

**Pražská vysoká škola psychosociálních studií, s.r.o.**  
Hekrova 805, Praha 4 - Háje, tel.: 267 913 634  
www.pvsp.s.cz, e-mail: info@pvsp.s.cz



**Problematika úzkostných stavů v sociální a pracovní rehabilitaci lidí  
s duševním onemocněním**

Michal Hartman

Vedoucí práce: Mgr. Jakub Jan Zlámaný, Ph.D.

**Praha 2018**

**Prague College of Psychosocial Studies**

Hekrova 805, Praha 4 - Háje, tel.: 267 913 634

www.pvspcs.cz, e-mail: info@pvspcs.cz



**Problems of anxiety in social and work rehabilitation of people with  
mental illness**

Michal Hartman

The Diploma Thesis Work Supervisor: Mgr. Jakub Jan Zlámaný, Ph.D.

**Praha 2018**

## **Anotace**

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku úzkostných stavů u lidí s psychiatrickým onemocněním psychotického okruhu. Práce se zaměřuje na popis tohoto psychiatrického onemocnění a na jeho komorbiditu s úzkostnými poruchami. V práci jsou popsány pohledy na patologickou úzkost z hlediska různých vědních disciplín. Je zde též popsána existenciální úzkost z filozofického hlediska. Praktická část práce se zaměřuje zejména na spouštěče úzkosti v prostředí sociální rehabilitace a zaměstnávání.

## **Abstract**

The bachelor thesis is focused on problems of anxiety in people with psychiatric illness of the psychotic circuit. The thesis focuses on the description of psychiatric illness and its comorbidity with anxiety disorders. The work describe the pathological anxiety from the point of view of various scientific disciplines. There is also described existential anxiety from a philosophical point of view. The practical part of the thesis focuses especially on the triggers of anxiety in the environment of social rehabilitation and employment.

## **Klíčová slova**

anxiozita, duševní onemocnění, komorbidita, schizofrenie, sociální rehabilitace

## **Keywords**

anxiety, mental illness, comorbidity, schizophrenia, social rehabilitation

## **Čestné prohlášení**

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb. o právu autorském a o právech souvisejících s právem autorským).

V Praze, dne 20. července 2018 .....

Podpis

## **Poděkování**

Vedoucímu bakalářské práce, Mgr. Jakubu Janovi Zlámanému velice děkuji za laskavé vedení, uklidnění, optimismus, inspiraci a cenné rady.

## Obsah

<b>Úvod</b> .....	9
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	10
<b>1 Vymezení pojmů</b> .....	10
<b>2 Schizofrenie</b> .....	12
2.1 Výskyt a příčiny.....	12
2.2 Projevy nemoci .....	13
2.2.1 Pozornost a myšlení .....	13
2.2.2 Vnímání .....	14
2.2.3 Emoční prožívání .....	14
2.2.4 Somatické prožívání .....	15
2.2.5 Prožívání vztahů .....	15
2.3 Typy schizofrenie .....	15
2.4 Komorbidita schizofrenie a úzkostných poruch .....	17
<b>3 Úzkost</b> .....	18
3.1 Úzkost jako fenomén .....	18
3.1.1 Filozofické pojetí úzkosti .....	19
3.1.2 Psychiatrické pojetí úzkosti.....	20
3.1.3 Úzkost v psychoterapii .....	21
3.2 Úzkostné poruchy .....	23
3.3 Výskyt a příčiny.....	23
3.4 Projevy.....	24
3.5 Druhy úzkostných poruch.....	25
3.5.1 Generalizovaná úzkostná porucha.....	25
3.5.2 Panická porucha .....	26
3.5.3 Smíšená úzkostně-depresivní porucha .....	26
3.5.4 Agorafobie.....	27

3.5.5	Sociální fobie.....	27
3.5.6	Specifické fobie.....	27
4	<b>Sociální rehabilitace.....</b>	<b>29</b>
4.1	Komunitní péče.....	30
4.2	Recovery.....	30
4.3	Tréninkové kavárny.....	31
	PRAKTICKÁ ČÁST.....	32
5	<b>Empirická část.....</b>	<b>32</b>
5.1	Formulace výzkumného cíle.....	32
5.2	Výzkumné otázky.....	32
5.3	Výzkumný soubor.....	33
5.4	Použitá metodologie.....	33
5.5	Triangulace zdrojů dat.....	34
5.5.1	Dokumentace sociální rehabilitace.....	34
5.5.2	Semistrukturované rozhovory.....	34
5.5.3	Zúčastněné pozorování.....	34
6	<b>Výsledky výzkumu.....</b>	<b>36</b>
6.1	Ilustrativní případové studie.....	36
6.1.1	Paní Ivana.....	36
6.1.2	Tomáš.....	38
6.1.3	Damián.....	40
6.1.4	Linda.....	42
6.1.5	Milúše.....	44
6.2	Tréninková kavárna Dendrit kafe.....	46
6.3	Úzkostné stavy spojené s pracovní rehabilitací.....	47
6.4	Kategorie možných spouštěčů úzkosti.....	48
6.4.1	Kategorie „Lidé“.....	48
6.4.1.1	Subkategorie „Zákazníci“.....	48

6.4.1.2	Subkategorie „Kolegové“ .....	48
6.4.1.3	Subkategorie „Nadřizení“ .....	49
6.4.1.4	Subkategorie „Pohlaví“ .....	49
6.4.2	Kategorie „Cestování“ .....	49
6.4.2.1	Subkategorie „metro“ .....	49
6.4.2.2	Subkategorie „ostatní MHD“ .....	49
6.4.2.3	Subkategorie „jiné“ .....	50
6.4.3	Kategorie „Stres“ .....	50
6.4.4	Kategorie „Náhodné vlivy médií“ .....	50
6.4.5	Kategorie „Sezónní vlivy“ .....	50
6.4.6	Kategorie „Samota“ .....	50
6.4.7	Kategorie „Rodinné vlivy“ .....	51
7	<b>Diskuze</b> .....	52
	<b>Závěr</b> .....	53
	Literatura .....	54



## Úvod

Cílem bakalářské práce je zjistit příčiny a spouštěče úzkostných stavů u pěti lidí trpících psychiatrickým onemocněním schizofrenního okruhu, v rámci sociálně pracovní rehabilitace v tréninkové kavárně.

S problematikou poruch schizofrenního okruhu jsem se setkal při práci v organizaci Eset – Help, z. s., jako sociální pracovník a pracovní terapeut v tréninkové kavárně Dendrit kafé. Zde lidé se schizofrenií v pracovní sociální rehabilitaci zastupovali největší část klientů služby. Při častém kontaktu s těmito klienty, jak při přímé péči a podpoře v kavárně, tak během individuálních pohovorů, jsem si všiml častému výskytu různých forem a míry úzkostnosti a podobností ohnisek úzkosti spojených nejen s pracovními záležitostmi, ale i s běžným životem. Byl jsem zaujat těmito podobnostmi a problematikou natolik, že mu věnuji prostor v této bakalářské práci.

Konkrétním cílem mého výzkumného šetření bylo zjistit u pěti klientů této sociální služby, v jakých situacích se dostavují stavy úzkosti v pracovní rehabilitaci tréninkové kavárny, ale i mimo ni. Využíval jsem polostrukturovaných rozhovorů, zúčastněného pozorování a analýzy dokumentace sociální rehabilitace. Na základě těchto tří zdrojů dat jsem sestavil pět typických kazuistik klientů se schizofrenním onemocněním v souvislosti s jejich úzkostnými stavy v rámci tréninkové kavárny a zaměstnávání vůbec. Tyto kazuistiky mohou sloužit jako ilustrativní případové studie typických potíží klientů v pracovní sociální rehabilitaci.

V teoretické části se věnuji problematice onemocnění schizofrenního okruhu, úzkostí z pohledu různých odborností, úzkostnými poruchami a jejich komorbiditou se schizofrenií. Je zde také část popisující způsob sociální práce s lidmi s psychiatrickým onemocněním.

Praktická část popisuje postup, který jsem pro dosažení cílů zvolil. Vzhledem ke zdrojům dat, jež jsem měl k dispozici, jsem zvolil datovou triangulaci a následně obsahovou analýzu ve kvalitativním výzkumu. Dále jsou v této části samotné výsledky výzkumu v podobě pěti ilustrativních případových studií a kategorií spouštěčů úzkosti.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 VYMEZENÍ POJMŮ

### Schizofrenie

Schizofrenie je závažné duševní onemocnění projevující se chronickým narušením vnímání a myšlení, poruchou emotivity a osobnostní integrity. Jedná se tedy o multisystémové poškození mozkových funkcí. Tato nemoc je ve společnosti známa hlavně kvůli svým projevům, které nejsou blízké běžné lidské zkušenosti. To se týká zejména bludů, halucinací a bizarního chování. Nicméně nejspíš mnohem závažnější je dopad nemoci na osobnost nemocného (prožívání emocí, anhedonie, pasivita). Člověk může být omezen v mnoha oblastech života a jeho kvalita je negativně ovlivněna. První písemné doklady o ní jsou staré zhruba 3400 let.

### Úzkost

Dle Plhákové je úzkost neurčitý pocit obav a ohrožení, nevázaný na konkrétní událost, nebo konkrétní objekt. Její český název dobře vystihuje prožívání úzkosti, kdy se „úží“ hrdlo, tím i dech, člověk je v „úzkých“. Úzkost je podobná způsobem prožitku strachu. Rozdílem je ale neurčitost příčiny úzkosti. Zatímco strach je vázán na konkrétní objekt nebo událost, úzkost nikoliv. Pro člověka může být často hůře snesitelná než strach a také bývá dlouhodobější (Plháková 2003). Úzkost patří mezi běžné lidské emoce, může se však vyvinout do podoby duševní nemoci, tzv. úzkostné poruchy.

### Komorbidita

Komorbidita je termín používaný hlavně v lékařství. V psychopatologii se komorbiditou míní výskyt onemocnění (jednoho i více) současně s primárním onemocněním. V této práci se to týká úzkostných poruch u lidí se schizofrenií. Komorbidita schizofrenie a úzkosti je poměrně častý jev.

## Sociálně pracovní rehabilitace

Sociální rehabilitace je forma sociální prevence. Zaměřuje se na dosažení soběstačnosti, samostatnosti a nezávislosti osob se sociální znevýhodněním, v našem případě lidí s duševním onemocněním. Jeho formou je pracovní rehabilitace, která se týká pracovního uplatnění znevýhodněných osob.

### Tréninková kavárna

Tréninková kavárna je jedna z forem sociální služby zvané „Přechodné zaměstnávání“. Podle Matouška jde o krátkodobou pracovní rehabilitaci v reálném prostředí. Klienti této služby využívají pomoci profesionálního asistenta, většinou sociálního pracovníka, který je provází pracovním procesem (Matoušek aj. 2005). Klient zde nabývá či znovunabývá pracovních návyků, zkušeností, testuje si své možnosti například v časovém rozsahu práce, získává zde často zpět sebevědomí a touhu najít si zaměstnání.

## 2 SCHIZOFRENIE

### 2.1 Výskyt a příčiny

*„Schizofrenie postihuje přibližně 1 % populace bez ohledu na zeměpisnou lokalizaci, rasovou příslušnost, pohlaví či sociokulturní vlivy. Vzniká nejčastěji v mladistvém věku, v rozmezí 15-35 let, u žen o něco později než u mužů.*

*Přesná příčina vzniku není jednoznačně určena, důvodem je především skutečnost, že jde spíše o skupinu poruch, které se v některých symptomech shodují. Lze tudíž předpokládat, že její vznik ovlivní komplex mnoha faktorů, jejich vzájemná interakce. Jde o soubor dědičných dispozic, vývojově podmíněných změn, specifických zkušeností a vyvolávajících podnětů.“ (Vágnerová 2004, str. 334)*

I podle Probstové a Pěče (2009) se v současnosti prosazuje teorie modelu multifaktoriální podmíněnosti, kdy se vznik nemoci přičítá působení faktorů genetických, biologických, faktorů prostředí a jejich vzájemného spolupůsobení. Vliv genetiky dokazují například studie provedené na dvojčatech, kdy byl sledován současný výskyt nemoci u dvou a jednovaječných dvojčat. Poměr výskytu konkordance byl u geneticky identických jednovaječných sourozenců 4 – 6krát vyšší.

Biologické působení se opírá o neurobiologickou, resp. dopaminergní hypotézu, která za příčinu považuje nadměrnou aktivitu látky dopaminu, neuropřenašeče v centrech mozku zodpovědných za zpracovávání emočních a kognitivních procesů. Od této hypotézy se odvíjí farmakoterapie nemoci, zejména podávání tzv. antipsychotik, které tlumí aktivitu dopaminu. V současnosti se podle nových průzkumů spolu s odchylkou v dopaminovém systému počítá i s nesprávnou funkcí přenašečů glutamátových a serotoninových systémů (Probstová a Pěč 2014).

Vnější vlivy jsou velkou množinou různých faktorů. Některý z nich bývá často přímým spouštěčem onemocnění (např. ztráta blízké osoby, traumatická událost, nebo požití psychoaktivní látky). Prvotní vliv mohou mít různé prenatální zátěže (nemoc nebo nedostatečná

výživa matky v těhotenství) s neblahým vlivem na vývoj mozku plodu. Dále postnatální vlivy, zejména raná vazba matky s dítětem. Psychosociální vlivy pak dále působí v rodině. Dle Vágnerové je těmito vlivy zapříčiněná větší zranitelnost jedince, který je senzitivnější k různým podnětům a hůře je zpracovává. Příčina onemocnění tedy nespočívá v prožitku zátěžové situace – spouštěči (člověk bez predispozice ne onemocní schizofrenií například poté, co se s ním rozejde partner), ale ve způsobu jeho psychického zpracování (Vágnerová 2004).

## 2.2 Projevy nemoci

Příznaky nemoci se začaly v druhé polovině dvacátého století dělit na **pozitivní** a **negativní**, jež jsou oba spojeny s nemocí. Pozitivní příznaky jsou zejména bludy a halucinace, vkládání do toku myšlenek, narušená kontrola chování, na které dobře působí psychofarmaka. Negativní příznaky se vyznačují deficitem normálních emočních reakcí a myšlenkových procesů (anhedonie, emoční plochost, pasivita, ztráta vůle), které reagují hůře na léčbu psychofarmaky (Probstová a Pěč 2014). Vágnerová uvádí, že pozitivní příznaky jsou způsobeny zvýšenou aktivitou různých oblastí mozku, zatímco negativní vznikají důsledkem jejich útlumu (Vágnerová 2004).

Projevy nemoci silně ovlivňují prožívání nemocného. Toto narušené prožívání se týká zejména následujících oblastí psychiky.

### 2.2.1 Pozornost a myšlení

Lidé se schizofrenií mají problémy se soustředěním a pozorností. Často díky tomu, že jsou zavaleni naléhavými myšlenkami (ruminace), které však nemají plodný, využitelný potenciál. Naopak mají negativní dopad na exekutivní funkce. Může být zhoršena schopnost zapamatovat si nedávné události. Pravidlem bývá porucha myšlení, ke které patří u schizofrenie především bludy, nevývratná přesvědčení často paranoidního charakteru. Lidé se schizofrenií často pod vlivem bludů i konají, což může být pro ně ohrožující a v ojedinělých případech i pro okolí (Probstová a Pěč 2014).

