob s duální diagnózou“.

Výsledky výzkumného projektu mohou být užitečné odborníkům v pomáhajících profesích zabývajících se cílovou skupinou osob s duální diagnózou a s paranoidní schizofrenií. Výsledná specifika schizofrenních symptomů a odpovědi na dílčí výzkumné otázky mohou být nápomocny pro pochopení bližší pochopení potřeb jednotlivých osob při léčbě a resocializaci a mohou být cenným materiálem při vytváření metodiky práce s osobami s duální diagnózou a paranoidní schizofrenií.

Shrnutí

Bakalářská práce s názvem Vybrané příznaky schizofrenie u osob s duální diagnózou a u osob s paranoidní schizofrenií je orientována na problematiku specifík schizofrenních symptomů u samostatné diagnózy paranoidní schizofrenie a při souběhu této diagnózy se syndromem závislosti. Práce je rozdělena do pěti kapitol. První tři jsou teoretické, čtvrtá je empirická, pátá nese název Diskuze.

V teoretických kapitolách se nacházejí teoretické poznatky týkající se témat schizofrenie, syndromu závislosti a duálních diagnóz, empirická kapitola je věnována výzkumnému projektu Specifika vybraných příznaků schizofrenie u osob s paranoidní schizofrenií a u osob s duální diagnózou.

Cílem bakalářské práce je zjistit specifika schizofrenních příznaků u osob s paranoidní schizofrenií a u osob s duální diagnózou.

Summary

Bachelor thesis called The chosen schizophrenic symptoms of people with paranoid schizophrenia and people with dual diagnosis is focused on the problems with the specifics of schizophrenic symptoms of paranoid schizophrenia alone, and in concurrence with the diagnosis of dependence syndrome. The work is divided into five chapters, there are three theoretical, the fourth is empirical and the fifth is called Discussion.

In theoretical chapters are theoretical knowledge on topics of schizophrenia, the drug addiction and dual diagnosis, empirical chapter is devoted to a research project Specifics of the chosen schizophrenic symptoms of people with paranoid schizophrenia and people with dual diagnosis.

The aim of the bachelor thesis is to find out the specifics of schizophrenic symptoms for people with paranoid schizophrenia and for people with dual diagnosis.

Použité zdroje:

BALCAR, Karel. Pojetí psychoterapie. In: Josef LANGMEIER a Karel BALCAR a Jan ŠPITZ. *Dětská psychoterapie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2010. 432 s. ISBN 978-80-7367-710-7

BAŠTECKÁ, Bohumila a Jan MACH. *Klinická psychologie*. Praha: Portál, 2015. 759 s. ISBN 978-80-262-0617-0

DOUBEK, Pavel. *Psychóza v životě – život v psychóze: příručka pro pacienty trpící psychózou a jejich rodiny*. Praha: Maxdorf, 2008. 63 s. ISBN 978-80-7345-156-1

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada, 2010. 648 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1620-6

EVANS, Katie. a J. Michael. SULLIVAN. *Dual diagnosis: counseling the mentally ill substance abuser*. 2nd ed. New York: Guilford Press, 2001. 292 s. ISBN 1572304464

FISHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování sociálně patologických jevů*. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). 224 s. ISBN 978-80-247-2781-3

GABRIEL, Josef. Příběhy. In: Josef GABRIEL. *Matky za život dětí s vážným duševním onemocněním*. Praha: Sympathea, 2012. 90 s. [ISBN neznámé].

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. s. 78, 161, 332, 345, 422, 424, 587, 699, 701. ISBN 80-7178-303-X

JAROLÍMEK, Martin. Kognitivně behaviorální terapie u psychóz. In: Ondřej PĚČ a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009. 256 s. ISBN 978-80-7387-253-3

JAROLÍMEK, Martin. S čím zápasí duševně nemocní a jejich rodiny. In: Josef GABRIEL. *Matky za život dětí s vážným duševním onemocněním*. Praha: Sympathea, 2012. 90 s. [ISBN neznámé].

JUNG, Carl Gustav. *Analytická psychologie: Její teorie a praxe: Tavistocké přednášky*. Přeložili LUKÁŠOVÁ-ČERNÁ Kristina a Karel PLOCEK. 2. vyd. Praha: Academia, 1993. 208 s. ISBN 80-200-0480-7

KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada, 2015. 696 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8

KOUKOLÍK, František. Předmluva. In: Michaela MALÁ. *Homo psychoticus*. Praha: Triton, 2015. 208 s. ISBN 978-80-7387-845-0

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009. 279 s. ISBN 978-80-7367-568-4

LÁTALOVÁ, Klára. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada, 2013. 240 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4454-4

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize : aktualizovaná verze k 1.4.2014. Přeložil Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 2., aktualiz. vyd. Praha: Bomton Agency, 2008. 874 s. ISBN 978-80-904259-0-3

NEŠPOR, Karel a Ladislav CSĚMY. *Léčba a prevence závislosti: příručka pro praxi*. 199 s. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. ISBN 80-85121-52-2

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál, 2011. 176 s. ISBN 978-80-7367-908-8

NEVŠÍMAL, Petr, ed. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II.: česká praxe*. Praha: Magistrát hl. m. Prahy, 2007. 317 s. ISBN 978-80-7106-937-9

OREL, Miroslav. *Na Freuda já nemám čas, doktore*. Praha: Portál, 2015. 160 s. ISBN 978-80-262-0931-7

OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. Praha: Grada, 2012. 264 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3737-9

PAVLOVSKÝ, Pavel. Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek (F10-F19). In: Jiří RABOCH a Pavel PAVLOVSKÝ a Dana JANOTOVÁ. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 5. vyd. Praha: Triton, 2012. 239 s. ISBN 978-80-7387-582-4

PAVLOVSKÝ, Pavel. Schizofrenie (F20). In: Jiří RABOCH a Pavel PAVLOVSKÝ a Dana JANOTOVÁ. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 5. vyd. Praha: Triton, 2012. 239 s. ISBN 978-80-7387-582-4

PĚČ, Ondřej aj. Psychiatrická rehabilitace. In: Ondřej PĚČ a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009. 256 s. ISBN 978-80-7387-253-3

PLHÁKOVÁ, Alena. *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia, 2004. 472 s. ISBN 978-80-200-1499-3

PROBSTOVÁ, Václava. Psychoterapie a rehabilitace psychóz na úrovni jedince. In: Ondřej PĚČ a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009. 256 s. ISBN 978-80-7387-253-3

PROBSTOVÁ, Václava. Psychóza a psychoanalýza. In: Ondřej PĚČ a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009. 256 s. ISBN 978-80-7387-253-3

WINKLER, Petr. *Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení*. 69 s. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2013. ISBN 978-80-87142-21-9

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century*. Geneva: WHO, 2013. 180 s. ISBN 978 92 890 0279 0

ZÁVIŠEK, Josef. Komplexní léčba u pacientů, kteří trpí psychotickou poruchou v legislativě ČR. In: Josef GABRIEL. *Matky za život dětí s vážným duševním onemocněním*. Praha: Sympathea, 2012. 90 s. [ISBN neznámé].

Elektronické zdroje:

ALTUNSOY, Neslihan, Safak Yalcin SAHINER, Merve CINGI KULUK, Tuncer OKAY, Semra ULUSOY KAYMAK, Cigdem AYDEMIR a Erol GOKA. Premorbid Personality Disorders in Male Schizophrenic Patients with or without Comorbid Substance Use Disorder: Is Dual Diagnosis Mediated by Personality Disorder? *Noro Psikiyatri Arsivi*[online]. 2015, **52**(3), 303-308 [cit. 2016-04-26]. DOI: 10.5152/npa.2015.7679. ISSN 13000667. Dostupné z: <http://www.noropsikiyatriarsivi.com/eng/makale/3409/430/Full-Text>

BRAUN, Virginia a Victoria CLARKE. Thematic analysis. *APA handbook of research methods in psychology, Vol 2: Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological* [online]. Washington: American Psychological Association, 2012, s. 57 [cit. 2016-04-26]. DOI: 10.1037/13620-004. ISBN 1-4338-1005-0. Dostupné z: <http://content.apa.org/books/13620-004>

Constitution of the World Health Organization. In: *World Health Organization* [online]. Geneva: WHO, 1946 [cit. 2016-01-02]. Dostupné z: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>

DEGENHARDT, Louisa a Wayne HALL. Is Cannabis Use a Contributory Cause of Psychosis? *Can J Psychiatry* [online]. 2006, **51**(9), 566-74 [cit. 2016-04-26]. Dostupné z: <https://ww1.cpa-apc.org/Publications/Archives/CJP/2006/august/cjp-august-06-degenhardt-IR.pdf>

KREMLÁČOVÁ, Edita a Jiří ŠUPA. Metodika práce s lidmi s duální diagnózou. In: *Portál podporovaného vzdělávání* [online]. [Brno: Práh, o.s., 2012 [cit. 2016-04-26]. Dostupné z: http://www.normalnestuduju.cz/údownload_jmk.htm

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. Standard substituční léčby. In: *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* [online]. Lisbon: EMCDDA, 2001 [cit. 2016-04-26]. Dostupné z: www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_231420_EN_CZ07_Standard%20substitution%20treatment%20Ministry%20of%20health.doc Standard substituční léčby

SHAHRIYARMOLKI, Khodayar a Tim MEYNEN. Needs assessment of dual diagnosis: A cross-sectional survey using routine clinical data. *Drugs: Education, Prevention and Policy* [online]. 2013, **21**(1), 43-49 [cit. 2016-04-26]. DOI: 10.3109/09687637.2013.796910. ISSN 0968-7637. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/09687637.2013.796910>

Strategie reformy psychiatrické péče. In: *Reforma péče o duševní zdraví: Strategie reformy psychiatrické péče* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2013 [cit. 2016-01-02]. Dostupné z: <http://www.reformapsychiatrie.cz/2013/10/08/vydani-strategie-reformy-psychiatricke-pece/>

Taking mental health into the community. *Bulletin of the World Health Organization* [online]. 2014, **92**(10), 702-703 [cit. 2016-04-26]. DOI: 10.2471/BLT.14.021014. ISSN 0042-9686. Dostupné z: <http://www.who.int/entity/bulletin/volumes/92/10/14-021014.pdf>

Přílohy

Seznam příloh:

Příloha č. 1 - přepis rozhovoru s respondentem č. 1

Příloha č. 2 – přepis rozhovoru s respondentem č. 2

Příloha č. 3 – přepis rozhovoru s respondentem č. 3

Příloha č. 4 – přepis rozhovoru s respondentem č. 4

Příloha č. 5 – přepis rozhovoru s respondentem č. 5

Příloha č. 6 – přepis rozhovoru s respondentem č. 6

Příloha č. 7 – pomocné tabulky k dílčím výzkumným otázkám

Příloha č. 1

Respondent č. 1

Přepis rozhovoru

V: Já bych se vás nejprve ráda zeptala, jak to probíhalo od doby, co se u vás začala projevovat ta nemoc.