### 2.2.2 Vnímání

„...nemocný, kokainista, viděl svého přítele 10 cm vysokého v hodinách zvaných kukačka. Náš nemocný...viděl 3 cm vysokého zeleného čertíka, který na něho volal: *You are finished.*“ (Vondráček 1993, s. 40)

Velmi častá je u lidí se schizofrenií porucha vnímání v podobě halucinací. Každý smyslový orgán může být stížen touto poruchou, proto rozlišujeme halucinace sluchové, zrakové, chuťové, tělové (hmat) i čichové. Z nich nejčastější jsou halucinace sluchové. Nemocný může slyšet hlasy, které mu něco přikazují (imperativní sluchové halucinace), nebo komentují jeho jednání. Komentující hlasy bývají vnímány jako ponižující, imperativní halucinace pak většinou vzbuzují strach. Je tedy zřejmé, že se většinou jedná o velmi nepříjemný jev, nicméně jsou popsány i případy, kdy jsou hlasy vnímány jako laskavé a příjemné. Zvláštní kategorií, ne však výjimečnou, jsou halucinace na pomezí myšlení a vnímání, kdy jsou zvuky slyšeny spíše než zvenku zevnitř mysli. Jedná se například o tzv. „ozvučené myšlenky“. Vlastní myšlenky také mohou být slyšeny z rádia, nebo jsou někým vkládány, či naopak odjímány (Probstová a Pěč 2014).

### 2.2.3 Emoční prožívání

Obecně se hovoří o zploštění emocí u nemocných, ochuzení citového prožívání, anhedonie. Ve fázi první ataky, nebo relapsu nemoci jsou naopak emoce nepřiměřeně zjitřené. Autor této práce považuje tyto příznaky, spolu s narušeným uvědomování si sebe sama, jako nejzávažnější. Člověk bez schopnosti se adekvátně radovat či být smutný, jako by ztrácel něco ze své osobnosti a ze svého lidství. Zde se patrně nemocný nejvíce rozchází ve vnímání světa se zdravými lidmi, ne tím že vidí a slyší věci které nejsou, ale tím že nedokáže adekvátně vnímat to co existuje – radost, lásku nebo smutek. Nemocní oproti tomu velmi často vlivem bludů a halucinací vnímají úzkost, zlobu a strach. Velmi často může onemocnění doprovázet depresivní naladění. Součástí psychotického onemocnění také bývá *postschizofrenní deprese*, vyskytující se po první atace, kdy si člověk začne uvědomovat nepříznivé dopady nemoci na jeho život (Probstová a Pěč 2014).

## 2.2.4 Somatické prožívání

Schizofrenii doprovázejí různé somatické projevy jako slabost, únava, bolesti hlavy nebo bolesti pohybového aparátu. K tělesným projevům lze přiřadit i různé neurologické obtíže. Někdy tělesné příznaky souvisí s bludy (např. hniající vnitřnosti) nebo tělesnými halucinacemi, jako je elektrizující páteř, drásání, pálení apod. (Probstová a Pěč 2014).

## 2.2.5 Prožívání vztahů

Ani oblast vztahů není pochopitelně ušetřena vlivů nemoci. Už proto, že člověk se schizofrenií je odtržen od vnějšího světa, je pochopitelné, že vztah s ostatními lidmi, vnímajícími svět dost odlišně, je problematický. Navíc se mu mohou ostatní lidé jevit nepřátelsky nebo v něm vzbuzovat nedůvěru. Dochází ke stažení se z kontaktů s ostatními a nezájem o sociální aktivity. Na druhou stranu se takový člověk může velmi snadno stát závislým na lidech kteří mu jsou blízcí (rodinný příslušník, pomáhající profesionál, přítel aj.). Častěji, než je obvyklé v běžné populaci nemocný nevyhledává nebo není schopen nalézt životního partnera.

## 2.3 Typy schizofrenie

V Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN – 10) je schizofrenie zařazena v oddílu F20 – F29, kde je nejdůležitějším členem skupiny. Jedná se o tradiční rozdělení klinických typů, lišících se příznaky, případně průběhem. Jedná se o tyto formy:

**Paranoidní schizofrenie** je nejčastější formou, charakterizovanou trvalými, zejména perzekučními a paranoidními bludy a halucinacemi, hlavně sluchovými. Nemocný je podezřívavý, vztahovačný, cítí se být v ohrožení. Přítomna bývá emoční zploštělost a porucha vůle (hypobulie).

**Hebefrenní schizofrenie** je forma schizofrenie vznikající v rané dospělosti mezi 15-25 lety (v jiném období se nediodnostikuje) a je nápadná právě přehnanými, bizarními projevy přechodu do dospělosti, které nejsou adekvátní věku (prodloužená puberta), manýrovité, „klackovité“

chování, nevhodné žertování, nepředvídatelnost, nepřiměřená afektivita. Výrazná porucha myšlení, kdy se často vyskytuje pseudofilozofování, úvahy nad náboženskými tématy, založených na nedostatečných vědomostech. Opět výrazně přítomna hypobulie a afektivní plochost.

**Katatonní schizofrenie** – vzácnější forma onemocnění doprovázená poruchami motoriky, které se dělí na produktivní a stuporózní formu. Produktivní se vyznačuje nadměrnou pohybovou nebo i řečovou aktivitou, nebo napodobováním činností, nebo řeči jiných (tzv. echopraxie, echolalie). Stuporózní forma naopak představuje naprostý tělesný i řečový útlum, tzv. katatonní stupor. Nemocný zůstává „zkamenělý“ v nepřírodných pozicích, nebo také tzv. vosková ztuhlost (fexibilitas cerea), končetiny kladou „plastický“ odpor při vnější manipulaci.

**Nediferencovaná schizofrenie** – psychotické stavy splňující diagnostická kritéria schizofrenie, nicméně nezařaditelné mezi běžné formy onemocnění.

**Postschizofrenní deprese** – od diagnózy depresivní fáze F32 se liší tím, že musí být přítomny některé z negativních nebo pozitivních příznaků schizofrenie. Většinou vzniká po odeznění první ataky a je zde zvýšené riziko sebevraždy.

**Reziduální schizofrenie** – jedná se o chronické stádium nemoci, kdy se nemoc překlene do pozdního stadia (nikoliv však nezvratně), kdy jsou přítomny především negativní symptomy, jako chudá řeč, snížená sebek péče, sociální úpadek.

**Schizophrenia simplex** – může se jevit zpočátku jako porucha osobnosti (lenost, sociální nepřizpůsobivost, apatie, podivínství). Přítomny jsou především negativní příznaky schizofrenie, bez psychotických příznaků (MKN-10 2009).



## 2.4 Komorbidita schizofrenie a úzkostných poruch

*„Dlouhodobá praxe práce s pacienty se schizofrenním onemocněním ukazuje lékařům, že pacienti trpí různorodou symptomatologií. Pacient zpravidla nenaplnuje pouze diagnostická kritéria konkrétní psychotické poruchy, ale jeho psychopatologie je unikátní...Současné výzkumy ukazují, že pacienti se schizofrenií vykazují také další komorbiditu, zejména s úzkostnými poruchami, které podstatně ovlivňují průběh schizofrenního onemocnění a léčebné výsledky...Psychiatrické komorbidity jsou u pacientů se schizofrenií běžné. Velmi často se v průběhu nemoci objeví přídavné úzkostné poruchy, obsedantně kompulzivní porucha, posttraumatická stresová porucha nebo depresivní porucha.“ (Vrbová 2017, s. 6)*

Oproti tomu úzkostné poruchy jsou spojeny s ještě větší mírou komorbidity. Jsou snad nejvíce komorbidní poruchou ze všech. Nejčastější je současný výskyt poruchy s dalšími úzkostnými poruchami (např. GAD se sociální fobií, panická porucha s agorafobií) (Praško 2005).

## 3 ÚZKOST

### 3.1 Úzkost jako fenomén

*„Světla nikdy nesmí zhasnout a hudba musí vždycky hrát, jinak bychom mohli zjistit, kde jsme – ztraceni v strašidelném lese, děti, které se bojí tmy a které nikdy nebyly ani šťastné, ani hodné.“*

George Orwell

Úzkost se dá definovat z několika hledisek. Je to natolik nosný fenomén, že se jím zabývá mnoho vědeckých odvětví: lékařství, psychologie, psychiatrie, psychoterapie, filozofie, teologie, sociologie atd. Tato práce nabízí především pohled psychiatrickou, filozofickou, psychologickou a psychoterapeutickou optikou, která je dle názoru autora této práce nejbližší dané problematice a sociální práci vůbec.

Úzkost patří mezi primární lidské emoce, které jsou vrozené. Na rozdíl od nich, prožívá většina lidí ještě komplexní, resp. vyšší city. Počet základních lidských citů se u různých autorů liší. Nejčastěji se pohybuje mezi pěti až devíti. Patří mezi ně například strach, hněv, radost, smutek, odpor nebo překvapení. Tyto základní emoce mohou být přirovnány k základním barvám, jejichž kombinacemi se dosahuje dalších odstínů lidských emocí. Emoce, tedy i úzkost se vyznačuje „nakažlivostí“. Tu lze pozorovat jak u nejmenších dětí, tak u dospělých a je nejspíše dána expresivními projevy těchto emocí (jako např. nakažlivý smích, panika, davové chování). Jak uvádím výše, slovo úzkost je odvozeno od přídavného jména úzký, které dobře vystihuje některé její průvodní psychické i fyzické projevy. Člověku se úží hrdlo i dech, cítí se v úzkých. Prožitkově je úzkost podobná strachu, nicméně odlišná, jak bude popsáno v dalších kapitolách (Plháková 2003). Úzkost je dojem ze života, je protikladem jistoty. Je tedy nejistotou, nesnesitelným pocitem neurčité hrozby, provázeným napětím, které chce člověk nějakým způsobem redukovat (Nakonečný 1997). Z určitého úhlu pohledu je snaha o dosažení jistoty

skryté přání být Bohem a jako takové, je silným motivátorem. Naopak absence jistoty a neschopnosti jí dosáhnout vede často k beznadějnému zoufalství (Matoušek 2007).

Působením dlouhodobé úzkosti mohou nastat některé trvalé tělesné projevy. Úzkostného člověka můžeme poznat podle mělkého dýchání, také se projevuje typickou posturikou či chůzí (stažené, prkenné tělo, opatrná, sešněrovaná chůze). „*Dlouhodobě přetrvávající úzkost je znát na těle, a člověk ji také v těle cítí. Dá se říci, že naše tělo trpí úzkostmi.*“ (Kast 2012, s. 18)

### 3.1.1 Filozofické pojetí úzkosti

Ve filozofii je úzkost důležitým dílkem ohromné skládky, zapadajícím do snahy chápání světa. Úzkost je bádána již v antice, zejména v opozici k odvaze. Filozofie někdy chápe úzkost jako důsledek existenciálního ohrožení. Souvisí se samotným bytím a nebytím, kdy bytí se pojí k odvaze a nebytí k úzkosti a strachu. „*Odvaha být má kořeny v tom Bohu, který se objevuje, když Bůh zmizel v úzkosti pochybování.*“ (Tillich 2004, s.124)

Dle Tillicha (2004) k přemáhání úzkosti významně přispěli stoikové a stoicismus je podle něj na západě jedinou alternativou křesťanství. Nutno podotknout, že v antice se pojetí úzkosti nelišilo od strachu. Staří Řekové neměli pro úzkost výraz a Římané si, přestože dali světu vlastní označení úzkosti (*anxietas*), pod tímto názvem představovali přetrvávající stav ustrašenosti (Praško 2005). Stoická odvaha proto moderněji pojímané úzkosti nemůže být protivníkem, jakkoliv je mocná vůči strachu. Tato odvaha nedokáže vzdorovat něčemu, co nemá jasný objekt obav.

Stoikové akcentovali odvahu, inspirovanou zásadní a symbolickou událostí, dobrovolnou smrtí Sokratovou. Schopnost smíření se životem, pokud je člověk schopen smíru se smrtí. Není tím však myšleno schvalování sebevraždy v případech, kdy selhala vůle a odvaha k životu. Únik v podobě sebevraždy je v rozporu se stoickou odvahou být. Oproti tomu křesťanství se snaží rozpouštět úzkost ve stěžejní myšlence – sestoupení božské bytosti k záchraně světa.

Je třeba rozlišovat strach od úzkosti. Jedno z mnoha vysvětlení rozdílu nabízí právě filozofie:

*„Úzkost a strach mají stejný ontologický základ, ve skutečnosti však stejné nejsou... Na rozdíl od úzkosti je strach vyvolán konkrétním předmětem, kterému je možné čelit, který je možné analyzovat, atakovat a snést... Úzkost nemá žádný objekt, nebo přesněji a paradoxně řečeno jejím objektem je popření každého objektu... Ten, kdo zažívá úzkost, je jí vydán bez pomoci, protože je to pouhá úzkost. Bezmocnost ve stavu úzkosti je pozorovatelná u lidí stejně jako u zvířat. Projevuje se ztrátou orientace, nepřiměřenými reakcemi, ztrátou intencionality (bytí vztáženého ke smysluplným obsahům vědění a vůle). Důvodem pro takové někdy překvapivé chování je nepřítomnost objektu, na který se může subjekt zaměřit. Jediným objektem je hrozba sama, ne však zdroj hrozby, neboť tím je nicota.“ (Tillich 2004, s.27-28)*

Podobně o úzkosti píše Heidegger. Úzkost nevidí ohrožení. To že jsme v úzkosti je charakteristické tím, že ohrožení nikde není a neznáme zdroj naší úzkosti. To, že nikde není, však neznamená, že je ničím. Spočívá uvnitř v bytí, je zde a přítom nikde. *„To, z čeho je nám úzko je svět jako takový.“* (Heidegger 2008, s. 220)

Úzkost náleží lidské existenci, přes všechny pokusy ji překonat (magie, náboženství). Podařilo se však jen objevit jisté obranné pocity, které redukuje úzkost, jako víra, láska, odvaha apod. Naprosto se oprostit od úzkosti však nelze, neboť všední život jí neustále dokola obnovuje (Nakonečný 1997).

### **3.1.2 Psychiatrické pojetí úzkosti**

Psychiatrie se zaměřuje zejména na patologické projevy spojené s úzkostí. Praško (2005) uvádí, že úzkosti patří mezi nejčastější psychické poruchy a významně zhoršují kvalitu života, zneschopňují na trhu práce, přináší partnerské a rodinné potíže. Uvádí rovněž, že náklady na přímou psychiatrickou péči spojenou s úzkostí, se rovná jedné třetině z celkových nákladů. Neodhadnutelné jsou prý náklady na nepřímou péči. Ta se týká zejména toho, že než se člověk dostane do péče psychiatra s některou z úzkostných poruch, projde několika nákladnými vyšetřeními, nebo i odvozů rychlou záchrannou službou, protože se u něj projevuje úzkost somaticky, podobně jako obecně známá závažná onemocnění ohrožujících přežití (například kardiopulmonální příznaky).

Psychiatrie rovněž rozlišuje mezi úzkostí a strachem. Úzkost je považována za nepříjemný emoční stav bez možnosti přesněji definovat jeho příčinu. Je očekávána nepříjemnost, ale postižený neví, jaká. Strach oproti tomu definuje jako emoční a fyziologickou reakci na zřejmé nebezpečí. Úzkost i strach se pak projevuje na široké škále reakcí, od mírné nervozity, po paniku a děs. Jsou známy různé příčiny úzkosti a strachů. V případě, že se strach týká situací, kterých se normálně lidi nebojí, mluvíme o fobii. Pokud se nepříjemná emoce týká očekávané situace, hovoříme o anticipační úzkosti. Spontánní záchvaty paniky přicházejí bez zjevné příčiny. (Praško 2005)

### 3.1.3 Úzkost v psychoterapii

*„Úzkostné poruchy s sebou nesou nebezpečí chronifikace. Obvykle tudíž vyžadují psychoterapeutickou pomoc. V terapii úzkostných onemocnění má zásadní úlohu pacientova spolupráce. Pacient musí sebrat odvahu, aby se konfrontoval se svým strachem či úzkostí.“* (Röhr 2012, s. 158)

Myslím, že není psychoterapeutického směru, který by se ve svém pojetí obešel bez úzkosti, nebo by se úzkosti vyhýbal. A stejně jako některé filozofické směry, tak některé směry terapeutické (např. logoterapie nebo daseinanalýza), staví význam úzkosti pro člověka velmi vysoko. Žádný z nich neusiluje o to, zbavit člověka úzkosti nadobro, ale pouze jejích patologických projevů. Shodují se na zásadním významu úzkosti pro život člověka.