R: Tak já som byl normální, chodil jsem na vysokou školu. Ale protože mě rodiče tak strašili hrozně a nadávali mi, tak se mi stala porucha. Tak to je celá odpověď na tu otázku. A pak jsem byl jednou hospitalizován, tak asi dva měsíce, ale musel jsem pak domů. Ale protože jsem se nevyléčil, tak jsem se znovu nechal zapsat do nemocnice na jeden rok.

V: Vy tedy říkáte, že jste chodil na vysokou školu, ale že se vám něco stalo v rámci rodiny, něco s rodičema...

R: konflikty tam byly.

V: A tedy se u vás projevila porucha. A kdy se to tak zhruba začalo projevovat a jak?

R: To se stalo ze dne na den. Když jsem začal poslouchat rádio nebo televizi, tak jsem měl nervové podráždění a změnil se mi obličej.

V: Když jste začal poslouchat rádio nebo televizi.

R: Když jsem začal poslouchat všechno, co se tam zobrazí nebo... musel jsem si vybírat. Když jsem začal poslouchat nějakou hudbu nebo nějaký pořad, tak jsem si vybíral a to pomohlo. Všechno, co tam bylo, tak jsem se nemohl dívat ani poslouchat.

V: Vy jste řekl, že jste měl nervové podráždění a že se vám změnil obličej. Mohl byste to více otevřít? Co to způsobovalo? Co konkrétně vás tam dráždilo, když jste to poslouchal?

R: To bylo moc náročné na nervy, to co jsem poslouchal. Nemohl jsem to poslechnout. Nemohl jsem vydržet ani neměl jsem trpělivost.

V: Takže potom to dosáhlo takové míry, že už to něco přesáhlo a byl jste hospitalizován?

R: To ne. Já jsem čekal, že se to napraví samo. Já jsem čekal, že to zmizí. A nezmizelo to do deseti let, tak jsem se zapsal do nemocnice.

V: Po deseti letech.

R: Jo.

V: Během těch deseti let se to nějak zhoršovalo nebo to naopak občas i ustupovalo?

R: Ne, to neustupovalo. Já jsem čekal, že se tolepší. Nevyléčil jsem se.

V: Vaše nároky v tomto období byly samozřejmě, aby ta nemoc ustoupila...

R: Jo.

V: Měl jste i jiné cíle? Třeba vrátit se na vysokou školu?

R: Nemohl jsem studovat. Samozřejmě pro mě je to náročné. Dokonce i pokud jsem četl knížky, tak jsem nemohl číst, co se psalo v těch knížkách.

V: Takže jste měl problém s více médii, jak se zdá. Knížky, televize, rádio... s informacemi.

R: Jo. Se zpracováním informací. Bylo to náročné.

V: Po té hospitalizaci jste tedy přišel na chráněné bydlení?

R: Jo, přešel jsem na chráněné bydlení.

V: Já bych se ještě vrátila k tomu začátku. Kdo to tedy zjistil, že něco není v pořádku?

R: já sám.

V: Takže jste to zjistil sám. Říkal jste, že jste se pokoušel to nějak napravit během těch deseti let. A co vám u toho pomáhalo?

R: Jo, ano. Pomohlo mi to, že jsem vybíral ty pořady a tu hudbu. Jenom tu oblíbenou hudbu jsem poslouchal. A neposlouchal jsem ty jiné ani jsem se na nic jiného nekoukal. Trošku jsem se snažil trénovat ty nervy a podívat se na nějaký pořad. Ale nechtěl jsem se dívat ani poslouchat nic. Takže jsem se snažil vybírat.

V: A když se zeptám, co to naopak zhoršovalo nebo co vám nepomáhalo?

R: ...

V: Byly to ty pořady, co vás dráždily nebo ještě něco jiného? Nějaké situace? Bylo to například horší ráno nebo večer?

R: Horší ráno, večer... Ještě jednou?

V: Jestli se i nějak zhoršovaly ty stavy.

R: Jo, zhoršovaly se stavy. Ale to si nevzpomenu. Ale třeba jsem se nemohl dívat na horory třeba. A pak jsem měl i strach z výšek. To jsem předtím neměl.

V: Takže tam byly i nějaké strachy, napětí...

R: Jo.

V: Zkusil byste, pokud byste si vzpomněl a pokud by to pro vás nebylo nijak zatěžující... Jaký byl váš zvlášť těžký zážitek? Kdy to bylo nejtěžší?

R: Nejtěžší... Jo. S těmi rodiči to nejtěžší bylo. Já jsem pak už nezvládal, co oni mi nadávali a strašili. Tak jsem se s nima hádal. Já jsem se to snažil zvládnout sám. Byl jsem zoufalej a pak už jsem to nezvládal.

V: Oni vás strašili.

R: A nadávali.

V: A ty konflikty mohly také zapříčinit to, že se vám dařilo hůře?

R: Jo jo, tak.

V: Jak je to teď?

R: Teď já bydlím na samostatném bydlení. Tady mi to pomáhá, hodně pomáhá. Koukám na pořady jenom ty, které mě baví a poslouchám hudbu, která mě baví. Tak to je všechno snad. Jo, chodím do práce. Chodím pracovat.

V: Vidáte se s rodičema?

R: Ne, pišeme si přes facebook.

V: A je to pořád napjaté?

R: Ne, když si píšeme přes facebook, tak jsou docela... chovají se dobře. Nenadávají mi. Jenom nemůžu být tak spolu, nablízko. Tak přes facebook to docela dobré vztahy máme.

V: Co byste chtěl potom dále?

R: Tak záleží na tom, jak se uzdravím, jaký budu mít psychický stav, zlepšovat se musím. No a, potřeboval bych víc pracovat. No a, dřív mě bavilo studování, tak bych chtěl studovat. Slyšel jsem, že někteří lidi chodí do práce a ještě studují. Já bych taky chtěl takhle. A chtěl bych ještě sportovat. Moc nemám síly na to sportování. Zkoušel jsem párkrát sportovat, dlouhou dobu jsem nemohl sportovat, ale pak jsem někdy míval pocit, že už můžu. Mám příjemný pocit ze sportování. A pak jsem měl dobré pocity a párkrát jsem běhal. Nemám ještě tak dobré... stav psychický... na to, abych měl třeba síly. Takže sportování mě moc neláká tak.

V: To chce možná čas. Každý si dopřeje čas, který potřebuje. A trpělivost. Dále bych se zeptala, když náhodou ze svého oblíbeného pořadu náhodou překliknete na nějaký horor například...

R: Já se nedívám na horor. Jo, a vlastně! Já jsem se trochu začal zajímat o horory. Některé akční filmy.

V: Z toho nejde takový strach?

R: Je to zlepšení!

V: Nevyvolává to ve vás takový strach nebo napětí?

R: Nevyvolává.

V: Co byste doporučil ostatním, kterým se stala podobná situace.

R: Já nevím. Každý má své vkusy. Dívat se, na co se mu líbí.

V: A kdyby se dělalo člověku špatně ze všeho, co byste mu třeba doporučil?

R: Co bych doporučil?

V: Ano.

R: Já nevím. Přece se něco najde. Musí to zkusit. Neztrácet...

V: Musí to zkoušet, neztrácet... tu vůli?

R: Naději.

V: A hospitalizace?

R: Tam moc zábava není. Mě pomáhá teď, že nebydlím s rodiči. Protože vždycky jsme měli konflikty a nešlo to. Ten stav se hodně zlepšil.

Příloha č. 2

Respondent č. 2

Přepis rozhovoru

V: Já bych se vás nejdříve ráda zeptala. Jak to vlastně všechno začalo, můžete vyprávět od doby, co se u vás nemoc začala projevovat. Jak například vypadala hospitalizace.

R: Já jsem ten začátek měla takovej trochu podivnej u té nemoci, protože mě zemřeli čtyři lidi v rodině. Každý rok v podstatě jeden člověk. A já jsem jedináček teda, tak jsem se zhroutila. Tak jsem zůstala úplně sama. Zhubla jsem asi na čtyřicet kilo, byla jsem úplně sama v bytě, víte, po rodičích. Ty mi umřeli teda brzy, maminka ani jí nebylo padesát, tatínek v šedesáti. Takhle ještě babička a ještě teta. Takže já jsem takhle zůstala... Jenom v dálce bratranec, s tím se nestýkáme. Takže první dva invalidní důchody mi psala obvodní doktorka na anorexii, jakože jsem zhubla. Jenže já nevím, jestli to byla anorexie, když jsem steskem vlastně zhubla. No, ale o na se z toho anorexie ale mohla vyvinout. Tak nevím. To mi psala obvodářka a pak jsem byla poslána na psychiatrii, a tam mi diagnostikovali právě poruchu, s tou diagnózou F20, což je paranoidní schizofrenie. No, a samozřejmě přidali i nějak ty obsese. To asi víte co je. Že člověk třeba něco dělá víckrát, víckrát si mejte ruce, nebo, já jsem věřící, tak udělám kříž třeba desetkrát, nejsem si jistá jestli je to přesně, jo. A snažím se dost odprošťovat o takových věcí, jde to těžce, ale... jsem netrpělivá, nedokážu stát fronty. Teď poslední dobou jsem byla hodně nemocná, měla jsem bronchitidu, pak jsem měla zánět plic, ne přímo zápal, a brala jsem asi čtyři patery antibiotika za sebou. Ještě jsem byla na mamografii a na... jak se tomu říká... prostě mi našli něco tady takhle na prsu. Tak jsem ještě byla před Vánoce taková vyděšená. A nakonec to dopadlo dobře. Se na mě doktoři takhle sesypali, všechno naráz, víte? Teď z těch antibiotik jsem dostala děsnej průjem. Hroznýho

něco prostě. Já mám svojí case manažerku a ještě case managera, tak ti všichni kolem mě, zaplat' pánbůh, že je mám, líтали.