Dva tisíce let nazpátek přišli stoikové a řečtí filozofové na to, že smutní nebo úzkostní, vzteklí nebo šťastní nemůžeme být pouze díky vnějším okolnostem. Všimli si rozdílů v reakcích lidí na stejné podněty. Zjistili, že až samotné hodnocení těchto událostí v nás vyvolává emocionální reakce. Toto poznání oprášil až americký psycholog Albert Ellis a začal s tímto konceptem terapeuticky pracovat (Röhr 2012).

O nejlepší výsledky na poli terapie úzkostí se hrdě hlásí kognitivně behaviorální terapie, která má nejvyvinutější techniky pomoci zvládnání patologických forem úzkostí. Výsledky jsou nezpochybnitelné, výzkumem podložené, tudíž i pojišťovny často hrazené. Pokud ale jde o pozadí úzkosti, příčiny vzniku různých fobií a panických poruch, touha hlouběji se z úzkostí konfrontovat, je třeba volit raději z jiných terapeutických směrů (Morschitzky a Sator 2014).

Příkladem takového terapeutického směru je psychoanalýza. Plháková (2003) udává, že úzkosti věnoval její zakladatel Sigmund Freud největší pozornost. Dle něho psychická dimenze afektů, včetně úzkosti, není reakcí na podněty vnějšího světa, ale vnitřních impulzů. Spolu s vídeňským lékařem J. Breuerem vytvořil svou první teorii úzkosti, jejíž podstatou byl předpoklad, že se v ní transformuje nevybitý sexuální pud. Neukojitelná sexuální přání jsou odsunuta do nevědomí, avšak část této pudové energie zůstává ve vědomí a způsobuje úzkost. Ve svých pozdějších dílech toto téma více rozšiřoval i pozměňoval a postupně více připouštěl i působení vnějších vlivů. Dále Freud popsal dvě základní úzkosti:

*Automatická úzkost*, způsobená znovu vybavením traumatických událostí v situacích, které je připomínají. Mezi základní traumatický zážitek řadí porod.

*Signální úzkost* vzniká v dětství, kdy se dítě učí traumatické události předvídat. Takovou událostí je například hrozící separace v batolecím věku. To má za následek spuštění obranných mechanismů ega, kterými se snaží situaci zvládat. (Plháková, 2003)

Představitelé tzv. kulturní psychoanalýzy Karen Horneyová a Erich Fromm přicházejí s termínem *základní úzkost*, která vzniká u dítěte, když je vystaveno nepředvídatelnému chování dospělých (rodičů). Vysvětlují tím v dětství vznikající touhu po moci. (Plháková, 2003)

Jako vědomou formu odvrácení úzkosti považuje jungovská analytička Verena Kast prevenci. Mluví o potřebě kontroly nad nebezpečím. Taková potřeba se projevuje např. vznikem pravidel a zákonů ve společnosti. Učíme se nebezpečí předvídat. Spoléháním se na vědu a techniku zaháníme úzkost. Avšak právě třeba povinností dodržovat zákony, pravidla silničního provozu, nebo povinné lékařské prohlídky, se vytváří *sekundární úzkost*. Někomu stačí zahlédnout během jízdy automobilem policejní vůz a pocítí úzkost. Je mnoho dalších zdrojů sekundární úzkosti – náboženství, zdravé stravování a diety, představa lidského ideálu atd. „Každá snaha o kontrolu nebezpečí, která měla člověka původně chránit, přináší novou potíž, která může vyvolávat úzkost.“ (Kast 2012, s. 53)

Dále Verena Kast hovoří o úzkosti jako o smrtelné úzkosti, úzkosti ze smrti. Dle ní je ale také zřejmé, že úzkost ze smrti, je také úzkostí ze života, životní úzkost, resp. strach, že nedokážeme žít život v jeho plnosti, vitálně (Kast 2012).

## 3.2 Úzkostné poruchy

*„Úzkostné poruchy by se daly zjednodušeně definovat jako různé kombinace tělesných a psychických projevů úzkosti, které nejsou vyvolány žádným reálným nebezpečím. Úzkost se u těchto poruch může objevovat buď v náhlých záchvatech, či typických situacích nebo jako trvalý fluktuující stav. Míra příznaků je tak velká, že omezují pracovní život, rodinné soužití nebo prožívání volného času.“ (Praško 2005, s. 10)*

Z toho vyplývá, že nemocí není úzkost sama, nýbrž přenesení spouštěčů úzkosti na objekty, ze kterých reálné nebezpečí často nehrozí. Morschitzky a Sator (2014) popisují paradox, kdy se moderní člověk obává objektů, které vzbuzovali hrůzu u našich předků, jako jsou hadi, pavouci nebo tma. Skutečná nebezpečí (jízda autem, elektrický proud, různé chemikálie, zamořené ovzduší) nás ponechávají v klidu.

## 3.3 Výskyt a příčiny

Röhr hovoří o úzkosti a depresi jako o pohromách dnešní doby. Společnost zaměřená na výkon utužuje v jejích členech potřebu úspěchu a blahobytu. Udává postřeh Dalajlámy, který si během dlouholetého putování mezi tradiční kulturou východu a kulturou západu všiml, že lidé na Západě, přes veškerou prosperitu a rostoucí blahobyt, více trpí úzkostmi, nespokojeností, frustracemi a depresemi (Röhr 2012).

Dle Praška (2005) patří úzkostné poruchy mezi nejčastěji se vyskytující duševní choroby. Zmiňuje rozsáhlou epidemiologickou studii ze Spojených států amerických, kde úzkostné poruchy zaujaly druhé místo (24,9 %) po závislosti na návykových látkách (26,6 %). Na třetím místě byly afektivní poruchy s 19,3 %. Podle autora této práce by bylo zajímavé zjistit, kolik lidí se stalo závislých na návykových látkách působením patologické úzkosti.

Úzkostnost je často podmíněna genderově a kulturně. Je více tolerována u žen než u mužů, kteří jí spíše vytěsňují. U žen proto bývá diagnostikována úzkostná porucha až třikrát častěji než u mužů. Což ale znamená pouze to, že ženy si potíže tohoto druhu přiznávají snáze než muži (Morschitzky a Sator 2014). Zde je dle mého názoru zajímavé srovnání například s problematikou závislosti na návykových látkách, kde je schopnost přiznat si problém v závislosti na pohlaví opačná.

Jak bylo uvedeno na začátku kapitoly, úzkostnost souvisí se socioekonomickými okolnostmi a vývojem. Příčinou úzkostných reakcí bývá právě často nepředvídatelnost a neschopnost kontroly nad těmito událostmi ve společnosti (Morschitzky a Sator 2014). Růst mezd, růst nákladů, cena ropy, nezaměstnanost, ekonomické krize, to vše a mnoho dalšího nás může vehnat do spáru úzkosti, zvláště pokud jsme si oblíbili sledovat stav těchto věcí v médiích.

Jednu z možných příčin nabízí psychoanalýza v souvislosti s vývojem osobnosti. Předpokladem psychoanalytiků je, že úzkostné poruchy vznikají u lidí s neurotickou strukturou osobnosti, neschopných zvládat vnitřní konflikty (zde vidím nápadnou podobnost s udávanými příčinami vzniku poruch schizofrenního okruhu). Neopsychoanalýza uznává na základě nových výzkumů z genetiky a neurobiologie i hereditární (dědičnou) temperamentovou komponentu (Praško 2005).

### **3.4 Projevy**

Úzkost se většinou nějak projevuje navenek. Někteří lidé v úzkostech blednou, někteří se červenají. Často je úzkost znát z řečového projevu. Někdy je hlas zvýšený a napjatý, třese se, někdy naopak je hlas záměrně hluboký, který maskuje obavy, snaží se silou působit klidně. Projevem může být i zúžení hrdla, jež popisují zlidovělá rčení o knedlíku v krku nebo žábě v hrdle. Člověk také může pociťovat chvění v celém těle, nebo jeho částech. Někdo pociťuje svírání v oblasti břicha, nebo hrudi, nebo slabost v nohách, či celém těle. Z intenzity tělesných projevů můžeme usuzovat, jak velká úzkost nás přepadla (Kast 2012). Úzkost může mít i velmi dramatické projevy, například v podobě „úzkostné hysterie“, doprovázené křikem, zajíkávkým pláčem a hyperventilací (Morschitzky a Sator 2014).



Úzkostná symptomatika se proměňovala v různých dobách a společenských prostředích. Koncem 19. století se například úzkost u žen projevovala upadáním do mdlob. Muži vystaveni traumatům bojišť první světové války trpěli nezvladatelným třasem (Morschitzky a Sator 2014).

Praško (2005) tvrdí, že každý lékař se pravděpodobně musel setkat s pacienty, kteří trpí dušností, náhlými záchvaty bušení srdce, závratěmi, které nemají somatickou příčinu. Tito lidé mohou často ve strachu o život volat rychlou záchrannou službu i několikrát po sobě, než se odhalí pravá příčina jejich potíží – panická úzkost.

Z pohledu medicíny je za prožívání úzkosti odpovědná amygdala a bed nukleus strie terminalis, která detekuje potencionální ohrožení a aktivuje řadu obranných reakcí. V amygdale se rozhoduje o reakci „boj, nebo útěk“ či „zamrznutí“. Likvidací lézí bed nukleus strie terminalis u krys, je u nich blokována úleková reakce (Praško 2005).

Stav úzkosti se z psychiatrického hlediska odehrává ve třech systémech. První je *motorické chování* (třas, expresivní projevy, útěk), dále pak *verbálně kognitivní reakce* (v myšlenkách a představách, verbálně vyjádřené obavy a strach) a třetí je *fyziologická reakce* (aktivace sympatiku, tělesné příznaky – tachykardie, pocení, dilatace zornic) (Praško 2005).

### **3.5 Druhy úzkostných poruch**

Úzkostné poruchy jsou zastoupeny třemi primárními formami a ostatní jsou fobie. Ačkoliv je zřejmé, že fobie mají blíže ke strachu než úzkosti, nejsou zařazeny mezi úzkostnými poruchami náhodou. Plháková v této souvislosti uvádí domněnku německého psychiatra Stavrose Mentzose, že patologické strachy poskytují úlevu od difúzní, neuvědomělé úzkosti. Už Sigmund Freud dával do přímé souvislosti panickou poruchu a agorafobii (Plháková 2003).

#### **3.5.1 Generalizovaná úzkostná porucha**

*Generalized anxiety disorder* – GAD, je poměrně novou diagnostickou jednotkou, kterou byly dříve označovány případy nesplňující kritéria jiné úzkostné poruchy. Teprve od roku 1996 je dle MKN–10 zařazena jako významná samostatná porucha. Hlavní projev nemoci se dá popsat

jako volně plynoucí, nebo fluktuující úzkost, či také chronická ustaranost. Nadměrné zaobírání se problémy a stresujícími myšlenkami bývá hlavním příznakem této poruchy. Tyto myšlenky se týkají většinou obav, že se stane něco špatného postiženému, nebo jeho blízkým, obavy z ekonomických a sociálních katastrof, potíží v zaměstnání, škole apod. GAD provází tělesné příznaky, jako bušení srdce, svalová tenze, třas, závratě, únava, nesoustředěnost, nechutenství, střevní potíže a pochopitelně typické projevy úzkosti, jako „úzké hrdlo“ a „úzký sevřený hrudník“ (Praško 2005).

### **3.5.2 Panická porucha**

*„Srdce běží rychle a nebezpečně tak, že rychle tluče a naráží o žebra...kůže se náhle stává mrtvolně bledou jako při hrozící mdlobě...s pocitem hrozného strachu...ve s narušenou akcí srdce, dýchání je rychlé...z nejvíce viditelných příznaků je třes všech svalů na těle.“* Tak popsal svůj vlastní záchvat paniky Charles Darwin roku 1892 (Praško 2005).

Základním rysem panické poruchy jsou opakované záchvaty paniky – panické ataky. Záchvaty se nevztahují ke konkrétním situacím nebo nebezpečí (Morschitzky a Sator 2014). Přesto mohou způsobit u postižených vyhýbavé chování, tzn. že se snaží vyhýbat situacím, nebo místům, kde k záchvatu došlo (Praško 2005). Záchvat (trvajících obvykle 5-30 minut) začíná náhle, s velkou silou a postiženého vyděsí. Ten pak má často strach o své zdraví a život. Člověk během ataky často přivolává rychlou záchrannou službu. Vegetativní symptomy jsou podobné jako u GAD, ale intenzivnější. Navíc se může objevit mravenčení nebo necitlivost, návaly horka, či zimnice. K psychickým projevům se může přidat pocit depersonalizace nebo derealizace, strach ze ztráty kontroly, často strach ze smrti (Morschitzky a Sator 2014).

### **3.5.3 Smíšená úzkostně-depresivní porucha**

Tato porucha nespĺňuje diagnostická kritéria ani pro depresivní poruchu, ani pro žádnou úzkostnou poruchu. Dříve označována jako úzkostně – depresivní neuróza. Smíšená porucha bývá závažnější než samostatná afektivní nebo úzkostná porucha. Mívá chronický průběh s delší pracovní neschopností, dokonce může vést až k invaliditě. Je vysoce riziková z hlediska suicidálních pokusů. Výskyt je bohužel častější než u „čistých“ forem poruch. K výše uvedeným

typickým úzkostným stavům se přidružuje v různém poměru depresivní symptomatika (dysforická nálada, potíže s koncentrací, beznaděj, pesimismus, únava nebo snadné pohnutí k slzám) (Praško 2005).

### **3.5.4 Agorafobie**

Agorafobie (*agora* – řec. náměstí) je charakterizována strachem z velkých prostranství, veřejných míst, davu a vede často ke strachu vycházet z domu (Röhr 2012). Obavy se mohou týkat buď samostatného cestování, nebo cest daleko od domova. Sigmund Freud dal jako první agorafobii do souvislosti s panickou poruchou. Agorafobie je totiž chápána jako strach z míst a situací, kde člověka může přepadnout symptomatika panické poruchy a on by zůstal bez pomoci nebo by nemohl utéci a vzbudil by veřejné pozdvižení (Morschitzky a Sator 2014).

### **3.5.5 Sociální fobie**

Tato fobie je se projevuje nadměrným a dlouhodobým strachem z jedné, nebo více sociálních situací a systematickým vyhýbáním se těmito situacím. Vyhýbání sice pomáhá od úzkosti, která pak není, ale ochuzuje nemocného o plné žití. Omezuje v navázání partnerství, hledání zaměstnání, nebo úspěšné kariéře. Potenciálně může sociální fobie vést až k invaliditě.