V: A to se takhle nakumulovalo minulou zimu?

R: Tuhle zimu se to nakumulovalo. Tuhle zimu, no.

V: A jak jste říkala, že jste poprvé byla hospitalizovaná kvůli tomu hubnutí, tak kdo vás například upozornil, že se s vámi děje něco dalšího?

R: Ta obvodní ani tak jako... ještě dlouho jsem bydlela na Praze 6 na Petřinách a tak jako neřešila tu psychickou poruchu, to neřekla. A to mi diagnostikoval až doktor v Břevnově, pan doktor Kolouch, kandidát věd... jsem docházela skutečně pěšky, protože z Petřin do Břevnova je to z kopce ke kostelu Svaté Markéty, kousek dál je poliklinika. Tak ten mi diagnostikoval tu poruchu, tu schizofrenii.

V: Předtím než to diagnostikoval, jak jste to na sobě cítila? Jestli o tom chcete mluvit.

R: No, tak já nevím, měla jsem tu anorexii, a teprve on... já nevím jak na to přišel.

V: Vy jste předtím říkala, že jste měla ty halucinace..

R: To ale později.

V: On to tedy nejdříve diagnostikoval a potom se to objevilo?

R: To také přímo takhle ne. Já u tý schizofrenie jsem třeba i dost puntičkářská. Tak jsem takový smítka ze stolu sbírala. Kolem mě bordel a to... a já se soustředím na takový smítka. Takový ubohý. Trochu jsem takový divný podivný příznaky jako měla.

V: Takže se to projevovalo skrze obsese?

R: jo jo jo.

V: V tom Břevnově jste potom byla i hospitalizovaná nebo někde jinde?

R: Mě poprvé po asi až po těch dvanácti letech... počkejte po dvanácti ne... to bylo dřív. Po pěti letech mě ten pan doktor Kolouch poslal teda do Bohnic. Byla jsem nějaká rozrušená, taková jsem byla celá špatná. Sousedí v domě, tam byli samí starý lidi, já jsem byla tenkrát mladší. A to bylo hrozný, asi dvanáct domácností a samí starý lidi. Já jsem byla mladá prostě, teď už to zase vidím jinak, no. Mě bylo tak třicet a jim tak šedesát až osmdesát.

V: Rozumím tomu dobře, že jste byla hodně sama?

R: Ano. Teď já jsem taky po druhý rozvedená. Nějaký známosti ještě jsem měla. Ty dva rozvody mě nepomohli. To vždycky u rozvodu dostanu tik do oka, takhle do oka, mě škube oko. Já už se potřetí vdávat nebudu, to by vyšlo nastejno. Vy jste doufám svobodná...

V: Já jsem ještě svobodná.

R: Vy jste ještě svobodná... Dávejte pozor!

V: Nebojte. A ty rozvody byly v průběhu té nemoci?

R: Taky, ten druhý taky.

V: ten první byl předtím?

R: Předtím, no. To se na člověku podepíše. Taky jsem měla hodně zaměstnání, asi pět šest zaměstnání. Středoškolskej, sekretářka, asistentka, a takovýchle různých... referenka. Takový různý pozice. Kancelářský, kancelář moje pracoviště.

V: Hospitalizace tedy byla v Bohnicích a potom?

R: Taky jednou ve střešovický nemocnici. A jinak v Bohnicích.

V: Jak vypadala léčba?

R: Léčba v Bohnicích?

V: Probíhala tam například psychoterapie?

R: Taky tam byla. Psycholožka tam byla. To jsem se vždycky přihlásila k ní, protože je to moc zajímavý. A pomůže člověku tím rozhovorem.

V: A v těch Střešovicích to bylo jaké?

R: V těch Střešovicích to bylo ještě lepší než v Bohnicích. Protože oni vás třeba zavřou a nepustí vás několik dní vůbec ven. Což je hrozný, já jsem se tam chodila na záchod vydýchat k otevřenému oknu. Protože já jsem byla bez kyslíku. I když kouřím, tak jsem si připadala bez kyslíku. Všechno vydýchaný, nikde otevřít nemůžete. Hrozivý. V tý Střešovický nemocnici jsem mohla hned první den pěkně si chodit po areálu. Něco si nakoupit, tam jsou takový, obsluha tam je, kiosky, tak si tam můžete něco koupit. A hned jsem prostě mohla na

čerstvej vzduch. Ty Bohnice to není nic moc. V tý Vojenský, ta je vyhlášená... jinej přístup, no. I jídlo bylo lepší.

V: Vy jste tedy mluvila nejenom o obsesi, ale o těch halucinacích. Mohla byste to ještě více otevřít?

R: To jsem třeba viděla, když jsem šla po cestě, takovou kočku, kočičí hlavu, jako zavěšenou v prostoru. Jako opravdu jsem myslela, že tam ta kočka je. Ale nešla jsem za ní, to už bylo dobrý. Ale měla jsem horší příznak. Když jsem bydlela v garsonce, tak jsem viděla stát manžela z okna. Tak jsem se koukla, měl nějaký černofialový oblečení a volá na mě, abych šla otevřít. Prostě běžela jsem ke dveřím, otevřít dveře od vchodu, a najednou koukám, že tak není, že nikde není. A to už je prostě nebezpečný, když už člověk na ten přímo fakticky, jo.. to už jako není příjemný. Na kočku jsem se vykašlala, ta visela někde.. šla jsem po chodníku a ona visela nad autama. A to jsem se nerozeběhla na ulici, to by mě srazilo auto.

V: Dokázala jste to odlišovat po nějaké době?

R: No no no.

V: Ale někdy vás to i zmátlo...

R: No. To není nic moc teda. Ono to přijde někdy jako blesk z čistýho nebe. Já nikdy nemůžu dopředu očekávat, co zase vyvedu. Víte, co se zase stane. Že jsem si i vylila varnou konvici. Jsem měla vařící vodu na kraji stolu a takhle jsem tu konvici zvedla, jenomže se otevřelo i to víko. Teď jak jsem to zvedla, tak najednou na nohu. Jsem tam vylila půl litru vody, vařící vody na tu nohu. Jsem takhle měla dva obrovský puchýře. Čtrnáct dní převazu na chirurgii. Nějakou bílou pěnu a pak mi tak ještě něco zavazovali. To bylo hrozný. Nestačí, že mám takový normální nemoce, já si ještě způsobuju takovýhle nemoce. Musím zaklepat, že jsem se z těchto nemocí nějak dostala, teď je mi v poslední době líp. A že jsem naštěstí v životě neměla nic zlomenýho, to jsem neměla. A na operaci jsem taky nebyla. Takže v tomhle ohledu se mi daří, no. Jenomže mám zase třeba osmičky dioptrie, což je dost dioptrií, že jo? Jsem krátkozraká... A pořád mi ty vlasy lezou do obličeje, to je o nervy, nelezou vám vlasy do obličeje?

V: Občas taky?

R: A jste z toho nervák taky?

V: Já to většinou dám do gumičky.

R: Já už žádný gumičky nemůžu. Musím ke kadeřnici taky. Jenomže to stojí zase všechno peníze. Z toho invalidního vyjít s tím příjmem, to je... Ale to tady není na pořadu dne, to asi vědět nechcete. Abych neuhýbala z tématu. Já mám ten důchod teda a mám příspěvek na péči osm set korun. A protože někdy mívám tu péči vyšší, třeba patnáct set nebo takhle, tak budeme s mojí case manažerkou žádat o druhý stupeň, což je asi 2000. Já na to jinak doplácím z důchodu. Aby mi přidali, no.

V: co vám pomáhalo při těch příznacích? Vy jste říkala, že za tou kočkou jste se nerozběhla, věděla jste, že by vám to mohlo ublížit... Věděla jste, že je to halucinace. Co vám k tomu pomohlo?

R: Asi nějaká osobní... prostě nevím... moje já nějak. Já jsem věřící, ale především na prvním místě věřím v sebe a pak jako v něco. Nějaký bůh nebo takhle. Já jsem vegetariánka, tak má takový vztah příroda – bůh – člověk. Víte jako. Pane bože odpusť, až tak moc tě nežeru.

V: Takže jste si k tomu pomohla...

R: Sama, vlastní vůlí! Nějak, no. Nějak to moje vlastní já. To já nevím, jak bych to popsala. Mě se třeba jednou stalo, že jsem ležela, jsem se překroutila. Já spím na pravém boku, protože to prej je nejzdravější. Ale v noci jsem se nějak překulila i vedle polštářů, takže jsem ležela na zádech, tu hlavu takhle a najednou mi zapadnul jazyk. Já jsem se prudce vzbudila a jak je to možný, že jsem se vzbudila? A začala si ho tahat takhle z pusy ven? A jaká síla nebo reflex? Co kdybych se nevzbudila?! Tak bych se udusila! Mysl nebo ten organizmus? Vysvětlete mi to teda!

V: Ono to spolu souvisí (vysvětlují reakce organismu na nebezpečí)

R: To bylo nebezpečný hrozně. Já si dělám takovýchle věci.

V: Já bych se teda ještě zeptala...

R: To jsou samý nemoce, vidíte? Vy jste asi zdravá.

V: Já jsem se ptala předtím, co vám pomáhalo. A naopak, co vám naopak váš stav zhoršovalo?

R: Já se nerada hádám. A jakmile dojde k nějakému střetu, tak prostě to jako nemám ráda. To adrenalin stoupá. My se tady nehádáme, je to dobrý. Ale někdy dochází na těch komunitách k různým, taky jako konfrontace a to. Jeden klient tam ukradl druhému mobil. Jako to já nemám ráda už takovýhle situace. Promiňte, že kašlu.

V: Poslední trochu negativní otázka...

R: A nedělá mi dobře stát fronty třeba. To nevydržím a zdrhám pryč klidně.

V: Vás to nějak dráždí, znervózňuje...

R: znervózňuje. Ono naštěstí v tomhle Lídlu i v Albertu je otevřeno dost těch pokladen, že jedou jako rychle, no.

V: Jestli byste si teď zkusila vzpomenout, v jaké chvíli to bylo nejhorší.