Sociální fobie je velmi rozšířená. V mírné formě se objevuje i u zdravých jedinců (jako u většiny fobií). Mezi sociální situace, kterým se nemocný nejčastěji vyhýbá patří: strach z toho, že nás druzí pozorují, strach ze ztrapnění na veřejnosti, strach ze schůzí, strach jíst před více lidmi a mnoho dalších podobných obav. Sociální fobie má během obávaného podnětu vegetativní příznaky jako ostatní úzkostné poruchy. Patrně nejvíc nepříjemné jsou pro postiženého ty projevy, které jsou na něm vidět a stydí se za ně (jako např. červenání v obličeji, pocení apod.) (Praško 2005).

### **3.5.6 Specifické fobie**

Specifické fobie jsou fobie izolované. To znamená, že člověk má strach z určitých předmětů, živých objektů, nebo situací a většinou se jim i vyhýbá. Některé specifické fobie

nemusí člověka omezovat tolik, pokud se s podněty, které je spouštějí nesetkává příliš často (např. létání letadlem, hadi). Některé naopak komplikují život ve velké míře (Morschitzky a Sator 2014). Praško (2005) popisuje případ takové fobie, kdy jeho pacientka po pokousání vlčákem v mládí přenesla svůj strach nejdříve na vlčáky, poté na všechny psy, i ty na vodítku, silnou úzkost v ní vzbuzovalo samotné psí zaštekání.

Specifické fobie se základně dělí na tyto typy (Morschitzky a Sator 2014):

- Zvířecí (např. hadi, pavouci, psi)
- Přírodní síly (např. bouřka, vodní hlubiny, oheň)
- Týkající se těla (např. krev, injekce, poranění)
- Situační (např. výtah, tunel, výška)
- Jiné

## 4 SOCIÁLNÍ REHABILITACE

Je pochopitelné, že lidé s psychiatrickým onemocněním psychotického typu, díky projevům nemoci popsaných v kapitole 2.2 často selhávají v různých sociálních situacích. Citelné je to i v oblasti zaměstnávání. Podle autorů Waghorna a Lloida (2010) se díky tomu, že k propuknutí nemoci dochází nejčastěji ve věku mezi 10 až 30 lety, často nedostane těmto lidem potřebného vzdělání důležitého pro start pracovní kariéry. Nežádka takto postižení lidé nezačnou pracovat vůbec a stávají se hned od začátku svého produktivního věku dlouhodobě nezaměstnanými.

Sociální rehabilitace je dle mého názoru poměrně rozšířený způsob sociální práce s lidmi s duševním onemocněním v České republice. Tato rehabilitace má často formu behaviorální terapie, kdy se trénuje sociální způsobilost. Jako taková má mnoho podob, jak ve formě specializovaných sociálních služeb (např. chráněné bydlení nebo podpora zaměstnávání), tak ve formě různých úžeji zaměřených forem tréninku v rámci nabídky jednotlivých organizací (např. kurzy vaření, trénink kognitivních funkcí, práce na PC, jazykové kurzy). „*Sociální rehabilitace je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí.*“ (MPSV ©2012)

V této práci se zaměřuji na rehabilitaci v rámci sociální služby přechodné zaměstnávání, její speciální formy, tréninkového pracovního místa. Harnois a Gabriel (2000) uvádějí pět oblastí důležitých pro psychickou pohodu, které poskytuje zaměstnání:

- Struktura času (absence této struktury může působit negativně na psychiku)
- Sociální kontakt
- Kolektivní úsilí a cíle (mimo rodinu)
- Sociální identita (zaměstnání je důležité pro sebeurčení)
- Pravidelná aktivita (organizace dne)

## 4.1 Komunitní péče

Termín komunitní péče je název zásadní změny v péči o lidi s duševním onemocněním, která v rozvinutých zemích funguje přibližně již třicet let. U nás byl tento trend zaznamenán již počátkem devadesátých let, nicméně zásadnější změny jsou velmi pozvolné. Hlavní myšlenka komunitní péče je uspořádání systému terapie, podpory a rehabilitace tak, aby umožnila žít lidem s duševním onemocněním v podmínkách běžného života, co možná nejvíce. Podstatný je přesun léčby s důrazem na symptomatologii z nemocnic, azylových zařízení a podobných institucí do přirozeného prostředí (Pěč a Probstová 2009). V rámci komunitní péče vznikaly i odborné služby maximálně uzpůsobené přirozenému prostředí – jako třeba podporované bydlení, case management, nebo podporované zaměstnání (Pěč a Probstová 2009). Taková péče vyžaduje zejména komplexnost a týmovost profesionálů. Klienti služby a jejich rodinní příslušníci by v tomto modelu péče měli být bráni jako partneři (Matoušek aj. 2005).

## 4.2 Recovery

Se systémem komunitní péče úzce souvisí koncept recovery (zotavení). Tento koncept klade důraz na zotavení – tedy ne nutně uzdravení – z nemoci a život po nemoci. Zájem odborníků o ovlivňování biologické příčiny onemocnění (spojený s hospitalizací a podáváním psychofarmak), se rozšířil na ovlivňování choroby v širším, holistickém kontextu. „*Žádnou poruchu zdraví, somatickou ani duševní, nelze dobře ovlivnit výlučně medicínskými prostředky, vytržené z kontextu individuálního a sociálního života.*“ (Pěč a Probstová 2009, s. 211)

Je kladen důraz na člověka jako bytost sociální, která potřebuje vztahy, touží se uplatnit, realizovat a onemocnění je vnímáno jako faktor, který tyto potřeby ovlivňuje (Pěč a Probstová 2009). O konceptu recovery by se tedy dalo hovořit jako o sociální úzdavě.

### 4.3 Tréninkové kavárny

Tato forma pracovně sociální rehabilitace v rámci sociální služby přechodné zaměstnávání, dle mého názoru, je u nás, zejména v Praze hojně rozšířená. Pravděpodobně se jedná o veřejnosti nejvíce známou službu, kde se trénink pracovních dovedností pro lidi s duševním onemocněním provádí, ale jsou i jiné. Jedná se o různé prodejny s řemeslnými výrobky, pekárny, restaurace, dále jsou to jednotlivé pracovní pozice v rámci organizací (jako úklidové, administrativní, provozně technické apod.) Je třeba odlišovat od chráněných dílen (košíkářské dílny, keramické dílny atd.) nebo chráněných pracovních míst (jakákoliv pracovní místa na otevřeném trhu práce pro ZTP). Přechodné zaměstnávání umožňuje trénink pracovních a sociálních dovedností na specializovaném pracovišti po omezenou dobu (nejčastěji šest měsíců až jeden rok). V Praze má největší síť tréninkových pracovních míst nezisková organizace Green Doors. Provozují a spoluprovozují dvě kavárny a restauraci.

Myslím si, že rozšířenost tohoto modelu pracovně sociální rehabilitace je pochopitelná. Jde o propojení a zviditelnění problematiky duševních onemocnění s veřejností. To má své výhody i nevýhody. Jako hlavní výhoda mě napadá právě zviditelnění problematiky, boj proti předsudkům, zbavování strachu veřejnosti z lidí s duševním onemocněním. Pro klienty takové služby, navíc oproti jiným tréninkovým místům, může být rovněž výhodné setkávání se „zdravou“ veřejností, začlenění do společnosti, zvyšování sebevědomí ve styku s lidmi. Nevýhody spatřuji v jisté paradoxní stigmatizaci lidí s duševním onemocněním. Koncept tréninkových kaváren je postaven do jisté míry na tom, že se zvědavá veřejnost půjde podívat na „blázny“, kteří v kavárně obsluhují. Takové místo je pak určeno pouze lidem, kteří jsou ochotní podstoupit takový způsob prezentace své nemoci. Ve světě navíc začíná být úspěšná moderní metoda s názvem IPS (*Individual placement and support*), která jakýkoliv pracovní trénink v cvičných podmínkách zavrhuje a soustředí se na trénink a podporu lidí s duševním onemocněním (nebo i jiným hendikepem) přímo na skutečném pracovním místě na otevřeném trhu práce.

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 5 EMPIRICKÁ ČÁST

Výzkumná část je zaměřena na zkoumání úzkostných stavů, jejich spouštěčů či zdrojů a podobnost u lidí s duševním onemocněním schizofrenního okruhu, zejména vzhledem k výkonu zaměstnání a sociální rehabilitaci zaměřené na zaměstnávání, ale i v každodenním běžném životě. V průběhu mé pracovní činnosti v tréninkové kavárně na pozici sociální pracovník / pracovní terapeut (zaměřené na sociálně pracovní rehabilitaci), mě zaujal častý výskyt úzkostných potíží a jejich analogie mezi jednotlivými případy. Klienti služby se také nápadně často shodovali v popisu spouštěčů úzkosti. Zde jmenujme zejména nápadně častý výskyt strachu ze schodů do metra, ale i městské hromadné dopravy obecně.

### 5.1 Formulace výzkumného cíle

Ústředním výzkumným cílem této práce je popsat situace a okolnosti, během kterých se u pozorovaných pěti klientů tréninkové kavárny spouštěli úzkostné stavy, případně jejich podobnost a na souvislost s duševním onemocněním psychotického charakteru. Specifický výzkum byl také zaměřen na míru ovlivňování pracovních výkonů a kvality života úzkostnou symptomatikou těchto lidí.

### 5.2 Výzkumné otázky

Během rozhovorů s klienty jsem se snažil získat odpovědi na otázky zaměřené na tyto oblasti:



- Začátek onemocnění (co předcházelo, průběh, současný stav)
- Pocity úzkosti v běžném životě (pokud jsou, tak kdy?)
- Pocity úzkosti spojené se zaměstnáním (pokud jsou, za jakých okolností?)
- Zdroje / spouštěče úzkosti

### 5.3 Výzkumný soubor

Během sběru dat, byli stěžejní zkoumanou jednotkou lidé, které spojuje jejich duševní onemocnění a zároveň byli klienty sociální služby pracovní rehabilitace v tréninkové kavárně mezi lety 2016 až 2018. Ve výběrovém souboru jsem se snažil o co největší rozmanitost zkoumaných osob. Jsou to zástupci různých pohlaví, věku, temperamentu a charakterových typů.

### 5.4 Použitá metodologie

Základní metodou této práce je kvalitativní výzkum. K zajištění co největší validity výzkumu bylo použito **datové triangulace** při sběru dat. Jako metodu určenou k analýze a interpretaci dat jsem použil **obsahovou analýzu**. Miovský (2006) chápe obsahovou analýzu jako širokou škálu různých postupů a metod výkladu nejen textových, ale i jiných zdrojů dat. Například v psychologii se tak často děje v kombinaci se zúčastněným pozorováním a rozhovorem. Tato metoda nejprve definuje zaměření a identifikaci zdrojů analýzy, následně se získaná data shromažďují a třídí. Poté následuje tvorba kategorií, které se dále kódují. V práci používám prvky **otevřeného kódování**. Rozborem a čtením získaných dat, přepisem rozhovorů se objevují témata vztažená k položeným otázkám a přečtené literatuře. Tato témata se nadále třídí, organizují a doplňují (Hendl 2005).

## 5.5 Triangulace zdrojů dat

*„Triangulace zdrojů dat, je další základní metodou užívanou ve fázi získávání dat. Obecně platí, že čím bohatší jsou zdroje dat, tím bohatší máme možnosti pro následnou analýzu a interpretaci.“* (Miovský 2006 s. 265) Tuto metodu jsem zvolil jako nejvhodnější, vzhledem k množství možných zdrojů dostupných dat.

### 5.5.1 Dokumentace sociální rehabilitace

Jako sociální pracovník jsem měl přístup do kartotéky dokumentace a veškerých spisů, včetně elektronických, které se o klientech vedou. Jako hlavní zdroj dat v tomto případě byl dokument *„Šetření potřeb“*, který se vyplňuje s každým klientem při vstupu do služby a poskytuje důležité informace ze sociální oblasti klientova života a jeho zdravotního stavu. Další důležitý dokument je *„Individuální plán“* na kterém se pracuje již v průběhu rehabilitace a je zaměřen na klientovi cíle v jejím průběhu, ale hlavně po jejím ukončení.

### 5.5.2 Semistrukturované rozhovory

Ke všem interview byl získán informovaný souhlas respondentů. Tato interview byla vedena s pěti participanty, vždy jednotlivě a v různé dny. Interview jsem s nimi vedl vždy já v místnosti určené na individuální konzultace. Polostrukturovaný rozhovor bývá považovaný za nejrozšířenější metodu rozhovoru. Vyžaduje náročnější přípravu, zejména v podobě okruhů otázek, na které se budeme ptát. V takovém interview můžeme používat doplňující otázky, abychom si upřesnili význam odpovědí. Je také důležité definovat jádro interview, tedy minimum otázek týkajících se oblasti zkoumání, které potřebujeme zjistit (Miovský 2006).

### 5.5.3 Zúčastněné pozorování

Zúčastněné pozorování je metoda, která zahrnuje i předchozí dva zdroje dat, tedy rozhovory se zkoumanými klienty a analýzu dokumentů. Navíc je zde právě role pozorovatele. *„Zúčastněné pozorování je styl výzkumu, ve kterém výzkumník participuje na každodenním životě*

*lidí, které studuje.*“ (Disman 2011, s. 305) Takový výzkum předpokládá participaci na životě zkoumané skupiny. Dle Dismanova (2011) dělení pozorovatelů jsem byl *pozorovatel jako participant*. V tréninkové kavárně jsem byl členem týmu obsluhy, často dělal stejnou práci jako pozorování klienti, spolupracoval s nimi. Během naší spolupráce nevěděli o mém výzkumném záměru.

Důležitou složkou pozorování byly denní záznamy klientů vedených v elektronickém evidenčním systému Highlander, která je určena jak pro evidenci výkonů v sociálních službách, tak pro sdílené pozorování chování, stadia spolupráce a psychického stavu klientů sociální služby. Tímto bylo mé pozorování rozšířeno i o postřehy mých kolegů.

## 6 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Na základě použité metodologie výzkumu, jsem vytvořil pět ilustrativních případových studií, které se zakládají zejména na poznatcích dlouhodobého pozorování, analýze dokumentů sociální rehabilitace a přepisů polostrukturovaných interview s klienty sociální služby. Dalším výsledným produktem výzkumu je kategorie spouštěčů úzkosti u těchto lidí.

### 6.1 Ilustrativní případové studie

Všichni probandi jsou současnými, nebo bývalými klienty neziskové organizace ESET – HELP, z. s. a její sociální služby Podpora zaměstnávání, která provozuje mimo jiné tréninkovou kavárnu Dendrit kafe, kde se všichni tito klienti účastnili šestiměsíční pracovní sociální rehabilitace. Současně všichni jsou psychiatricky diagnostikováni s duševní poruchou schizofrenního nebo psychotického okruhu. Všechna osobní data respondentů jsou změněna.

#### 6.1.1 Paní Ivana

##### Dokumentace sociální rehabilitace

Ivaně je 64 let, vdova, dlouhodobě nezaměstnaná, invalidní důchod stupeň III. Žije sama ve vlastním bytě, s penězi vychází dobře. Studovala střední ekonomickou školu, ale nedokončila ji. V minulosti, před pádem komunismu, pracovala v bance jako korespondentka, kde byla spokojená, měla na pracovišti dobré vztahy a kde jí byly tolerovány absence z důvodu zhoršení psychického stavu, většinou spojené s hospitalizací v PNB. Od doby, kdy skončil zaměstnanecký poměr, je téměř 20 let ženou v domácnosti. V tréninkové kavárně Dendrit kafe byla zařazena na pozici uklízeč.

Diagnostikována F 25.1 – schizoafektivní porucha, depresivní typ. V šesti letech sexuálně zneužita. Matka byla přísná, vzbuzovala v ní strach. Otec zemřel v dětství. Nemoc propukla

v mládí, nedlouho poté, co bratr spáchal sebevraždu. Od té doby časté hospitalizace v PNB. Bratr měl deprese, pracoval v povrchovém dole, zabil se skokem pod vlak, převážejícím náklad v tomto dole. Od té doby má Ivana velké problémy s cestováním vlakem a metrem. Přes dlouhodobou léčbu nebylo dosaženo remise. V léčbě spolupracuje, je si vědoma svého onemocnění a má na něj částečně náhled. Nicméně přetrvává psychotická produkce ve smyslu halucinatorně paranoidního syndromu, ruinačními bludy a opakovanými depresivními dekompenzacemi.

### Zúčastněné pozorování

Ivanu jsem měl možnost sledovat po celou dobu půlroční rehabilitace ve službě Podporované zaměstnávání v tréninkové kavárně na pozici uklízeč, ale i před tím, kdy docházela do Centra denních aktivit ve stejné organizaci. Ivana, která byla předtím dlouhodobě nezaměstnána a která je pro svůj předdůchodový věk a zdravotní stav těžko zaměstnatelná na otevřeném trhu práce, byla za práci v kavárně velmi vděčná. Všichni zaměstnanci, kteří pracovali s Ivanou se shodovali, že jí rehabilitace pomáhá, je sebevědomější, energičtější a méně depresivní.

Během rehabilitace se hodně projevovala Ivany úzkostná povaha. Byla bojácná ve vztahu k sociálním pracovníkům, projevovala se přehnanou úslužností, omlouvala se za každou maličkost, nebo třeba za „provinění“, která se ovšem neudála. Např. chtěla zamést podlahu, kde zrovna stál sociální pracovník a ona se mu několikrát omlouvala za to, že se mu tam „motá“. Špatně snášela změny. Na druhou stranu byla velmi pečlivá, svojí práci odváděla zodpovědně. Pokud nebyla nemocná, měla perfektní docházku do zaměstnání.

Dále v průběhu rehabilitace docházelo poměrně často (minimálně jednou za měsíc) ke zhoršení psychického stavu směrem k depresivní fázi, kdy Ivana začala mít somatické obtíže a nebyla schopna do zaměstnání dojít. Jednalo se nejčastěji o chřipky, virózy, úporné bolesti hlavy, nauzey, závratě apod. Současně se zvyšovala produkce bludů a úzkostnost. Na týmové poradě sociálních pracovníků bylo v případě Ivany rozhodnuto, že se změkčí pravidla rehabilitace, které říká, že v půlroční rehabilitaci je možno pouze deset absencí. Počet absencí byl za tu dobu více jak dvojnásobný. Rehabilitaci Ivana dokončila a přešla na jiné tréninkové místo podobného charakteru ale s menší mírou podpory. Pracovník je po zaučení více sám na

pracovišti, a tudíž více samostatný. Tuto rehabilitaci Ivana nedokončila, protože míra stresu a následné úzkosti překročila únosnou mez. V současnosti Ivana dochází pravidelně do Centra denních aktivit a je bez zaměstnání.

## Rozhovor

Během rozhovoru Ivana udržovala přiměřený oční kontakt. Psychomotorické tempo v normě, strohá řeč těla, slabá gestika. Temperament klidný (občas zbrklá), submisivní. Emoční ladění melancholické, depresivní. Z rozhovoru s Ivanou je jasné, že její primární psychotické onemocnění je komorbidní se silnou úzkostnou poruchou. Paní Ivanu provází úzkost a obavy téměř na každém kroku, doma, v zaměstnání, venku. Jedna z nejhorších forem jí potkává, když má cestovat metrem: *„No já vám řeknu. Nejhorší je to v metru, když přijíždí ta souprava, tak hlasy říkají: „Skoč! Skoč!“ A já se úplně musím otočit, někde se chytit, abych to vydržela. To je hrozný, teda. No ale musím, no. Musím existovat, že jo? Tak to musím vydržet, překonat.“* Velký díl úzkostí je u klientky spojen s kontaktem s lidmi. Bojí se jich, zejména cizích. V zaměstnání má velký strach z nadřízených, že dostane vynadáno, obavy že nestíhá. Ivana má velmi nízké sebevědomí. Její úzkosti jsou vědomé, přiznané, ovlivňují negativně kvalitu života i schopnost najít a udržet si zaměstnání. Paní Ivana v této práci zastupuje úzkostný typ člověka s duševním onemocněním schizofrenního okruhu.

### 6.1.2 Tomáš

#### Dokumentace sociální rehabilitace

Tomášovi je 28 let. Žije u rodičů a prozatím na tom nechce nic měnit. Na rodiče silně fixován, zejména na matku. Má invalidní důchod III. stupně, nicméně velmi nízký. Podporován rodiči. Vyučený kuchař, potom nástavba s maturitou. Jako jeden z mála lidí trpících schizofrenií školu zvládal i po propuknutí nemoci, nicméně pravděpodobně hlavně proto, že jeho otec tuto školu vlastní a po propuknutí nemoci měl nastaven individuální přístup. Po škole zaměstnán doma – úklid, vaření. Na otevřeném trhu práce nikdy nepracoval, ale rád by. Před nástupem k nám byl na obdobné pozici (uklízeč) v organizaci Green Doors z. ú. V rámci individuálního plánování nám vyplynulo, že by rád zkusil práci pomocného kuchaře nebo jinou pozici v kuchyni, což ho baví.

V 17 letech převezen z dovolené v Rakousku do Psychiatrické nemocnice Bohnice. Od té doby tři hospitalizace. Jednou suicidalní pokus. Diagnostikována paranoidní schizofrenie F 20. 0. Jako spouštěč onemocnění udává intoxikaci marihuanou společně s alkoholem. V současnosti stabilizovaný stav, bez výrazných pozitivních příznaků schizofrenie. Sám udává sociální fobii. Přátele nemá, nevyhledává je, prý si vystačí s rodinou.

### Zúčastněné pozorování

Tomáš pracoval v tréninkové kavárně na pozici uklízeč. Měl příkladnou docházku, stabilní výkon i dobrou náladu. Zvláštností byly příliš včasné příchody, standardně půl hodiny před začátkem pracovní doby. Podařilo se nám snížit pouze na 15 minut, ale občas se stalo, že přijel i dřív. Zkoušeli jsme negativní trénink – pokus nařídit si později budík, nechat ujet autobus, přijít pozdě. To se však nezdařilo. Dle mého názoru se jednalo o nějakou formu úzkosti spojené s pozdním příchodem, nicméně Tomáš tuto domněnku negoval. Byl poměrně komunikativní, často sám inicioval rozhovor se sociálními pracovníky nebo kolegy. Často jsem ho zastihl, jak stojí, nepracuje a je do něčeho zahloubán. Při vyrušení sebou cukl, ale usmál se a pokračoval v práci. Neměl příliš smysl pro detail. Občas jsme ho musel požádat, aby něco udělal znovu a pořádněji. Byl velmi ochotný působil celkem sebejistě. Na individuálních schůzkách se projevovalo zabíhavé myšlení. Jeho odpovědi na otázky byly často vyhýbavé, ale logicky koherentní. Působil dojmem, jako by neměl jakékoliv potíže „*Nemám žádné problémy, vše je ok*“ říkal často. Partnerku nemá, prý žádnou nechce „*Zvykl jsem si na to být nemocný, že žiju u mámy,*“ tvrdí. Je milovníkem hororů, na které chodí sám do kina. Chodí občas běhat a na procházky se psem.

### Rozhovor

Tomáš při rozhovoru zdánlivě klidný, nicméně trpí tikem projeveným občasnými záškuby horního trupu a hlavy. Udržuje oční kontakt, strohá mimika a gestika, monotónní řeč i hlas. Typická emoční oploštělost. Odpovědi často vyhýbavé. S odstupem času, při poslechu nahrávky vzpomínám, že třeba tón hlasu a neverbální komunikace Tomáše při odpovědích na oblast drog a vzniku onemocnění, mě odklonila od tohoto tématu a dál jsem se ho na to neptal. Nejistil jsem tedy druh drogy, ani přesnější okolnosti vzniku onemocnění.

Při rozhovoru jsem často cítil, že mi uniká v odpovědích. Při přepisu a analýze rozhovoru, jsem žasl nad svou nezkušeností ve vedení rozhovoru. Několikrát mi odpovědi unikl, aniž bych si toho vůbec všiml. V rozhovoru se objevuje téma úzkosti ze ztráty rodičovské lásky. Zde mě napadá ještě strach z osamostatnění, které bývá časté u lidí se schizofrenií, kteří žijí v dospělosti častěji u rodičů než běžná populace.

Dále se v rozhovoru naráží na úzkost spojenou s lidmi, zejména s určitým typem lidí – bezdomovci, narkomany, lidé odlišní, třeba tetováním či barvou pleti. Ačkoliv zpočátku negoval úzkost v hromadné dopravě, další dotazování vedlo ke zjištění, že jízdy není schopen bez nějaké „ochranné pomůcky“ v podobě hudby ve sluchátkách, nebo knihy. Bylo znát, že představa, že stojí v metru bez „pomůcky“ a není izolován od lidí, mu nedělá dobře: *„když jela moje máma metrem, tak na ní nějaký cikán vytáhl nůž.“* Následně přiznává, že se něčeho podobného v metru obává.

Další obava vyplývající z rozhovoru je v souvislosti se zaměstnáním a týká se pocitu, že něco v práci nestihne. V této souvislosti si vzpomínám, že si v minulosti vyzkoušel pozici barmana v Café na půl cesty a pak se raději vrátil na pozici uklízeče.

Poslední důležitou výpovědí byli obavy vykazující známky obsedantně kompulzivní poruchy. Myšlenky že něco doma zapomněl zamknout nebo vypnout a následná kontrola. Jak známo, i vtíravé myšlenky jsou sluzky úzkosti. Tomáš v této práci zastupuje vyhybavý typ člověka.

### **6.1.3 Damián**

#### **Dokumentace sociální rehabilitace**

24letý Damián nedostudoval 8leté gymnázium. Skončil rok před maturitou z důvodu svého onemocnění. Samostatně se vzdělává v oblasti webdesignu a grafiky. Nikdy nepracoval. Po odchodu ze školy krátce na Úřadu práce, nicméně tam nedokázal docházet a zdravotní pojištění mu hradí matka. Má zažádáno o invalidní důchod a čeká na rozhodnutí komise. Před rehabilitací v tréninkové kavárně neměl žádné příjmy. Živí ho matka a babička, která na něj má silný vliv. Otce nepoznal. Nemá v plánu se osamostatnit, takto mu to vyhovuje.



Diagnostikována F 20. 0, potíže začaly již v dětství nápadnou plachostí a uzavíráním se. Po ukončení školy měl zhruba 5leté období, kdy nevycházal z domu. To skončilo hospitalizací. Má jednoho kamaráda, se kterým chodí na squash a hraje hry na počítači.

### Zúčastněné pozorování

Damián pracoval v tréninkové kavárně na pozici barman. Předtím neměl žádnou pracovní zkušenost, proto jsme všichni byli v očekávání, jak to zvládne. Damián nás mile překvapil. Učil se velmi rychle technické věci jako přípravu kávy, obsluhu pokladny a rychle chápal provoz kavárny. Příliš si nerozuměl s přípravou jídla. Jedna z nejtěžších věcí pro něj byla komunikace se zákazníky. Na tom jsme museli společně hodně pracovat. Museli jsme začínat již od pozdravu. Damián má obecně s komunikací potíže, mluví velmi potichu, zadržává. Pokud zdravil, nebylo to slyšet, ale stávalo se i to, že se tuto „formalitu“ rozhodl vynechat. Na závěrečných shrnutích přiznal, že mu zdvořilá konverzace se zákazníkem, úsměv a hlasité poděkování nedávají smysl. Pokroky v tomto směru nebyly velké, ale snažil se vyhovět našim požadavkům.

Damián neměl během rehabilitace příliš stabilní psychický stav. Někdy hlásil silnou úzkost, zvláště pokud bylo v kavárně plno. K tomu se přidávaly somatické obtíže, jako bolest hlavy, nauzea, rozmazané vidění, změna myšlení, zrychlení myšlení. Pomáhalo mu si sednout, napít se a vědomě dýchat. Na společných schůzkách jsme přišli na jeden důležitý spouštěč úzkosti – zákaznice, resp. mladé dívky. Vzhledem k tomu, že kavárna je v areálu vysoké školy, kde studují především dívky, byla konfrontace Damiána se spouštěčem úzkosti téměř na denním pořádku. Damián potřeboval často vedení, zejména v situacích provozně náročných, stresujících, kdy byl paralyzován a nevěděl jak dál. I tyto situace často vedly k somatickým obtížím a musel si vzít přestávku.

### Rozhovor

V rozhovoru se silně projevuje Damiánova uzavřenost – strohé odpovědi, jedním slovem, jež v podstatě znemožnily kladení otevřených otázek. V odpovědích nejen uniká, jako v případě Tomáše, ale mlčí. Pomalejší psychomotorické tempo, klidný, ruce schované pod stolem, bez gest, slabá mimika, plochost emocí, oční kontakt přiměřený. Nálada skleslá, občas milý úsměv.

Z odpovědí vyplývá, že svou úzkost považuje spíše za stres. Úzkost v rozhovoru téměř nepřipouštěl, ačkoliv si na ní v rehabilitaci často stěžoval. Odpovědi byli často vyhýbavé. Na otázku, zda někdy zažívá úzkost třeba odpověděl: „*Ehm...mám...ani ne. Nevnímám...moc jí nevnímám. Občas mám teda úzkostlivější náladu, ale беру na to léky a ty mi pomáhají.*“ Za spouštěč považoval náladu „*Já moc nevnímám nějaké spouštěče. Spíš je to, jak se vyspím*“ byla častá odpověď. Nevím, zda Damián nechtěl odpovídat upřímně kvůli zapnutému diktafonu, ale někdy vyloženě popíral i to, o čem věděl, že vím. Cituji třeba část rozhovoru, kdy se snažím dobrat spouštěčů úzkosti v tréninkové kavárně:

V kavárně jste občas mluvil, že vám nedělá dobře určitý typ zákazníků?

„*Spíš ten stres.*“

Jednou jsme taky došli k závěru, že vám není úplně příjemné, když je kavárna plná mladých studentek.

(Smích) „*No. Hlavně když stojí u toho pultu. To i je nepříjemný.*“

Když stojí u pultu. A roznášet kávu v takové situaci?

„*V pohodě.*“

Z toho důvodu si nemůžu být jistý, že třeba záporná odpověď na obavy z městské hromadné dopravy je pravdivá. Bylo by potřeba delšího a možná opakovaného rozhovoru, aby se Damián rozpovídal. Vyhýbavý byl i v odpovědích týkajících se rodiny. Nevím, co jiného, než úzkost by mohlo vést k takové obraně, řekněme úzkostlivému střežení si svého soukromí a intrapsychických pochodů. Damián v této práci představuje uzavřený typ člověka s duševním onemocněním.

#### **6.1.4 Linda**

##### **Dokumentace sociální rehabilitace**

Lindě je 27 let, vystudovala ČZU v Praze, je inženýrka. Má bohaté pracovní zkušenosti, nejprve z brigád, kdy často dělala hostesku, poté, když dostudovala, pracovala jako office manažerka. Je komunikativní, aktivní, dokáže si zařídit spoustu věcí, se kterými mohou mít jiní

lidé se stejným onemocněním potíže. Bydlí sama ve svém bytě. Dříve tam bydlela s kamarádkou, když se kamarádka odstěhovala, nebyla schopna tam být sama a téměř denně u ní přespávala babička, aby se tam nebála. Jedním z prvních cílů individuálního plánu bylo, zvládnout být sama v bytě, což se po čase podařilo. V současnosti je schopna přespávat v bytě sama. Udržuje intenzivní kontakt s rodinou. Každý víkend jede za rodiči (nevlastní otec, vlastní zemřel) mimo Prahu, kde bydlí a přespává tam celý víkend. Má jednu kamarádku se kterou udržuje pravidelný kontakt.