R: Nejtěžší? Vlastně počkejte, oni mi vysadili Rivotril!! Na těch pavilonech, tak mi vysadili Rivotril. To bylo odpoledne, já jsem zrovna cvičila, jsem zvyklá denně cvičit. S tím zánětem ledvin jsem teď necvičila. Tak mě vysadili ten Rivotril a já jsem prostě cvičila a najednou jsem si nebyla jistá, jestli jsem to docvičila. Tak se ptám těch spolupacientek, na pokoji nás byla asi pět, jestli jsem to docvičila, oni říkali obě docvičila. Já pak najednou, jak jsem neměla ten Rivotril, tak jsem začala prej dělat něco divnýho s botou, že jsem s ní nějak jako mávala nebo co, já si nic nepamatuju. Prej jsem volala nějakou paní, ta už spala. Byla jsem úplně jako, prostě hroznej stav. Jsem si nic neuvědomovalo a tohle. Tak jsem potom šla, ještě jsem dostala nápad jít, za sestrou. Že mi jako vzali Rivotril a že si připadám hrozně a že mi není dobře. No, a druhý den jsem Rivotril dostala zpátky. Už mi ho dali zpátky.

V: A vy jste se to dozvěděla až potom, že vám ho vysadili nebo jste se dozvěděla už předtím?

R: Věděla jsem to. Jak dávají večerní léky, tak mi ho nedali. To jsem nečekala, že to se mnou takhle zamává. Já už ho беру osm let. Já jsem ten prášek malej růžovej zvyklá.

V: A to byste označila za hodně těžké.

R: Ano. To bylo o vlásek, to by byl ze mě blázek za chvíli, se slinou u pusy, cvok. A paní doktorka obvodní mi ho teď píše taky. Zkusila mi dávat i jeden a půl, ale pak jsme zjistili, že ten jeden stačí.

V: Co se vám povedlo?

R: To že jsem tady byla asi moc silná a hodná, že za odměnu půjdu bydlet na chráněnej byt, místo tohohle komunitního bydlení, patnáctýho se stěhuju. Tak půjdu na chráněnej byt, budu tam bydlet ještě s jednou slečnou. Ta studuje a budeme tam mít každá svůj pokoj, a předsíň a kuchyň a příslušenství společný. Pohodlný a lepší a smí se tam kouřit, tady pořád musíme ven, zima a... V parném létě je to dobrý. Kouříte? (Ne) Dobře děláte. Leze to do peněz, smrdí od toho vlasy. Já si někdy upálím vlasy. Já mám takhle bílý kožíšek, sedíme venku a najednou plamen. Igor spolubydlící mi to tak pěkně ostříhal, že to nejde ani vidět.

V: Poslední otázka. Co byste doporučila lidem, kteří onemocní stejnou nemocí?

R: No trochu bych jim doporučila, aby se ovládali. Protože ty lidi v Bohnicích některý jsou hrozně divoký. Že tam lítají, házejí po sobě i nožema třeba. Způsobují si ty různý škrábance, sebeublížování, řežou si ty žíly mladý holky, jestli tohle má cenu... Aby se lidi víc ovládali!

V: A kde to mají nalézt tohle sebeovládání?

R: No jedině v sobě! Nějakou vůli! Něco takovýho! Mě připadají jako nekultivovaný! Oni jsou jako dřevorubec, že takhle nakládají se svým tělem, nebo lidi se otráví práškama... že to by nemělo bejt! Takový sebevraždy a to.

V: A když to v sobě někdo nenalezne? Mohou hledat pomoc?

R: Tak to vám řeknu, že na to jsou nejlepší ty peer konzultanti. To jsou lidi vyléčený částečně z nemoci. Já mám dva, jsem si zajistila hned dva, mužskýho a ženskou. A chodíme takhle na procházky, s tím jedním jsme měli stavět ptačí budku, ale teď už je jaro, tak jsem to odkládali. Ten je moc dobrej. Ještě jednu paní má, chodíme taky na ty procházky a i jinak, jsem potřebovala do bankomatu na Krakově, tak mě doprovodila. A prášky. Brát prášky.

Příloha č. 3

Respondent č. 3

Přepis rozhovoru

V: Teď můžete povídat, co chcete od doby, co se u vás projevila nemoc, povídejte, na co se cítíte.

R: Já nevím, no. Cejtím se na to, co teď dělám.

V: Cítíte se na to, co teď děláte. A co teď děláte?

R: Pracuju, bydlím v chráněném bydlení, mám přítelkyni.

V: Jak začala vaše nemoc?

R: Byla vyvolána drogama.

V: Jak je to dlouho?

R: Od konce roku 2013.

V: A jak se to začalo projevovat?

R: Měl jsem bludy.

V: A jak jste to zjistil?

R: Skončil jsem v Bohnicích, já jsem jim řekl, že jsem jasnovidec.

V: Ještě jednou?

R: Že jsem doktorce řekl, že jsem jasnovidec.

V: Mohl byste o těch bludech ještě více pohovořit?

R: Já nevím, no...

V: Vy jste říkal, že jste měl blud takový, že jste říkal, že jste jasnovidec..

R: Mluvila na mě televize a tak. .

V: Klidně nemusíte odpovídat. Vy jste bral drogy jak dlouho?

R: Deset let.

V: Po těch deseti letech se nemoc objevila?

R: Ano.

V: A v těch Bohnicích jak probíhala léčba?

R: Nasadili mi Rivotril a byl jsem tam a nic jsme nedělali, no.

V: Setkával jste se třeba s psychologkou?

R: Jenom to, když jsem potřeboval papíry k důchodu vyplnit.

V: Během té léčby, co vám pomáhalo?

R: No, pomáhalo mi rádio a pomáhali mi cigarety.

V: A kdy se to naopak zhoršovalo?

R: Když jsem se nudil. Já jsem se nudil furt.

V: A jak je to teď? Jak se cítíte? Vy jste něco naznačoval na začátku, že máte přítelkyni a že se v tom stavu cítíte dobře, tak jestli byste k tomu chtěl ještě něco doplnit?

R: Asi nic.

V: Chodíte tedy do práce...

R: No.

V: A co děláte?

R: Barmana.

V: Není to v Café Na půl cesty?

R: Je no.

V: Co to v současné době zhoršuje?

R: Já nevím, no. Když se nudím.

V: Takže je vám dobře, když pracujete?

R: Nebo když spím.

V: Kdybyste si zkusil vzpomenout na nejtěžší zážitek...

R: Nejtěžší to bylo, když nám začali v Bohnicích zamykat pokoje, tak jsem chtěl utéct. A neutekl jsem, no. Počkal jsem si na důchod a pak jsem přešel do chráněného bydlení.

V: A co vám v tom útěku zabránilo?

R: To, že jsem chtěl počkat na ten důchod.

V: A pak jste šel do chráněného bydlení?

R: Jo.

V: Co se vám v poslední době povedlo?

R: Asi nic moc.

V: A v té práci?

R: Postoupil jsem do posledního stupně v práci.

V: A s přítelkyní jste jak dlouho?

R: Tři měsíce.

V: Poslední otázka. Kdyby se někdo dostal do vaší situace, co byste mu doporučil?

R: Asi bych mu poradil, ať si udělá důchod.

V: A k čemu je ten důchod vlastně dobrý?

R: No, že je to taková jistota, že jistí člověka. Je to víc než hmotná nouze.

Příloha č. 4

Respondent č. 4

Přepis rozhovoru

V: Jak probíhal váš příběh od doby, co se u vás projevila nemoc?

R: Tak začalo to depresema, protože to bylo všechno vlastně spojený s rodinou, s úmrtím babičky, s rozpadem vztahu, kdy jsem byla zasnoubená., se mi to všechno rozbilo jak domeček z karet. Začala jsem prostě málo spát, nechodila jsem do práce, protože jsem byla finančně zajištěná. No, a protože jsem měla prostě ty deprese, tak jsem zvolila, že navštívím psychiatra a tam to s ním všechno proberu a paní primářka mi vlastně na základě toho, co vám tady říkám, předepsala antidepresiva s ataraxem.

V: A jak probíhala dál léčba?

R: Léčba vlastně původně probíhala tak, že mě přivezli do nemocnice, udělali mi ty psychologický testy a první diagnózu mi stanovili maniodepresivní psychózu.

V: To byla první diagnóza.

R: A ta diagnóza se vlastně vůbec nepotvrdila, protože mi dali další psychologický testy a ta diagnóza se vůbec nepotvrdila. Takže mi určily prostě jinou diagnózu.

V: To byla diagnostika. A jak probíhala léčba při hospitalizaci dál kromě diagnostiky a farmakoterapie?

R: No, bylo to tam strašný. Jako když jste ve vězení. Vůbec to tam nepůsobilo dobře na mě, chovali se tam ke mě opravdu takovým zvláštním způsobem. Protože já jsem taková hodně energická, takže jsem tam líčila pacientky, starala jsem se, tak to jim taky připadalo prostě divný. No, tak na tomhle základě, prostě že jsem akční, tak mi určily tu maniodepresivní psychózu, která se vlastně dvakrát nepotvrdila.

V: Kromě těch depresí a energického chování, měla jste další příznaky? O kterých vám nedělá problém mluvit?

R: Příznaky, tak ten hlavní příznak to byla vlastně ta nespavost. Ta úzkost, kterou mám vlastně dodneška. Když mám vlastně nějaké ty problémy nebo mám jít vlastně na ten úřad, tak jsem se od té doby strašně změnila, že mě to hrozně znervózňuje, člověk začne couvat, deprimuje mě to a pak z toho vlastně chytám tu úzkost, no.

V: Vy jste řekla, že hospitalizace byla strašná. Přece jenom, pomáhalo vám něco při té hospitalizaci?

R: Ne. Ne, protože tam byla hrozně nepříjemná, špatná diagnóza, protože mi dávali úplně jiné léky, než mi měli dávat. Takže vlastně když mě propustili po měsíci a půl, tak mě paní doktorka Šplíchalová, paní primářka řekla, že žádnou maniodepresivní psychózu nemám, že je o tom vlastně přesvědčená, že mě zná několik let a napsala mi vlastně antidepressiva na tu úzkost.

V: A co vám nyní pomáhá zlepšit váš psychický stav?

R: Meditace. Medituju při knížce, dělám různé rituály, takový to uklidňující holotropní dýchání, jestli to říkám dobře. A do toho dýchám, trvá to tak 20, 25 minut, snažím se úplně vypnout, úplně se uvolnit tělo, psychiku, fyzično, vlastně aby to bylo jeden celek. A docela se mi to daří a praktikuju to hlavně před spánkem, když jdu spát.

V: A jak jste říkala, že jste hodně energická, máte například i nějaké sportovní aktivity ve volném čase?

R: No, tak teď se sportu nevěnuju rok, to se teda musím přiznat, že ta fyzická odolnost a ta fyzická že je na bodě mrazu. To jsem vlastně přibrala nějakých třicet kilo, tak jsem taková hodně těžkopádná.

V: Co se vám v poslední době povedlo?

R: Dostala jsem pochvalu v práci, že vlastně dobře pracuju, že je vlastně všude čisto, tak to je taková vlašťovka.

V: Dalo by se říct úspěch v práci?

R: (přítakání)

V: Vzpomněla byste si na nějaký zvlášť těžký zážitek?

R: To byla ta hospitalizace v těch Střešovičkách, to bylo jak v kriminále. To chování jak ze strany těch doktorů, tak ze strany těch sester, já jsem si vůbec nerozuměla s tou psychiatrickou, která mi byla vlastně přidělena. Takže ta mě fakt brala jako nějakýho blázna jako delikventa společnosti. Furt mi navyšovala léky, třeba se mě dvakrát nebo třikrát stalo, že jsem se v noci v té nemocnici pomočila. Protože mi dávala silnou intenzitu těch léků. A dokonce se mi jednou stalo, že mě těma lékama prostě nakopla. Že třeba když jsem si šla lehnout, tak jsem na sobě nemohla cítit to nemocniční prostěradlo a nemohla jsem spát vůbec. Protože mi strašně bušilo srdce. Takže mě předávkovala vlastně.

V: Vy hodně mluvíte o té farmakoterapii a o těch lécích, které jak říkáte nebyly dobře určený. Co třeba psychoterapie?

R: Tam žádná nebyla.

V: A nějaká psychologická intervence byla po té hospitalizaci?

R: Ne. No, po té hospitalizaci, to jsem se vlastně zařadila do té společnosti vlastně okamžitě, to mě podpořil můj táta, protože ještě tam ten vztah nějaký mezi náma byl, takže já jsem si vlastně okamžitě našla práci, v Douglasu na Chodově, kde jsem vlastně jenom prodávala kosmetiku a vlastně jsem i líčila. A to jsem se vlastně i přestěhovala, našla jsem si garsonku s přítelem, takže jsem začala vlastně po měsíci a půl od propuštění z nemocnice chodit do

práce a našla jsem si tu garsonku s přítelem a přestěhovala jsem se vlastně i od táty. No a zhubla jsem vlastně během těch třech měsíců těch asi dvanáct kilo, co jsem v té nemocnici po těch lécích přibrala. Takže jsem se dostala na svojí původní váhu.

V: A potom jste přešla na chráněné bydlení?

R: Ne, tenhle ten příběh, co vám povídám, to bylo od roku 2009, vlastně od začátku, vám tady povídám začátek.

V: A jak se to potom vyvíjelo dál?

R: Tak vyvíjelo se to tak, že vlastně já jsem byla těch třináct hodin v práci, vlastně měla jsem klasickej úvazek dvanáct a jednu hodinu pauzu, rozdělenou asi po šesti hodinách po půl hodině a to mi absolutně vůbec nestačilo, protože za tu půl hodinu jsem si nestačila ani dojít na WC, ani jít se najíst, dávala jsem si jenom kafe a chodila jsem vlastně kouřit. Takže jsem to dávala vlastně na kafi a na cigáru. A nestačila jsem vůbec jíst, no a ta práce byla taková, že jsem stála prostě na nohách, že jsem obsluhovala, že jsem markovala zboží, byla jsem prostě za pokladnou, doplňovala jsem regály, čistila jsem regály, vypisovala jsem faktury, které jsem dávala vlastně šéfovi. Jenže když mi přišli vlastně zákazníci na prodejnu, tak buďto chtěli radit třeba v oblasti kosmetiky, třeba na prevenci, prostě krémy... prostě takhle, anebo to líčení, to mě bavilo. Takže já jsem vlastně vstávala v šest a doma jsem byla v deset hodin večer. A to že jsem tam neměla vlastně vůbec ten odpočinek, že jo, a spala jsem nějakých 5 6 hodin maximálně, což mi vůbec nestačilo. Jsem byla hrozně unavená z té práce.

V: Takže vás to na jednu stranu nějak bavilo, ale na druhou stranu... Takže potom byla nějaká asi změna? Co se vlastně potom stalo?

R: No, jsem tam vydržela dva a půl měsíce a pak jsem to vlastně vůbec nedávala. Já jsem pracovala dva dny a dva dny jsem měla volno, a ty dva dny jsem celý prospala, ležela jsem jenom v posteli, protože mě strašně boleli nohy a vůbec jsem nemohla nic dělat.

V: A potom jste to nějak ukončila?

R: A potom jsem to ukončila. Protože jsem opravdu nemohla. Jsem to prostě nestíhala.

V: A jak jste se vlastně dostala sem na chráněné bydlení?

R: na chráněné bydlení... vlastně po tomhle tom jsem odcestovala do Německa, našla jsem si tam práci, osud mi do cesty přihrál přítele. Příklad mi tam se vším pomáhal, učil mě německy a

vlastně po třech a půl letech jsem se prostě vrátila zpátky, protože jsme se rozešli s přítelem. No, a takhle já jsem skončila v Bohnicích, že jsem neměla prostě žádný zázemí a neměla jsem se kam vrátit. Takže jsem třičtvrtě roku byla hospitalizovaná. A pustili mě vlastně 15. října 2015 a to jsem přešla na chráněné bydlení sem.

V: A pozorujete na sobě nějakou změnu?

R: Hodně jsem se změnila, nechci se nervovat, nenervuju se, nesnáším když je vypjatá atmosféra, když se někdo hádá, když lidi řvou, tak to to na mě všechno působí špatně, protože já si o sobě troufám říct, že jsem hodně tolerantní a jsem docela klid'as. Protože máloco mě vlastně rozhodí, to jsem vlastně pocítila tady na chráněném bydlení, že mi to dalo všechno tohleto. Protože sem můžu přijít do kanceláře kdykoliv, když je mi špatně, můžu o tom mluvit a je super když terapeutky prostě jdou a jdou si sednout ven anebo si s nima o tom povídám, že je mi momentálně prostě špatně, že začala ta úzkost. Protože tam ty úzkosti jsou a je to vlastně nějaký ten strach z toho kroku do budoucna. Abych vlastně vydržela v té práci. Rozumíte mi? Protože to je pro mě na prvním místě. To je pro mě velice důležitý. Abych vydržela celou tu pracovní směnu, aby tam prostě nebyla ta únava, nebo nějaký takovejhle handicap.

V: Co byste doporučila lidem, kteří se ocitnou v podobné situaci?

R: Tak hlavně bych jim nabídla asi pomoc. Jako pokud by to teda nebyl člověk, kterej je závislej na nějakých drogách, nebo prostě na alkoholu, protože podle mě se stoprocentně ty lidi musejí jít okamžitě léčit. Jako takovému člověku prostě nejde pomoci, to je můj názor.

V: Takže když je někdo závislý, tak by se měl jít okamžitě léčit?

R: Jo, jo.

V: A teda tou pomocí myslíte co?

R: Prostě jak psychickou pomoc, tak pomoc v tom smyslu, že jsem tady, že jsem prostě přítel, ale ta léčba prostě je velice důležitá, a prostě člověku, kterej je závislej na alkoholu a na drogách, tak pomoc nikdy neposkytovat, když je v nějakém vyšším stádiu, když ty drogy užívá vlastně pravidelně, tak ty lidi jsou prostě strašně nespolehliví, jsou agresivní a lžou a kradou. Takže toho všeho bych se bála a mám s takovýma lidma i zkušenosti, takže určitě bych tu pomoc neodmítla, ale pod podmínkou, kdyby ten člověk podstoupil okamžitě léčbu. Ukončil třeba i pracovní poměr a šel se okamžitě léčit.

V: Takže tou pomocí myslíte jinou než lékařskou? Vy jste zmínila přátelství, přátelskou pomoc.

R: Že jsem prostě tady, že toho člověka za to neodsuzuju, ale že je dobrý podat odbornou pomoc a dostat se z toho, pokud ten člověk chce a má tu vůli, aby to vlastně udělal ten první krok, aby to překonal sám sebe a nastoupil tu léčbu. Protože kolem sebe to pozoruju prostě čím dál tím víc.

V: Takže nějaká ta podpora je důležitá i při tom kroku k léčbě?

R: Ano.

V: A když někdo není závislý? Když u někoho propukne podobná nemoc, tak co byste mu doporučila?

R: Tak já jsem taková hodně přátelská, hodně prostě otevřená a já za tohle nikoho neodsuzuju, já jsem na tom druhým břehu. Takže to není prostě odstuda, že to není nějaký hendicap, že to u každého může propuknout v jakémkoli věku. Takže lidi, co říkají „to jsou blázni“, protože nan nás je pohlíženo tak, že nejsme normální, prostě že jsme blázni, a takhle. Že ten, kdo se léčí na psychiatrii, je prostě blázen, to je takovej hendicap celého národa. No, že to není žádná ostuda, že aby to člověk měl tu psychickou oporu v tom, že mu můžu pomoci v jakýkoli strance, že se na mě může obrátit.

V: Chtěla byste ještě něco dodat?

R: Pro mě vlastně, když jsem se začala léčit, tak pro mě bylo důležitý to přátelství. Aby ty lidi si vlastně uvědomili, že se něco děje a že teda nejsem blázen, ale že je to pod vlivem té nemoci, že ta nemoc se projevila, že ta nemoc prostě propukla, tak jsem jim to všechno vysvětlila, co a jak se stalo. A to přátelství pro mě bylo prostě nejdůležitější. Že mě ty lidi v tu chvíli prostě neopustili, ale že se to snažili nějak prostě pochopit. A že se mnou zůstali v té době. Toho si vážím.

V: Nechávám vám ještě prostor.