Onemocnění propuklo pravděpodobně následkem dlouhodobého stresu, po intoxikaci marihuanou a alkoholem. Bylo to také nedlouho po otcově smrti. Diagnostikovaná F 20. 0 po hospitalizaci v roce 2015. Je ve stabilizovaném stavu. Dostala nejprve invalidní důchod I. stupně. S jeho výší nebyla spokojena, odvolala se a byl jí přiznán stupeň III. Je to nejspíš následkem toho, že Linda má dny, kdy působí téměř jako zdravý člověk. Její onemocnění se projevuje cyklicky, pravidelně každý měsíc propukne nespavost, myšlenkový trysk, velmi se změní její nálada, chodí bez úsměvu, značně se sníží její výkon v zaměstnání a soustředění. To může trvat třeba týden, poté se stav pomalu upravuje.

### Zúčastněné pozorování

Během rehabilitace byla důležitá právě její cyklická nálada, se kterou jsme museli počítat a být na ni připraveni. Lucie se velmi rychle zaučila, práce v kavárně ji bavila, měla příjemné vystupování směrem k zákazníkům. K rehabilitaci přistupovala snad až příliš sebevědomě, nepřipouštěla si žádný problém, který se vzápětí dostavil. Linda možná podcenila náročnost takové práce, ale postupně získala potřebný respekt. Zrovna tak sociální pracovníci si museli získat respekt v roli nadřízených, neboť Lucie občas nerespektovala pokyny a chtěla si dělat věci po svém. Nicméně spolupracovala, byla dobře motivovaná, ochotná a pracovitá. I u Lucie docházelo občas k „zamrznutí“, kdy jenom stála, zahlcena objednávkami, paralyzována stresem. Bylo to zejména v době změny nálady, ale i jindy. Úzkost Lindy probíhala často na pozadí, skrytá za úsměvem. V rozhovoru přiznala, že úzkost cítí denně. V zaměstnání se projevovala zejména chybnými úkony, něco shodila, chybně připravila objednávku atp. Časté chyby se dostavovaly, když měla pocit, že je pod dozorem (např. se náhodně sešlo v kavárně více sociálních pracovníků a jejich vedoucí) a že musí podat výkon. Podobně se to stávalo u určitých zákazníků, ze kterých měla obavu.

## Rozhovor

Linda působí během rozhovoru vitálně, uvolněně, je usměvavá. Živě gestikuluje, udržuje oční kontakt. Přes některé vyhýbavé a zabíhající odpovědi, jsem zaznamenal asi největší otevřenost odpovědí ze všech dotazovaných. Dokáže mluvit o nepříjemných pocitech, které často mívá, včetně úzkosti. V rozhovoru se objevovala témata úzkosti ze samoty, ze ztráty (otec), z rozhodování, z ostatních lidí. Úzkost byla spojena i s vlastním sebehodnocením, nebo hodnocením druhých a s tím spojeným tlakem a stresem. Bylo znát, že jí nebylo příjemné, když vycítila, že dávám do souvislosti smrt otce a její onemocnění. Odpovědi v tu chvíli chronologicky nezapadaly. Linda představuje mezi ostatními participanty nerozhodný typ člověka.

### 6.1.5 Miluše

#### Dokumentace sociální rehabilitace

Miluši je 59 let. Má dokončené středoškolské vzdělání s maturitou a nedokončené vysokoškolské vzdělání. Většinu života pracovala a pečovala o své děti. Je rozvedená, od té doby bez partnera. Bydlí samostatně ve svém bytě v osobním vlastnictví. Vztahy hodnotí jako uspokojivé, ale „vzdálené“, chybí v nich podle ní niternost. To se týká i vztahu s jejími dvěma dětmi. Myslí si, že je to způsobené „chladnou“ výchovou matky. Otec zemřel v jejích 25 letech na infarkt u ní doma. Největší podporu cítí od svého terapeuta, ke kterému dochází již řadu let. Vyvinula pro sebe speciální druh meditace nebo rozjímání, jak tomu také říká, které se téměř denně věnuje a která jí velmi pomáhá po mnoho let.

Zdravotní problémy začala mít poté, co se její muž pokusil o sebevraždu v roce 2003, necítila se v životě spokojená. Později, v roce 2007, se s manželem rozešli. V roce 2011 měla první psychózu. Onemocnění tedy přišlo v pozdějším věku. Diagnostikována F 25.0, schizoafektivní porucha, manický typ.

#### Zúčastněné pozorování

Paní Miluše je velmi výrazný typ člověka, a to jak povahou, tak postavou. Je velmi vysoká, silnější postavy, mluví nahlas, kam vstoupí, je k nepřehlédnutí. Dokáže být velmi komunikativní a družná. Dalším výrazným rysem je její dominance. Ta způsobovala, že někteří sociální

pracovníci měli obavu Miluši v rehabilitaci vést, úkolovat, případně jí zdůrazňovat některá pravidla. Jedna sociální pracovnice toto téma řešila intenzivně na supervizi. A Miluše opravdu na pravidla často narážela, diskutovala o jejich smyslu a rozčilovala se. Přesto brala rehabilitaci vážně, chodila včas, říkala, že jí prospívá.

I pro mě bylo těžké s Miluši jednat, přesto jsem se snažil udržet jí v hranicích rehabilitace, stejně jako ostatní klienty. Když rehabilitace skončila, dostalo se mi nejspíš i díky tomu nepříjemné zpětné vazby. Přesto jsem rád za spolupráci s ní. Milena je zajímavý člověk, se zajímavým pohledem na věci, upřímná, hosté ji měli rádi. Se stresem v kavárně bojovala po svém – popudlivostí. Často se také projevovala únava. Měla dovoleno častěji se posadit. Věci si dělala hodně po svém, takže za celý půlrok rehabilitace se nepodařilo, aby připravovala objednávky dle zavedených manuálů a receptů. Celkově její dominanci vnímám jako způsob obrany velmi citlivého člověka.

## Rozhovor

Rozhovor se vedl dobře. Miluše je komunikativní a ráda si povídá o osobních, hlubších tématech. Psychomotorické tempo odpovídající. Udržuje strnulý oční kontakt. Gestikuluje pouze rukama, jinak sedí nehnutě. Živý temperament. V rozhovoru se objevovalo nejčastěji téma ztráty. Hned první odpověď, kdy byla dotázána na rodinu, mluvila o smrti otce. V interview postupně vyjmenovává zásadní ztráty v jejím životě: ve čtyřech letech dána na výchovu k babičce – ztráta matky, potom ztráta otce, později manžela. *„Víte. Upřímně řečeno, já jsem takovou ztrátu zažila ve třech, čtyřech letech, kdy mě maminka dala k babičce a já potom opouštěla mužský. Podvědomě. Abych to nezažila znova. Než aby oni opustili mě, tak jsem opouštěla já. Takový obranný mechanismus.“* Dále rozhovor poukazyval na časté popření úzkosti. *„Neříkám, že jí vůbec nemám, ale já si jí neuvědomuji. Nechci říct, že jsem úplně bez úzkosti. To by bylo hodně divný, že jo? Ale já si jí neuvědomuji. Anebo jí překonám. Jo? Silou jí překonám.“* Na můj dotaz, jak se překonává úzkost silou odpovídá: *„že si řeknete, že vám nic není a jdete.“* Zde tedy k sobě, dle mého, není zcela upřímná. Jiné části rozhovoru zaměňuje úzkost za nechtění. Ve smyslu – něco nedělám ne proto, že se bojím, ale proto, že se mi nechce. Což je v závěru rozhovoru vyvráceno, když Miluše hovoří o své úzkosti z lásky, potažmo z její ztráty. Objeví se i téma strachu z lidí, v tomto případě zákazníků. Miluše v práci zastupuje dominantní typ člověka, popírající svou úzkost.

## 6.2 Tréninková kavárna Dendrit kafe

Koncept tréninkové kavárny je založen na tréninku sociálních způsobilostí. Jako takový používá principy a metody kognitivně-behaviorální terapie, kdy se klient služby učí pracovním návykům, učí se vnímat a rozumět svým emocím se zaměstnáním spojené, dosahovat svých cílů a rolí nutných pro nezávislý život (Pěč a Probstová 2009). Učí se také vycházet s kolegy na směně, se sociálními pracovníky, zde často v roli nadřízených. „*Mnohé neurotické problémy jsou spojeny s našimi postoji k druhým lidem, k nadřízeným, podřízeným a kolegům.*“ (Horneyová 2000, s. 274) V případě tréninkové kavárny nutno toto tvrzení doplnit o důležitou skupinu zákazníků.

Na pozici barman se klienti trénují pětkrát v týdnu po třech hodinách. Během směny jsou podporováni sociálními pracovníky v roli pracovních terapeutů. Na konci směny konzultují své pocity, emoce, nebo potřeby na tzv. závěrečném shrnutí se sociálními pracovníky trvajícím zhruba 15 minut. Dostává se jim zde také zpětné vazby od kolegů a sociálních pracovníků. Za svou práci dostávají mzdu. Na pozici uklízeč je klient zaměstnán 1,5 hodiny denně. Rehabilitace trvá celkově šest měsíců.

Rehabilitaci v kavárně si většinou klienti služby pochvalují, najdou zde často přátele, práce v kavárně jim přijde zajímavá, to že pracují, často po dlouhé době, jim zvedá sebevědomí. Přínosné pro ně bývá setkávání se „zdravou populací“, stejně tak veřejnost může zjistit, že lidé s duševním onemocněním, jsou stále lidmi.

Na druhé straně tento typ práce je pro řadu lidí, zejména těch trpících schizofrenií, velmi náročný a stresující. Práci kavárníka jako budoucí povolání lze doporučit málokomu z rehabilitace. Hodně z nich by ani takovou práci samostatně, bez podpory sociálního pracovníka nezvládlo. Občas jsem se zamýšlel nad rolí sociálního pracovníka jako průvodce a podporovatele klienta, která se často mísila s rolí nadřízeného, tedy někoho, kdo mohl dávat příkazy, případně kárat za jejich nedodržení. Tím, že kavárna je závislá na výdělku, může tímto také docházet ke střetu zájmů.

### 6.3 Úzkostné stavy spojené s pracovní rehabilitací

Hovoříme-li o úzkostných stavech spojených s pracovní rehabilitací, předpokládáme, že jsou to ty samé potíže, které člověka potkávají i v běžném zaměstnání. A patologická úzkost takových potíží dokáže vyprodukovat opravdu hodně. Zůstaneme-li u lidí se schizofrenií, tak jejich samotné onemocnění, zejména negativní příznaky, má veliký vliv na pracovní výkon. Ne nadarmo tato diagnóza končí často invaliditou nejvyššího stupně. Protože „...*potíže a poruchy při práci jsou výrazem celkové osobnosti.*“ (Horneyová 2000, s. 289)

Troufám si tvrdit, že právě komorbidita s úzkostnou poruchou je jednou z největších příčin potíží se zaměstnatelností takto nemocných. Pěč (2009) udává, že zaměstnanost nehospitalizovaných, dlouhodobě duševně nemocných, ale stabilizovaných nepřevyšuje 10 %, ačkoliv většina pracovat chce. Procento zaměstnanosti je v tomto případě nižší než u tělesně postižených.

Spektrum neurotických (úzkostných) potíží vzhledem k zaměstnání je velké, a ne všechny tyto potíže jsou na vědomé úrovni. Projevují se buď v nízké kvalitě a produktivitě odvedené práce, nebo právě projevem psychických nesnází, jako únava, vyčerpanost, úzkost, strach, panika, podrážděnost, až agrese (Horneyová 2000).

Během pracovní rehabilitace v tréninkové kavárně mají úzkostné stavy mnoho podob. Stres během vytížených časů kavárny, velké množství objednávek, kontakt se zákazníky, kolegy, sociálními pracovníky (zde často v roli nadřízených), jsou jen příklady z mnoha. K tomu je nutno přidat intrapsychické spouštěče závislé na klientově osobnosti a míře onemocnění, jako nízké sebevědomí a negativní sebeobraz, málo zkušeností s podobným, nebo vůbec nějakým zaměstnáním, případná bludná produkce, halucinace apod. Prakticky se to projevuje třeba „zamrznutím“, kdy daná osoba v době největší vytíženosti kavárny, během nějaké rozdělané činnosti zůstala téměř nehnutě stát, neschopna pokračovat. Dále docházelo k různým nevolnostem, až mdlobám, kdy si klient musel jít sednout, různé útkové reakce pod záminkou nutnosti potřeby jít na toaletu, výrazný třas rukou, velmi pomalé tempo a výkon apod.

## 6.4 Kategorie možných spouštěčů úzkosti

Na základě dlouhodobého pozorování a analýzy polostrukturovaných rozhovorů jsem sestavil seznam kategorií a subkategorií možných spouštěčů u lidí s duševním onemocněním, zejména ve vztahu k zaměstnání, ale i mimo ně. **Pro všechny jmenované kategorie platí, že se v různé míře týká všech klientů**, se kterými jsem vedl interview, ale i všech klientů, se kterými jsem se během svého působení v tréninkové kavárně potkal.

### 6.4.1 Kategorie „Lidé“

Ostatní lidé patří k nejčastějším spouštěčům úzkosti vůbec. V teoretické části popisují, jak lidé s duševním onemocněním často selhávají v sociální oblasti, zejména ve vztazích s druhými lidmi. Jiní lidé jsou pro takto nemocné často domnělým zdrojem ohrožení. Protože se jim nelze vyhnout, jsou dle mého názoru logicky nejčastějším spouštěčem, hned po intrapsychických spouštěčích úzkosti. Kategorie lidí je rozdělena na několik subkategorií.

#### 6.4.1.1 Subkategorie „Zákazníci“

Velmi častá příčina úzkostných stavů v rehabilitaci. Všech pět sledovaných klientů udávalo zákazníky jako zdroj obav v různé míře. Tato subkategorie by se dala ještě dál dělit na určité typy zákazníků, jako přísný typ zákazníka, podnapilý zákazník, verbálně agresivní zákazník apod.

#### 6.4.1.2 Subkategorie „Kolegové“

Pro některé klienty byli zdrojem úzkosti kolegové v rehabilitaci. Většinou se však jednalo o první dny tréninku. Tyto obavy časem ustupovaly a kolegové se stávali často přáteli. Z praxe však lze předpokládat a počítat s tím, že v zaměstnání mimo rehabilitaci, na otevřeném trhu práce, mohou být „zdraví“ noví kolegové silným zdrojem obav.



#### 6.4.1.3 Subkategorie „Nadřizení“

Sociální pracovníci v roli nadřizených se často setkávali s tím, že u některých klientů vzbuzovali přehnaný respekt či byli příčinou různých strachů. Autorita bývá zdrojem úzkosti i u populace bez duševního onemocnění.

#### 6.4.1.4 Subkategorie „Pohlaví“

Zejména u klientů mužského pohlaví, ale nejen u nich, rozhoduje, jakého pohlaví je člověk nebo lidé, kteří stáli u zdroje úzkosti. Obava ze zákazníků – žen, byla v rehabilitaci pro klienty mužského pohlaví poměrně častá.