R: No hlavně na co teda furt myslím, třeba to nedávám moc najevo, protože já nedávám hodně věcí najevo. Já jsem teď taková prostě spíš uzavřenější, že nejsem ten extrovert, že jsem taková hodně introvertní a že ty lidi poslouchám, co mi říkají, hodně jim naslouchám. A když je mi třeba opravdu hodně špatně, že už cejtím, že se ten kalich napění, že už by to

prostě vypěnilo, tak jdu a musím se z toho prostě vyzpovídat. Já ty věci nemůžu držet v sobě, to musí jít všechno pryč.

V: Takže když je vám špatně, tak se jdete vyzpovídat.

R: No, teď mám vlastně (jméno respondentky č. 1), který si moc vážím, je to pro mě prostě kámoška. Mám jí strašně moc ráda, takže s ní trávím většinu svého volného času, tím že jí vlastně pomáhám a dělá mi to prostě dobře. Že jsem jí užitečná a ona mi naopak dává rady, co a jak, protože to prostě ví, je prostě vzdělaná.

V: Takže vám dělá dobře taky pomáhat?

R: Jo. No, jako hodně mi pomáhá, říká mi svoje názory, prostě super. Jsem ráda, že jí mám, že jsem jí poznala, že prostě za ní můžu jít, dáme kafe, dáme cigáro, já jí tam pomůžu. Třeba v sobotu tam byla asistenční služba jsem se dozvěděla a že jí strašně moc pomohla, ona tam měla hrozně moc těch věcí, a pomáhala jí to dávat do těch skříní to vlastně roztřídit, a potřebuje tam akorát ještě uklidit, no. No, ale nechci být sama, mám ráda prostě společnost, mám ráda lidi a když jsem delší čas sama, tak jsem prostě destruktivní. To prostě řeším samý voloviny.

V: Co tím myslíte?

R: Hrabu se prostě ve starých záležitostech, vždycky přemílám ten osud, co jsem udělala dobře, co jsem udělala špatně. A vlastně ještě moje priorita je ten vztah s tím tátou, protože když jsem vlastně onemocněla, tak jsem byla hospitalizovaná v těch Střešovičkách a táta hned myslel, že jsem blázen. On tyhle věci prostě táta špatně chápe a taky ho to hodně zasáhlo, protože mi sám řekl, že jsem pro něj prostě zklamáním. Takže ten vztah je teď na bodě mrazu.

V: Takže vy říkáte, že hodně potřebujete, aby vás lidi pochopili...

R: A aby mě za to hned neodsoudili. Protože to opravdu u nás v Čechách, to radši nikomu ani neříkám tohle. Protože to vytasí jako zbraň, že jste blázen a bůhví, co je na vás ještě špatného, že pomalu nejste člen společnosti a tak. Mám takovéhle zkušenosti.

V: A když na vás přijdou tyhle myšlenky, tak si jdete s někým pokecat?

R: Hm hm.

V: A to vám nějak pomáhá...

R: Uleví se mi. Psychicky se mi uleví.

V: S čím odcházíte?

R: Tak jsem se tady vypovídala, řekla jsem co se mi stalo, doufám, že to bude všechno dobrý. Bojím se toho kroku do budoucna.

Příloha č. 5

Respondent č. 5

Přepis rozhovoru

V: Já bych vás nejprve ráda poprosila, abyste začal vyprávět svůj příběh od doby, co se u vás projevila nemoc.

R: No, tak to už bude poměrně hodně dlouho. To už bude dlouho, kdy se u mě začala projevovat nemoc. No, zhruba tak od těch... Já už jsem jako malej, jako dítě chodil k psychiatrovi. To bylo když jsem chodil na první stupeň základní školy. Tak už jsem docházel k dětskému psychiatrovi.

V: A jak to potom bylo dál?

R: No, on mě tehdy asi pravděpodobně shledal v pořádku, páč potom už jsem k němu nechodil a začal k němu docházet k psychiatrovi znovu až ve svých 39 letech.

V: A jak jste se k němu dostal na tom prvním stupni?

R: Tak to už si přesně nevzpomínám, ale pravděpodobně to bylo na doporučení učitelky.

V: A v těch 39?

R: No, to mě bylo doporučeno opatrovníkem kamaráda, s kterým jsem bydlel ve společné domácnosti.

V: A jak k tomu on došel?

R: No, on mě krátce viděl, krátce jsme spolu hovořili a on mě doporučil doktora psychiatra.

V: A jestli vám neřekl třeba, na základě čeho...

R: Ne! To mi neřekl.

V: A co vám potom ten psychiatr řekl?

R: Ten mě potom poslal na celkový psychotesty. Na psychotesty mě poslal, k paní psycholožce do Thomayerky.

V: A víte na co tam přišli při těch testech?

R: Schizotypní porucha a Aspergerův syndrom, to já dodneška ani sám netuším, co to je. Ale to mi jako napsala psycholožka do papírů, respektive pan doktor to napsal do papírů. A obsedantně kompulzivní porucha. Ale paní doktorka Šťastná tady z nemocnice v Bohnicích ona je toho názoru, že se o Aspergerův syndrom nejedná. Že Aspergerův syndrom nemám.

V: A ty ostatní diagnózy?

R: Ano.

V: A jaké jsou příznaky té schizotypní poruchy?

R: Nevím jak bych to úplně přesně popsal, ale je to taková jako nejistota vnitřní, takový pochybnosti, neklid, úzkostný stavy. Já mám prostě někdy obavy se do něčeho pustit. Ale když se nakonec k tomu odhodlám se k tomu pustit, tak se potom ty obavy ukážou jako zbytečný. Ukážou se jako lichý, jako to bylo dneska s tím vařením. To jsem měl taky na začátku z toho obavy, ale pak se ukázaly zbytečný ty obavy.

V: No, vy jste se do toho pustil odvážně, odvaha vám nechybí. Děkuji moc za otevřenost. A ty obsedantně kompulzivní?

R: To znamená jako nutkavý opakování.

V: A jak se to projevovalo u vás?

R: No, u mě se to projevovalo jednak jako v činech a i v myšlení. V myšlení, že se mi jedna stejná myšlenka pořád jako dokola procházela hlavou. A v činech, že mám vždycky potřebu všechno zkontrolovat.

V: Ta myšlenka, co se vám v té hlavě honila, co bylo jejím obsahem?

R: No, většinou takový blbosti. Většinou takový hlouposti, no. Já si teď žádnou konkrétní nevybavím. Poněvadž já teď jak beru tu medikaci, tak tyhle obsedantní myšlenky byly

potlačený. Takže naposledy jsem ty obsedantní myšlenky měl, to už je delší dobu a já už si přesně nevybavím, jaký to přesně byly.

V: A vy jste byl hospitalizován?

R: Já jsem byl hospitalizovaný sedm měsíců. Od 18. září.

V: A to bylo od té doby, co vás na to upozornil ten opatrovník spolubydlícího?

R: Ne, ne ne ne ne. To bylo až o dva a půl roku později. Ale to nebyla moje první hospitalizace tahleta. Tahleta hospitalizace byla třetí. Poprvý jsem byl v léčebně v únoru 2014.

V: A během hospitalizací, co vám pomáhalo?

R: Činorodost. Nějak se prostě aktivně se prostě nějak zabavit. Něco tvořit, aktivně se zabavit.

V: Co jste dělal?

R: Tak já rád hodně čtu, taky rád hraju šachy a taky si rád maluju. No, tak já né, že bych byl v šachách obzvláště dobřej, že bych byl nějak nadprůměrnej, to ne. Ale rád je hraju.

V: Takže ty jste hrál i během hospitalizace?

R: Během hospitalizace jsem je hrál taky, ale zřídka, málokdy. Páč ono tam nebylo s kým.

V: A ty další činnosti?

R: Malování. Ale ty moje kresby jsou spíš nudný. Protože já si hlavně maluju rád autíčka.

V: A teda jste si četl?

R: No, já mám svoje knížky a svoje časopisy mám.

V: A co to teda naopak zhoršovalo?

R: No, zhoršovalo to tehdy, když jako jsem se cítil být pod lavinou. Když se toho chtělo nebo očekávalo víc najednou. Když toho na mě bylo víc najednou. Když jsem cítil být ve stresu, když jsem se cítil být tlačenej.

V: A co vás do toho dostávalo?

R: No, když jsem zkrátka měl víc úkolů, víc povinností najednou.

V: To jste se cítil být pod lavinou?

R: Áno. Ono je to s nadsázkou ta lavina. Ale když toho prostě bylo na mě moc najednou. Úkolů, činností.

V: A teď co vám pomáhá?

R: No, totéž co v léčbě. Prostě zabavit se nějakou aktivní činností, abych jenom tak nebyl latentní, abych jenom tak latentně nepřežíval, ale abych se prostě aktivně... něco smysluplného.

V: A naopak třeba co to zhoršuje?

R: Tak vcelku se teď cítím dobře. V celkem vyrovnaný psychický pohodě, ale to taky souvisí s tím, že mám dobrý vztahy s lidma, že dobře vycházím s lidma, že lidi se chovají ohleduplně a mírně ke mně, já se chovám ohleduplně a mírně k nim, jak by to mělo být. A taky hezký počasí je fajn, a dneska je hezky. Díky souboru toho všeho.

V: Zkusil byste si vzpomenout na nějaký zvláště těžký zážitek?

R: No, měl jsem sebevražedný myšlenky, sebevražedný pokusy. Zpravidla jsem to zkoušel léky, jako že jsem si vzal víc léků.

V: A co se při těch pokusech pak stalo?

R: No tak jednou jsem ty léky pak vyzvrátil, to bylo poprvé. A potom podruhý jsem tu kombinaci těch léků vytvořil prostě... Vytvořil jsem si špatnou kombinaci léků, pravděpodobně jsem si nevzal ty, které jsem si chtěl vzít a místo toho cíle, místo ty sebevraždy se dostavila taková extrémní malátnost, že jsem nebyl schopný chodit, že jsem nebyl schopný stát rovně, stál jsem nakřivo a že jsem nebyl schopný chodit.

V: A to bylo kdy?

R: Tohle bylo jak dávali v televizi ten seriál Dynastie Nováků, to dávali v neděli ten seriál, tak to byla neděle, venku bylo hezky, tak to bylo tak jaro léto, a bylo to v roce 2014 nebo 15, teď nevím. 14! Ano, ano.

V: A ty myšlenky už nemáte?

R: Já teď žádný sebevražedný myšlenky nemám. Ale ty pochybnosti o smyslu existence, o smyslu života, ty mě provázejí stále. Ale už to jako nehodlám řešit ukončením. Já mám zkrátka a dobře potřebu nacházet nějaký konkrétní smysl života, dát tomu životu obsah. Ten obsah spočívá v tom nikomu neškodit, nikomu neublížit a vytvořit něco hezkého, z čeho bych já i okolí mělo potěchu, potěšením.

V: Tak to děláte svět hezčím.

R: Tak snažím se, no.

V: A máte kolem sebe nějaké odborníky, třeba psychologa, který vás vyslechne?

R: Mám.

V: A chodíte za ním pravidelně?

R: Respektive měl jsem, v léčebně. Teď vlastně už nyní ne.

V: A víte kdyby vám bylo nějak špatně, tak komu byste se svěřil?

R: Tomu, kdo by měl zájem, abych se mu svěřil. Kdo by mě dokázal vyslechnout, koho by to zajímalo.

V: Kluci na pokoji? Nebo terapeutky?

R: Raději spíše terapeutky.

V: Co se vám v poslední době povedlo?

R: Tak občas jsem namaloval hezký auto. Taky ne pokaždý, taky mi to pokaždý nešlo úplně podle představy, jak bych chtěl. Ale tu a tam jsem namaloval i něco hezkého, na co se dalo dívat.

V: A ještě něco dalšího?

R: No, nepokazil jsem dnešní oběd. A pak už si nevzpomínám, co se mi povedlo.

V: Poslední otázka. Co byste doporučil lidem, kteří se dostanou do vaší podobné situace?

R: Aby vyhledali pomoc. A aby se nebáli vyvzpovídat.

Příloha č. 6

Respondent č. 6

Přepis rozhovoru

V: Já bych vás nejprve chtěla poprosit, jestli byste zkusil vyprávět příběh od doby, co se u vás začala projevovat nemoc.

R: Tak začalo to před třemi lety, no, začalo to tak, že mě odposlouchávali, to mám doted'. Slyším jak mi někdo říká, slyším prostě hlasy, ale ne hlasy v tom normálním smyslu, ale slyším je třeba v tramvaji a takhle. Předtím než jsem začal být hospitalizován na Karlově, tak jsem nemohl spát kvůli tomu a byl jsem úplně vyčerpaný, vyschízovaný, že jsem se bál chodit po ulicích, jsem chodil s nožem. No, to je tak nějak všechno, no.

V: A ta hospitalizace ta byla jediná?

R: Já jsem byl tam dva měsíce, pak jsem šel do Bohnic na 21, tam jsem zůstal asi dva roky necelý, že jsem párkrát zdrhnul, tak jsem tam chodil znovu a takhle. A byl tam až do července minulého roku a od té doby jsem tady.

V: A ta léčba při té hospitalizaci vypadala jak?

R: No, dostal jsem prášky a jedl jsem to a byl jsem po tom ospalej, teď jsem taky ospalej, ale ne už tak tolik. Ale ospalej jsem furt, ale dá se s tím žít. Už jsem si na to navykl.

V: A nějaká psychoterapie tam byla?

R: Byla tam pokaždý dopoledne jsem musel mít nějakou aktivitu, a to bylo od malování, po nějaký sezení, mohl jsem si vybírat.

V: A při té hospitalizaci bylo něco, co vám pomáhalo?

R: No, hlavně cigára, kafe, to jsem měl hodně kafi teda. No, a myšlenky jinam. Prvních sedm měsíců to bylo hodně špatný a pak jsem to začal nějak zvládat, no.

V: A co vám to naopak zhoršovalo?

R: Nový spolubydlíci, noví lidi a nové doktorky a tak, nové věci prostě.

V: Jak jste se tam vlastně dostal?

R: Do Bohnic myslíte? Do Bohnic mě převezli z Karlova, že prý to tam nějak neplatí pojišťovna, ale prostě mě chtěli vykopnout odtamtud. Ale jinak jsem se přihlásil sám, prostě jsem tam zašel, dali mi prášky, dali mi aloperidol, risperidol, no a pak se mi chtělo spát, takže jsem byl ospalej a už to šlo dolů. Já jsem prostě naspal tak maximálně čtyři hodiny denně.

V: A potom jste vlastně přišel sem na chráněné bydlení?

R: Jo.

V: A teď vám tu co pomáhá?

R: Jelikož mi pomáhá číst knížku, jsem přečetl tady dvě nebo jednu, pomáhá mi můj mobil, na kterým si použít hudbu, velmi, koukám na internet na různé věci. A pomáhá mi být mezi lidma. Jako strachuju se o to, aby se mi tu nic neztratilo, to ano. Ale nikdy se mi tu nic nestalo. A pak, když jdu do práce, jinak je to furt to samý.

V: A je to někdy i zhoršený?

R: Ne. Jenom vždycky třeba když jdu v noci z práce, tak mě chytí schíza a nemůžu spát, furt chodím na záchod...

V: Jakože se vám zhorší stav?

R: Že jsem vystresovanej. Stále odposlouchávání.

V: A kde pracujete?

R: Na Zeleným pruhu ve škole vytírám třídy.

V: Baví vás to?

R: Ale bavilo mě to, teď už mě to nebaví. Vůbec.

V: Takže pak přijedete domů a jste ve stresu.

R: Hm. Jako by mě chtěl někdo zabít. Že mě prostě vyhoděj, že půjdu na ulici a že mě prostě zabijou. No, člověk z toho chytí prostě stres a myslí si, že je to pravda. Nikdy se mi nic nestalo, ani na ubytovně, nic.

V: A konzultujete to s psychologem?

R: Ano. Ne, psychologa ne, psychiatra.

V: Poslední negativní otázka. Vzpomenete si na nějaký zvlášť těžký zážitek?

R: Asi ne. Mám jeden, ale o tom nechci mluvit.

V: Co se vám povedlo v poslední době?

R: Našel jsem si práci. Chodím do ní nějak stále, беру důchod, nějak tady funguju. Ještě si najít nějakou normální práci na celý úvazek a budu šťastnej.

V: Co byste doporučil lidem, kteří se ocitnou ve stejné situaci jako vy.

R: Aby nešli na psychiatrii a vyřešili si to sami. Teď si to řeším sám, protože ty léky na mě moc neúčinkují. Nebo účinkují, to každopádně, ale ne tak jak bych chtěl. Tak bych řekl, že... ambulantní léčba, takhle. Protože z toho života, který jsem vedl v léčbě dva roky, se špatně dostává, i když člověk bere ty léky a pracuje nebo něco takovýho. Takže udržet si svou vlastní práci, kam by mohl chodit, no a ambulantně se léčit.

Příloha č. 7

Pomocné tabulky

Dílčí výzkumná otázka č. 1: Pomocná tabulka

Označení	Předpokládaná diagnóza	Poruchy vnímání	Poruchy myšlení	Poruchy emocí	Poruchy chování
<u>Respondent č. 1</u>	Paranoidní schizofrenie	kvantitativní – zvýšená citlivost vnímání (nemožnost přijímat informace z médií)	bludy paranoidní, inkoherentní myšlení	afektivní stupor, úzkost, strach	neklid, bizarní chování
<u>Respondent č. 2</u>	Paranoidní schizofrenie	vizuální halucinace, sluchové halucinace (hlasy, kočka, manžel)	paranoidní a persekucní bludy (pronásledo-vání), obsedantní myšlení	(pozitivní nezjevné)	agresivita (vražedné myšlenky)
<u>Respondent č. 3</u>	Duální diagnóza	sluchové a vizuální halucinace (hlasy, mluvení televize)	extrapotenční bludy (jasnovidec)	(pozitivní nezjevné)	zrychlené psychomotorické tempo, porušování norem (plánovaný útěk, relaps)
<u>Respondent č. 4</u>	Paranoidní schizofrenie	(pozitivní nezjevné)	paranoidní bludy (obavy z budoucnosti), ulpívané myšlení	úzkost, strach	zrychlené psychomotorické tempo (energičnost), neklid
<u>Respondent č. 5</u>	Schizotypální porucha	sluchové halucinace (hlasy)	ulpívané myšlení, obsedantní myšlení	úzkost, strach	neklid, suicidální chování
<u>Respondent č. 6</u>	Duální diagnóza	sluchové halucinace (hlasy)	paranoidní a persekucní bludy (pronásledování, riziko zabití)	strach	neklid, bizarní chování, agresivita (nůž jako prevence), porušování norem (útky), zrychlené psychomotorické tempo
<u>Respondent č. 7</u>	Duální diagnóza	(pozitivní nezjevné)	(pozitivní nezjevné)	(pozitivní nezjevné)	zrychlené psychomotorické tempo, porušování norem (relaps)

Dílčí výzkumná otázka č. 2: Pomocná tabulka

Označení	Předpokládaná diagnóza	Poruchy vnímání	Poruchy myšlení	Poruchy emocí	Poruchy chování
<u>Respondent č. 1</u>	paranoidní schizofrenie	(negativní nezjevné)	bludy insuficienční (bezmoc)	bezradná nálada, morózní nálada, anhedonická nálada, emoční oploštělost	sociální izolace, apatie
<u>Respondent č. 2</u>	paranoidní schizofrenie	(negativní nezjevné)	bludy insuficienční (bezmoc), bludy hypochondrické	bezradná nálada, anhedonická nálada, deprese	apatie, snížené psychomotorické tempo
<u>Respondent č. 3</u>	duální diagnóza	(negativní nezjevné)	(negativní nezjevné)	anhedonická nálada, emoční oploštělost	apatie, abulie
<u>Respondent č. 4</u>	paranoidní schizofrenie	(negativní nezjevné)	bludy mikromanické (sebepodceňování), autoakuzační (sebeobviňování)	bezradná nálada, deprese	apatie
<u>Respondent č. 5</u>	schizotypální porucha	(negativní nezjevné)	bludy mikromanické (sebepodceňování), bludy autoakuzační (sebeobviňování)	anhedonická nálada, bezradná nálada, deprese	apatie, snížené psychomotorické tempo
<u>Respondent č. 6</u>	duální diagnóza	(negativní nezjevné)	bludy autoakuzační (sebeobviňování)	anhedonická nálada, morózní nálada, emoční oploštělost, vyčerpání	sociální izolace, apatie, abulie, ospalost
<u>Respondent č. 7</u>	paranoidní schizofrenie	(negativní nezjevné)	(negativní nezjevné)	anhedonická nálada, absence náhledu, emoční oploštělost	apatie, abulie