### 6.4.2 Kategorie „Cestování“

#### 6.4.2.1 Subkategorie „metro“

Metro se jeví jako velice silný a častý spouštěč úzkosti a fobií. Hodně lidí se schizofrenií se tomuto dopravnímu prostředku vyhýbá. Překvapilo mě množství lidí, kteří mají obavy již ze samotných schodů, které do metra vedou. Zde by byl jistě zajímavý hlubinný psychologický výklad těchto obav, se vstupem do podzemních prostor spojených.

#### 6.4.2.2 Subkategorie „ostatní MHD“

V této subkategorii jsem neshledal většího rozdílu mezi autobusem a tramvají. Významné rozdíly jsou mezi metrem a ostatními prostředky městské hromadné dopravy. Někteří klienti, kteří se bojí metra, nemají obavy spojené s autobusem a tramvají. Nešetkal jsem se s případem, kde by to bylo naopak. Navíc strachy v MHD včetně metra bývají spíše v souvislosti se sociální fobií nebo agorafobií.

#### 6.4.2.3 Subkategorie „jiné“

Cestování na větší vzdálenosti obecně se ukazuje jako výrazný spouštěč. V rehabilitaci jsem potkal mnoho klientů, kteří raději vůbec necestují, když nemusí. Kategorie „Cestování“ má spojitost s kategorií „Lidé“, neboť to bývá právě setkávání s neznámými lidmi v cestovních prostředcích, co zúzkostňuje.

#### 6.4.3 Kategorie „Stres“

Výrazný spouštěč úzkostných stavů. V tréninkové kavárně o něj nebylo nouze. Většina lidí s duševním onemocněním by měla míru stresu nejen v zaměstnání minimalizovat. Stres byl často spojen s větším počtem zákazníků v kavárně než s čímkoliv jiným. Proto je rovněž příbuzný kategorii spouštěčů úzkosti „Lidé“.

#### 6.4.4 Kategorie „Náhodné vlivy médií“

Zde jsou subkategoriemi televize, rozhlas, internet, tištěná média a jiné. Nevypisuji je zde zvláště z toho důvodu, že jako spouštěč fungují na podobném principu. Zejména u lidí s paranoidní schizofrenií, se jedná o velmi silný zdroj úzkosti, halucinací a bludné produkce.

#### 6.4.5 Kategorie „Sezónní vlivy“

Sezónní vliv jsme zaznamenávali také velmi často. Velmi výrazné výkyvy nálad, a tedy i období zvýšené úzkostnosti, jsou Vánoce. Spouštěči mohou být i různé jiné rodinné oslavy. Další vlivy, jako různá roční období, působily na různé klienty jinak. Hodně klientů bylo také meteosenzitivních.

#### 6.4.6 Kategorie „Samota“

Spouštěč úzkosti par excellence, se kterým se hodně lidí se schizofrenií utkává. Onemocnění jako takové člověka často do samoty uvrhne. Začne se chovat jinak, rozpadá se

osobnost a tím se rozpadají vztahy. Nemocnému často zbyde pouze nejbližší rodina, která se tím často stává dalším zdrojem úzkosti.

#### **6.4.7 Kategorie „Rodinné vlivy“**

Lidem se schizofrenií se často stává, že zůstanou závislí (citově, ekonomicky) na rodině. Časté je třeba to, že člověk trpící duševní poruchou zůstává v dospělosti u rodičů. To ovšem bývá příčinou různých konfliktů, nebo obav, které jsou spojené také s tím, že nemocný i rodič ví, že takové soužití není možné navždy.

## 7 DISKUZE

Výzkumná část se zaměřuje na zjištění příčin a spouštěčů úzkosti klientů během pracovní rehabilitace formou analýzy získaných dat. Hlavní úskalí při zjišťování příčin úzkosti (samozřejmě pokud nepovažujeme za hlavní příčinu onemocnění samo) byla nedostatečná znalost klientů, řekněme z psychoterapeutického hlediska. Rovněž výzkumná data v podobě interview neměla v souvislosti s příčinami úzkosti příliš vypovídající hodnotu z toho důvodu, že klienti většinou příčinu úzkosti neznají, a navíc, dle mých zkušeností, se poznání téhož spíše vyhýbají.

Místo zjištění příčin patologické úzkosti těchto lidí výsledky výzkumu poukázaly na jiný, původně nezkoumaný jev – přítomnost většiny objevených spouštěčů úzkosti u všech zkoumaných osob, resp. jejich podobnost. Analýza kategorie spouštěčů navíc vede k hypotéze, že jim všem vládne kategorie „Lidé“. Společným jmenovatelem všech spouštěčů (s jedinou výjimkou vlivu počasí) by mohly být anonymní a neosobní vztahy. Velmi dobře je to vidět v kategorii spouštěčů „Cestování“, kdy se klienti nacházejí v blízkosti druhých lidí, ke kterým nemají osobní vztah a způsobuje to nejistotu a napětí. V kategorii „Rodinné vlivy“ bývá úzkost způsobena silnou závislostí na jednom, nebo více členech rodiny, kteří jim saturují chybějící významné vztahy mimo rodinu. Tato úzkost pak vzniká při konfliktech s těmito blízkými, nebo naopak ze strachu se s nimi konfrontovat. Kategorie „Samota“ pak pochopitelně připomíná nemocným jejich neschopnost navázat osobní vztahy mimo rodinu.

Rád bych se zde zamyslel nad relevancí některých dalších získaných dat. Zúčastněné pozorování bylo jedním ze zdrojů těchto dat, které chci podrobit úvaze, zda mohlo mou přítomností mezi klienty služby dojít k jejich reaktivnímu zkreslení. Vzhledem k tomu, že klienti byli na moji přítomnost jako sociálního pracovníka zvyklí a o moji roli výzkumníka v té chvíli nevěděli, se však domnívám, že k reaktivitě v tomto případě nedocházelo. Na druhé straně, pozorování a rozhovorů se zúčastnili klienti pouze jedné sociální služby pracovní rehabilitace v rámci jedné organizace, čímž výsledek výzkumu mohl být ovlivněn. K výše zmíněným rozhovorům bych ještě rád poznamenal, že mě při jejich přepisu a analýze překvapilo to, jak se dařilo některým respondentům uniknout mým otázkám, aniž bych to zaznamenal.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala na obecné úrovni problematikou sociálně pracovní rehabilitace lidí s psychiatrickým onemocněním schizofrenního okruhu. Užší zaměření se týkalo stavům úzkosti těchto lidí, spojených se zaměstnáváním a prožívání úzkosti obecně. Konkrétním cílem této práce bylo zjistit příčiny a spouštěče úzkosti u pěti klientů sociálně pracovní rehabilitace v tréninkové kavárně.

V teoretické části je popsáno samotné onemocnění schizofrenního okruhu a jeho častá komorbidita s patologickou úzkostí. Dále je zde popsána úzkost jako pozorovaný jev z hlediska několika vědních disciplín, jako psychologie, psychoterapie a filozofie, a rovněž také patologická úzkost z hlediska psychiatrie. V další části se píše o tématu sociální rehabilitace a jejích podobách. Způsob práce s danou klientelou je zde nahlížen optikou terapeutického paradigmatu sociální práce.

Empirická část byla zaměřena na analýzu získaných dat vzhledem ke stanoveným cílům práce. V průběhu práce jsem zjistil, že na důkladné vyšetření příčin úzkosti lidí se schizofrenií je formát bakalářské práce a způsob výzkumu nedostačující a je proto více zaměřena na popis spouštěčů úzkosti a vznik interpretativních případových studií. Výzkum by se mohl o tuto skutečnost, zkoumání samotných příčin úzkosti, rozšířit v navazující diplomové práci. Na druhou stranu se výzkumem podařilo sestavit kategorie spouštěčů úzkosti, které se týkaly všech zúčastněných participantů a dá se předpokládat jejich platnost i u většiny ostatních lidí s podobnými obtížemi. Důležité bylo zjištění spojitosti většiny těchto spouštěčů a určení hlavní kategorie – „Lidé“, se kterou ostatní spouštěče významně korelují.

Tato práce by mohla být užitečná sociálním pracovníkům a terapeutům sociální rehabilitace pracujícím s lidmi s psychiatrickou poruchou schizofrenního okruhu. Ukazuje, jak složitá je situace lidí s tímto onemocněním v jejich životě a sociálním fungování a stejně tak, jak složitá je práce s nimi, aby jim pomohla.

## Literatura

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 4., nezměn. vyd. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1966-8.

HEIDEGGER, Martin. *Bytí a čas*. 2., opr. vyd. Praha: Oikoymenh, 2002. Knihovna novověké tradice a současnosti. ISBN 80-7298-048-3.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

HORNEY, Karen. *Neuróza a lidský růst: zápas o seberealizaci*. Praha: Triton, 2000. ISBN 80-7205-715-4.

KAST, Verena. *Úzkost a její smysl*. Praha: Portál, 2012. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-0160-1.

MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-331-4.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

*Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Bomton Agency, 2008-. ISBN 978-80-904259-0-3.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.

MORSCHITZKY, Hans a Sigrid SATOR. *Deset tváří úzkosti: svépomocný program v sedmi krocích*. Praha: Portál, 2014. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-0688-0.

NAKONEČNÝ, Milan. *Encyklopedie obecné psychologie*. 2., rozš. vyd., v Akademii vyd. 1. (1. vyd. v nakl. Vodnář pod náz. Lexikon psychologie). Praha: Academia, 1997. ISBN 80-200-0625-7.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Naléhavé stavy v psychiatrii*. Praha: Maxdorf, c2014. Jessenius. ISBN 978-80-7345-425-8.

PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. V Praze: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.

PLHÁKOVÁ, Alena. *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia, 2003. ISBN 9788020014993.

PRAŠKO, Ján. *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-997-6.

PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.

RÖHR, Heinz-Peter. *Cesty z úzkosti a deprese: o štěstí lásky k sobě samému*. Praha: Portál, 2012. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-0073-4.

TILLICH, Paul. *Odvaha být*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 2004. Cogitatio religionis. ISBN 80-7325-016-0.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

VONDRÁČEK, Vladimír. *Fantastické a magické z hlediska psychiatrie*. 3.vyd., 1.vyd.v nakl.Columbus. Bratislava: Columbus, 1993. ISBN 80-7136-030-9.

## **Cizojazyčná literatura**

HARNOIS, Gaston a Phyllis GABRIEL. *Mental health and work: impact, issues and good practices*. Geneva: World Health Organization, 2000. ISBN 9241590378.

## Zdroje z internetu

Ministerstvo práce a sociálních věcí. Sociální práce a sociální služby [online]. Praha, 2012 [cit. 2018-07-24]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/13929>

WAGHORN, Geoff and LLOYD, Chris. *The Employment of People with Mental Illness*, Advances in Mental Health, February 2010. Available from: [http://www.researchgate.net/publication/43449583\\_The\\_Employment\\_of\\_People\\_with\\_Mental\\_Illness](http://www.researchgate.net/publication/43449583_The_Employment_of_People_with_Mental_Illness)

## Diplomová práce

VRBOVÁ, Kristýna. *Úzkostná komorbidita, sebestigmatizace a rysy osobnosti u schizofrenní poruchy*. Olomouc, 2017. Doktorská disertační práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Lékařská fakulta.



## **Seznam příloh**

Příloha číslo 1 Rozhovor s Ivanou

Příloha číslo 2 Rozhovor s Tomášem

Příloha číslo 3 Rozhovor s Damiánem

Příloha číslo 4 Rozhovor s Miluší

Příloha číslo 5 Rozhovor s Lindou

## Přepis rozhovoru č. 1 s Ivanou

*Pokusila byste se popsat pocity úzkosti, pokud nějaké jsou, se kterými se v běžném životě setkáváte?*

I obavy to mohou být?

*Ano, i obavy, případně zda jsou přítomny stále, nebo občas?*

No třeba večer spíše nejsou. Ale nejhorší je ta obava, strach přímo, úzkost, když mám vyjít ven z bytu a jít někam, třeba sem (Centrum denních aktivit organizace ESET – HELP, pozn. autor). Ale když už vyjdu a vydržím třeba to metro, z kterého mám velké obavy a dojedu sem, tak to opadne. Ale ty obavy jsou nepříjemný a jsou silný, teda a ta úzkost taky je silná.

*A projevuje se jak?*

No, já se schoulím a přikryji se dekou. Celá se zakryji, abych byla ve tmě a snažím se spát, prospat to. Někdy se to podaří, někdy ne.

*To pomáhá?*

Jo, pomáhá. Tam mám takový ostrůvek bezpečí.

*Takže by se dalo říct, že nejčastěji je vaše úzkost spojena s cestováním?*

Ano, to ano.

*Dokážete si to nějak vysvětlit?*

Já nevím, no. Já nemůžu vůbec do vlaku třeba. My jsme jeli tady s ostatními klienty do Mnichova Hradiště, tak to jsem ještě nějak zvládla, s ostatními, ale jet někam sama dál, tak to fakt nemůžu. Vůbec ne. To je hrozný. Protože od té doby, co se to stalo s bráchou, tak se léčím s nervy. Teď se to periodicky opakuje, takže no...

*Takže vlak vám připomíná tu událost? A připomíná vám to i tramvaj, třeba?*

No tramvaj tolik ne. Autobus taky ne, to je taky lepší, ale metro, to je nejhorší. Horší než vlak.

*Dobře. Máte nějaké úzkosti nebo obavy spojené se zaměstnáním, ať už v minulosti, nebo u nás v rehabilitaci?*

No. Já, když jsem tady uklízela, tak jsem si pořád říkala, že to nestihnu. To vy vlastně víte, jak jsem vám stále říkala, že to nestihnu, že mám málo času a že to musím udělat dobře a tak. Ty hlasy to právě...já...je někdy tak slyším, že jím úplně podléhám. To je hrozný. Já to mám od

dětství. Protože...já o tom nechci mluvit, protože to je hnusný, co se mi stalo, když jsem byla malá holka. A od té doby prostě...je mi zle, mluvím si sama pro sebe a takový.

*To je mi líto, Ivano...Takže úzkosti v zaměstnání způsobují hlasy a pocity že nestiháte?*

Ano. Hlavně.

*A s hlasy je spojena i úzkost při cestování?*

No já vám řeknu. Nejhorší je to v metru, když přijíždí ta souprava, tak hlasy říkají: „Skoč! Skoč!“. A já se úplně musím otočit, někde se chytit, abych to vydržela. To je hrozný, teda. No ale musím, no. Musím existovat, že jo? Tak to musím vydržet, překonat.

*Další otázka měla být, zda jste si vědoma příčin těch úzkostí, ale to jste mi už nejspíš odpověděla výše?*

Ano, ano. Víc k tomu nevím.

*Stejně tak zdroje a spouštěče úzkostí?*

Ano. Ještě nakupování třeba.

*Nakupování?*

No ano. Taky nemám ráda. Ale překonám se a jdu nakonec.

*Co vám vadí na nakupování? Tam vlaky nejsou.*

Že vůbec musím mezi lidi. Bojím se.

*Je ta úzkost spojená s lidmi?*

No asi ano. To bych řekla, že ano. Bojím se, no. Teď ty hlasy, jak mám schizofrenii...protiřečím si. Teda ty hlasy si protiřečí. Oni říkají: „No vidíš, zvládla to a nechtěla jsi jít.“ Vždycky když jdu ven, volám švagrové a říkám jí ať mi zavolá tak za dvacet minut, že jdu ven. Jestli jsem se vrátila domů. A ona říká: „Proč by si se nevrátila?“ Takže tak. Ona je psychiatrická zdravotní sestra. Rozumí tomu. Občas si o tom povídáme.