Dílčí výzkumná otázka č. 3: Pomocná tabulka

Označení	Předpokládaná diagnóza	Použité léčebné prostředky
<u>Respondent č. 1</u>	Paranoidní schizofrenie	2x hospitalizace, chráněné bydlení Bona, o.p.s., chráněné pracovní místo, medikace (1x týdně depotní injekce)
<u>Respondent č. 2</u>	Paranoidní schizofrenie	3x hospitalizace, chráněné bydlení, podpora samostatného bydlení Bona, o.p.s., protikrizový plán, chráněné pracovní místo, case manager, peer program, psychoterapie
<u>Respondent č. 3</u>	Duální diagnóza	10x hospitalizace, chráněné bydlení Baobab, chráněné bydlení Bona, o.p.s., tréninková kavárna, psychoterapie, program duálních diagnóz (IDDT), medikace
<u>Respondent č. 4</u>	Paranoidní schizofrenie	2x hospitalizace, chráněné bydlení Bona, o.p.s., antisuicidální kontrakt, medikace (antidepresiva, antipsychotika), tréninková kavárna, krizový plán pro případ úzkosti
<u>Respondent č. 5</u>	Schizotypální porucha	3x hospitalizace, chráněné bydlení Bona, o.p.s., psychoterapie, medikace
<u>Respondent č. 6</u>	Duální diagnóza	2x hospitalizace, chráněné bydlení Bona, o.p.s., pracovní rehabilitace, medikace (antipsychotika), program IDDT
<u>Respondent č. 7</u>	Duální diagnóza	1x hospitalizace, chráněné bydlení Bona, o.p.s., chráněné pracovní místo, medikace, návštěvy klinické adiktoložky

Dílčí výzkumná otázka č. 4: Pomocná tabulka

Označení	Předpokládaná diagnóza	Individuální prostředky
<u>Respondent č. 1</u>	Paranoidní schizofrenie	svépomoc, trénování vlastních schopností
<u>Respondent č. 2</u>	Paranoidní schizofrenie	obklopení odborníky, použití vlastní vůle
<u>Respondent č. 3</u>	Duální diagnóza	cigarety, rádio, rozhovor s terapeutkou z IDDT
<u>Respondent č. 4</u>	Paranoidní schizofrenie	nabízení pomoci, přijímání pomoci, rozhovor, meditace, vůle návratu do práce
<u>Respondent č. 5</u>	Schizotypální porucha	překonávání strachu, malování, vytváření něčeho užitečného, dobré vztahy s lidmi
<u>Respondent č. 6</u>	Duální diagnóza	čtení, poslouchání hudby, internet
<u>Respondent č. 7</u>	Duální diagnóza	hra na kytaru, hudební kroužek, časová vytiženost

Dílčí výzkumná otázka č. 5: Pomocná tabulka

Označení	Předpokládaná diagnóza	Přetrvávající pozitivní příznaky	Přetrvávající negativní příznaky
<u>Respondent</u> č. 1	Paranoidní schizofrenie	zvýšená citlivost vnímání, neklid, bizarní chování	bezradná nálada, morózní nálada, anhedonická nálada, emoční oploštělost, sociální izolace
<u>Respondent</u> č. 2	Paranoidní schizofrenie	agresivita (vražedné myšlenky)	bludy insuficienční, hypochondrické, nálada bezradná, anhedonická, deprese, apatie, snížené psychomot, tempo
<u>Respondent</u> č. 3	Duální diagnóza	zrychlené psychomotorické tempo, porušování norem	anhedonická nálada, emoční oploštělost, apatie, abulie
<u>Respondent</u> č. 4	Paranoidní schizofrenie	ulpívavé myšlení, úzkost, strach, neklid	bludy mikromanické, autoakuzační, bezradná nálada, deprese
<u>Respondent</u> č. 5	Schizotypální porucha	úzkost, strach, neklid	bludy mikromanické, autoakuzační, deprese, snížené psychomot. tempo
<u>Respondent</u> č. 6	Duální diagnóza	sluchové halucinace, paranoidní a persekční bludy	bludy autoakuzační, nálada anhedonická, morózní, emoční oploštělost, ospalost, apatie
<u>Respondent</u> č. 7	Duální diagnóza	zrychlené psychomotorické tempo	emoční oploštělost, apatie

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autorky: Romana Šteflová

Studijní program: Bakalářský

Studijní obor: Psychologie

Název práce: Vybrané příznaky schizofrenie u osob s duální diagnózou a u osob s paranoidní schizofrenií

Počet stran (bez příloh): 75

Celkový počet stran příloh: 35

Počet titulů české literatury a pramenů: 29

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 10

Počet internetových odkazů: 9

Vedoucí práce: Ing. Mgr. Eva Dubovská

Rok dokončení práce: 2016

**Posudek vedoucího/opponenta bakalářské/diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Romana Šteflová

Obor studia: Psychologie

Název práce: Vybrané příznaky schizofrenie u osob s duální diagnózou a u osob s paranoidní schizofrenií

Vedoucí/oponent práce: Mgr. Ing. Eva Dubovská

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 75

Počet stránek příloh: 35

Počet titulů v seznamu literatury: 39

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	x			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	x			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

		x		
--	--	---	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	x			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	x			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		x		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jak vnímáte u sledovaných typů onemocnění užitečnost psychoterapie?

Zmíněná teorie o rozdílech v premorbidních poruchách osobnosti je skutečně zajímavá. Lze ale usuzovat z nynějšího stavu pacienta na premorbidní příznaky? Pokud nemáme k dispozici výsledky diagnostiky z období před vypuknutím nemoci, z jakých dat bychom ještě mohli vysledovat tyto příznaky?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Vynikající práce. Autorka se v teoretické části práce věnuje popisu onemocnění schizofrenie v jejích různých formách, dále duálními diagnózám a problematice léčby duálních diagnóz, kde uvádí i nejnovější zahraniční výskumy ohledně této problematiky. Výzkumná část je založena na rozhovorech a studiu zdravotní dokumentace sedmi respondentů, následně je provedena tématická analýza. Výsledky jsou reflektovány a porovnány s literaturou v diskusi.

Autorka prokazuje velmi dobrou schopnost práce s odbornou literaturou a také schopnost vlastního kritického uvažování při zhodnocení různých teorií.

Do budoucna bych doporučila v práci dále pokračovat s větší vzorkou, případně doplnit zdroje dat také o rozhovory se zdravotníky a sociálními pracovníky, kteří pracují s touto cílovou skupinou.

Silné stránky:

- stylistika
- velmi dobrá práce s odbornou literaturou
- vysoký podíl zahraničních zdrojů literatury
- samostatný a originální přístup autorky

Slabé stránky:

- některé rozhovory byly hodně krátké, což limituje možnosti analýzy. Chápu ale, že je to způsobeno extrémně náročnou cílovou skupinou.

Doporučení k obhajobě: doporučuji/~~nedoporučuji~~*

Navrhovaná klasifikace:

VÝBORNÝ

Datum, podpis:

19.5.2016

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'D. M.' or similar, written in a cursive style.

* nehodící se, škrtněte

**Posudek oponenta bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Romana Šteflová

Obor studia: Psychologie

Název práce: Vybrané příznaky schizofrenie u osob s duální diagnózou a u osob s paranoidní schizofrenií

Oponent práce: Mgr. Jan Jakub Zlámaný Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 75

Počet stránek příloh: 35

Počet titulů v seznamu literatury: 48

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová příléhavost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	1			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	1			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	1			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	1			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	1			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	1			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	1			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

	1			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Otázka k obhajobě:

Jaké specifické resocializační postupy by autorka, na základě sebraných dat, doporučila např. ve zkoumané službě chráněného bydlení u klientů s duální dg. a u klientů s parnoidní schizofrenií ?

Předkládaná práce splňuje nároky kladené na bakalářskou práci. Autorka rozdělila práci na teoretickou a empirickou část. Teoretickou část dále členila do tří kapitol. Ve třech kapitolách popisuje problematiku schizofrenie, syndromu závislosti a duálních dg.. Z teoretického hlediska nevynechala, dle mého názoru, nic podstatného. V dalších dvou kapitolách, které jsou zároveň empirickou částí práce, zjišťuje jaká jsou specifika vybraných příznaků schizofrenie u osob s paranooidní schizofrenií a u osob s duální dg..

Kolegyně v teoretické části prokázala schopnost práce s odbornou literaturou a systematického shromažďování informací o daném tématu. V empirické části pro svůj výzkumný cíl využila polostrukturované rozhovory u šesti respondentů a studium dokumentace u jednoho respondenta. Následně data analyzovala pomocí interpretativní tématické analýzy. Autorka je poměrně stylisticky zdatná a v teoretické části popisuje všechny podstatné pojmy a teoretické koncepty spojené se studovanou problematikou. V praktické části své práce, prokazuje schopnost použít kvalitativní výzkumnou metodologii, sbírat data pomocí polostrukturovaných rozhovorů a srozumitelně interpretovat výsledky.

Připomínky:

Formální: Neshledávám, kromě absence kritického pohledu na svojí práci v kapitole diskuse, závažnější formální nedostatky.

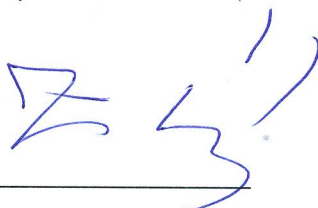
Obsahové: Závěr získaný ze sebraných dat je skromný a zaměřený pouze diagnosticky, chybí mi aplikovatelnost získaných poznatků a více vlastních názorů autorky. Viz. otázky k obhajobě.

Celkově: **Ocenit musíme volbu tématu, které je velmi aktuální, přiléhavě odpovídá studovanému oboru a je mu dosud věnováno jen málo badatelské aktivity. Práci hodnotím jako výbornou a doporučuji ji k obhajobě.**

Navrhovaná klasifikace: **výborně**

Doporučení k obhajobě: doporučuji*

Datum, podpis: 18.5.2016



* nehodící se, škrtněte