*Dobře. Děkuju mockrát za rozhovor.*

Taky děkuju.

## **Přepis rozhovoru č. 2 s Tomášem**

*Tomáši, vzpomněl byste si na začátek svého onemocnění?*

To mi bylo sedmnáct, takže asi před jedenácti lety, takže...hm...2007. Nebo 2006.

*To nemusí být přesně, děkuju. Předcházelo onemocnění něco? Nějaká závažná událost?*

Ani ne. Spíš jsme s kluky hodně pili.

*Takže se vám onemocnění spustilo po alkoholu? Nebo i jiných drogách?*

Jo.

*A jak tedy? Drogou, nebo alkoholem?*

Obojím.

*(S odstupem času, při poslechu nahrávky vzpomínám, že tón hlasu a neverbální komunikace Tomáše při odpovědích na oblast drog a vzniku onemocnění, mě odklonila od tohoto tématu a dál jsem se ho na to neptal. Nezjistil jsem tedy druh drogy, ani přesnější okolnosti vzniku onemocnění.)*

*Tomáši, chci se zeptat, zda chápete rozdíl mezi strachem a úzkostí?*

Ano.

*Zažíváte někdy pocity úzkosti, znáte je?*

Jako znám to určitě, ale v poslední době, co beru ty prášky, tak je to v pohodě. Ale třeba...já beru 2,5 Leponexu a když jsem třeba byl hospitalizovaný, tak jsem chodil k jednomu psychiatrovi a ten mi léky snížil a pak se to zase vracelo.

*Ty úzkosti?*

No, no, no, no.

*A můžete mi něco říct o těch úzkostech? Jak se to projevovalo?*

No..ježiš...Tak třeba před lety u nás bydlela sestřenice a já měl pocit, že jí mají rodiče radši než mě, nebo tak prostě. No a do toho mi ten psychiatr snížil ty léky, tak se to nějak asi nahromadilo a vrátilo se mi to.

*Takže to byla taková spíš žárlivost? A ten strach konkrétně byl z čeho?*

No...já mám pocit, že...nevím, jestli je to pravda nebo ne, ale ona se jednou ta sestřenice ptala jak dlouho mě tam chtějí mít. Nebo...abych se tam u nich neflákal, nebo něco takového. No a mě přišlo, že mě tam už nechtěj doma, tak jako...

*Tak jako z toho jste měl úzkost, jako že by vás tam už nechtěli třeba?*

No. Jakože proč nepracuju a tak. A přitom jsem se vrátil z Bohnic, jako...rodiče se o mě starají, ale já jim to chci nějak oplácet. Tak jako vařím, uklízím a venčím psa. Snažím se jim to nějak vynahradit.

*Dobře, takže ten pocit úzkosti byl spojen s tím, že byste musel opustit domov ataky třeba strach z toho, že by vás už rodiče neměli rádi?*

Jo.

*A co třeba pocity úzkosti v zaměstnání, jestli si nějaké vybavíte?*

Tak třeba v Café na půl cesty, co jsem měl. No...ale tam nás bylo hodně, jako. Jako těch barmanů...já nevím, jak bych to vysvětlil prostě.

*Zkuste. Máme čas.*

Prostě do té Café na půl cesty chodili divný lidi. Byli tam nějaký bezdomovci, kteří tam spali, nějaký feťáci. No a já mám z těchhle lidí trošku úzkost. Ale snažím se je chápat, nebo něco takového. Ale prostě někdy to nejde...

*Promiňte, že vás přerušuji, ale není tohle spíš spojené se strachem, než s úzkostí? Ta úzkost je trochu něco jiného. Jako že jste v zaměstnání, máte z něčeho obavu a nevíte přesně z čeho. Potkalo vás něco takového v zaměstnání? Nebo třeba tady u nás? Jako že uklízíte a máte stísněný pocit?*

No, já právě nevím proč, ale tady to prostě tak není.

*U nás jste naprosto bez úzkosti?*

Přesně tak.

*Ale tam to bylo (v Café na půl cesty)?*

Tam to bylo...nevím. Takové ty punkové prostě, rockeři. Tady se líp oblékáte, prostě. Je to tady takové slušnější. Tam to bylo spíš takové volnější, a navíc náš šéf, ten byl potetovaný od hlavy až k patě. Nevím, čím to, ale tady je to úplně jiný...

*Takže tam jste nějaké úzkosti měl a u nás ne?*

Jo.

*A když si vybavíte nějaké budoucí zaměstnání – vím, že chcete pracovat v kuchyni – dokážete si představit, z čeho byste tam měl obavy?*

No, možná z doby obědů, kdy je to firmol největší. To jsem zažil v restauraci. Ale v té kuchyni, to stačí pár kuchařů, jako, a ty si pomáhají. Měl jsem problémy s pamětí. Těch lístků

přišlo tolik, prostě moc, a to se pak prostě nestíhá. Minutky, hotovky...je to prostě frmol. Nevím, jak to vysvětlit (usmívá se). Ale v kuchyni mě to baví. Tam moc úzkostí nemám.

*Takže v zaměstnání vás úzkost příliš nepotkává? Tam je to v pohodě?*

Jo.

*Dobře. Jste si vědom příčin, proč úzkost zažíváte? Třeba tu doma? Nebo míváte jí vůbec ještě někdy?*

Jo, občas jo. Třeba když jsem doma sám. Tak...nebo...já mám problémy s pamětí. Na to беру nějaký prášky, Akutil se to jmenuje. Třeba párkrát za den se jdu podívat dolů do předsíně, jestli je tam zavřeno, nebo zamčeno. Furt jako se dívám, jestli jsem zamknul, nebo něco takového.

*Aha. A to děláte proč?*

No, ne jako že bych se bál, že by tam někdo byl, ale dívám se, jestli jsem nezapomněl zamknout.

*Takže taková kontrola?*

Ano.

*Takže máte takové myšlenky, které vás nutí opakovaně kontrolovat, zda jste něco nezapomněl, třeba zamknout?*

Ano. Třeba jdu sem do práce (tréninková kavárna), zamknu, jdu po schodech a říkám si zamknul jsem? Vrátím se, zkontroluji to...jednou se mi to stalo dokonce dvakrát.

*Co třeba cestování do zaměstnání? Máte s tím nějaké obtíže?*

Jako jezdím metrem, jezdím autobusem. Párkrát jsem viděl i vás. V té čepici. No a já nevím. Asi stárnu, nebo co, tak mi to nepříjde jako úzkost. Já už na tom Jižňáku žiju 28 let. Tak jako ty místa mám prolezlá, ale...no...ty úzkosti v MHD nejsou.

*A byly někdy?*

Jo, možná jo. Když jsem ještě chodil na učňák.

*Tušíte proč to tak máte, třeba s tím kontrolováním?*

Netuším.

*Takže spouštěč té úzkosti je tedy že jste doma sám a najednou přijdou vtíravé myšlenky, zda jste zamkl?*

Ano, přesně tak.

*A když nejste doma sám, jsou tam rodiče, tak to nemáte?*

No, když mám ty rodiče doma, cítím se víc v bezpečí. Ale třeba, když jsem v tom MHD a koupím si pizzu, nebo něco takového, tak se třeba hned podívám do kapsy, jestli jsem nezapomněl peněženku.

*A vám by teda nevadilo dojíždět každý den do zaměstnání MHD, třeba půl hodiny s přestupem?*

No, já bych byl v klidu, protože většinou když jedu na takovou dálku, tak poslouchám nějakou muziku, a to je prostě uklidňující.

*A kdyby ty muziky nebyly?*

No, taky bych si psal s někým na whatsappu, třeba se sestrou, nebo se švagrem, mámou, tátou. Pak bych hrál nějaké hry.

*A kdybyste zapomněl mobil doma?*

(Smích) Tak bych si vzal třeba knížku.

*Dobře, ani knížku nemáte?*

Tak nevím. Asi bych se díval z okna autobusu na krajinu, nebo něco takového.

*Ale pořád by vám to cestování nebylo nepříjemné?*

No, já nevím. Já jsem dlouho takhle nikam nejel. Vzpomínám třeba když jsem jel do Rakouska, ale to jsem poslouchal hudbu, nebo jsme se bavili s mámou.

*Ale abychom se vrátili k cestě do zaměstnání. Vždy při tom musíte poslouchat hudbu, nebo si s někým psát?*

Ona ta cesta sem je docela krátká, takže to rychle uběhne.

*Takže to zvládáte i bez muziky?*

Jak kdy. A to metro taky jezdí docela rychle v poslední době. Třeba dnes jsem šel do metra, ujelo mi a za 45 minut mi jelo další.

*Takže abychom si to shrnuli. Vy v tom MHD dokážete jezdit, aniž byste musel něco poslouchat, číst, nebo si s někým psát? Aniž byste měl nějakou nevysvětlitelnou obavu? Nebo je to trochu tak, že jste tam bez těchto věcí více na pozoru?*

No. Taky záleží, které lidi potkáte, že jo? Třeba, nějaké ty... Třeba minulý týden jsem jel do NC Chodov za mámou, do toho obrovského a v metru byl nějaký kluk, takový otrhaný, možná byl sjetý, mluvil si pro sebe, tak z takových lidí mám strach, jako. Ale většinou jsou ti lidé slušní.

*Takže to je zdroj vaší úzkosti, když je v MHD někdo takový?*

Jo, taky. Nebo když jela moje máma metrem, tak na ní nějaký cikán vytáhl nůž.

*Takže se obáváte, že by se něco takového mohlo stát v MHD i vám? To vás v metru občas napadá, že se tohle může stát?*

Ano.

*Co jezdící schody v metru? V pohodě?*

Hm...Jo, v pohodě.

*Zamyslel jste se trochu.*

Jsem si vzpomněl na jednu historku.

*A jaké schody máte radši? Jezdící, nebo nejezdící?*

Jezdící, určitě. Člověk nemusí chodit.

*Dobře Tomáši. Děkuji vám moc za rozhovor.*

V pohodě. Rádo se stalo.



## Přepis rozhovoru č. 3 s Damiánem

*Pověděli byste mi něco o své rodině?*

Máma byla na mě sama. Teda měla přítele, ale...

*Vaši se rozvedli?*

Oni nikdy nebyli moc spolu.

*Dobře. A ten přítel byl s vámi po celou dobu vašeho dětství?*

Byli dva.

*A svého otce znáte?*

Ne.

*Nikdy jste ho neviděl?*

Ne. Teda asi viděl, jako hodně malý, ale nepamatuji si ho.

*Sourozenci?*

Á...nevlastní z otcovi strany bych měl mít nějaké příbuzné.

*Byste měl mít? Ale nevíte?*

Ne.

*Vaše matka jiné děti nemá?*

Ne. Jsem jedináček. Mám pouze bratrance a sestřenice. Pak už jen babičku.

*Dobře. Vzpomínáte si na začátek vašeho onemocnění, jak to všechno začalo?*

No. Ehm. Jsem se bavil s doktorkou a paranoidní jsem byl už někdy v jedenácti. Takže hodně brzo to začalo.

*Aha. To je brzo, opravdu. A poté to nějak propuklo naplno?*

No. Stav se pomalu horšil, až jsem to nemohl zvládnout. Někdy v půlce sexty na gymplu to vygradovalo.

*Pak jste byl hospitalizován?*

Ne. Jsem odešel ze školy. Pak jsem byl dlouho doma (cca 5 let, pozn. autora) a hospitalizován jsem byl v říjnu minulého roku.

*Vybavíte si, co tomu předcházelo? Do těch jedenácti let to bylo dobré? Co se pak stalo?*

Asi stres ze školy.

*Už na základní škole?*

Ano.

*Stres z něčeho konkrétního?*

Ne. Nevím. Neznám příčinu svého stresu.

*Opravdu si nevybavíte, jestli to bylo množstvím učení, nebo požadavky na vás, nebo...*

Asi požadavky ze strany rodičů.

*Rodičů... Mámy a přítele?*

Mámy a babičky.

*Přítel matky tolik do výchovy nezasahoval?*

Ne.

*Takže myslíte, že na vás měly velké požadavky? Třeba babička?*

Babička určitě. Spolu se mnou se učila, abych šel na gymnázium.

*Aha. Takže byla taková hodně ambiciózní, ve vztahu k vám.*

Hm.

*Přejděme dál. Je vám znám rozdíl mezi úzkostí a strachem?*

Ano.

*Zažíváte někdy úzkost?*

Ehm...mám...ani ne. Nevnímám...moc jí nevnímám. Občas mám teda úzkostlivější náladu, ale беру na to léky a ty mi pomáhají.

*Dobře, takže zkušenost s úzkostí máte, ale teď berete léky, tak je to lepší?*

Ano.

*A když úzkost máte, jak trvá dlouho? Je spojena s denní dobou, nebo nějakou činností?*

Spíš je to tak spontánní. Ze dne na den se to různě mění.

*Takže jsou dny, kdy třeba žádná úzkost nepřijde, ale pak třeba ano a vy nevíte proč?*

Ano.

*Protože jsem s vámi spolupracoval během vaší rehabilitace tady v Dendritu (tréninková kavárna), tak vím, že jsme často řešili, že jste tam v úzkosti. Mohlo to být spojené se samotnou prací?*

Na pracovišti jsem byl spíš vystresovaný, ne úzkost.

*Takže když tu úzkost máte, s čím je spojená? Co by za tím mohlo být?*

Právě že nevím.

*Kde se úzkost podle vás bere?*

*(Ticho)*

*S čím je spojená?*

*(Ticho)*

*S lidmi, nebo...*

Se životní situací.

*Se životní situací? Jakou?*

No...Hm...nemám moc kamarádů. Nemám dodělanou školu. Maturitu. Tak nějak vůbec nevím, co v životě. Nemám plány.

*A to vás přivádí do úzkosti?*

Ano.

*Není to ve spojitosti s tím, co vám někdo říká? Takovéto „co s vámi bude?“ Nebo jako bych slyšel babičku „nemáš hotovou školu...“ Nemůže to být s tímto spojené, nebo tak uvažujete sám?*

Ehm...je to spíš takové náladové.

*Ted' vůbec nevím, co si pod tím představit?*

Že je to spíš podle nálady. Že to nepropukne samo od sebe.

*Abych se vrátil k mé otázce. Vaše negativní myšlenky o budoucnosti jsou jen z vaší hlavy, nebo vám to někdo i říká?*

Jo, doma mi to taky říkají.

*Dobře. Damiáne, když cestujete MHD, třeba k nám do kavárny, zažíváte nějaké úzkostné stavy?*

Ne. Vůbec.

*Žádné obavy ve spojitosti s cestováním?*

Nemám.

*Na závěr se zeptám, ještě k těm spouštěčům úzkosti. Vy jste říkal, že jí zažíváte v souvislosti s budoucností například. Dokážete zaznamenat spouštěč takových myšlenek? Nějaká událost, cokoliv?*

Já moc nevnímám nějaké spouštěče. Spíš je to, jak se vyspím.

*Takže se ráno vzbudíte a už to tam je, ta úzkostná nálada?*

Jo.

*Protože já si vzpomínám, někdy jste po směně na závěrečném shrnutí říkal, že ráno vám bylo fajn, potom jste přišel sem a začala úzkost.*

No. Ono chvílku trvá, než se proberu.

*Jo takhle. Takže se to vleče od probuzení, akorát vy si to uvědomíte později?*

Jo.

*Dobře, Tak se budeme blížit k závěru. Nebylo vám to nějaké nepříjemné?*

Ne.

*V kavárně jste občas mluvil, že vám nedělá dobře určitý typ zákazníků?*

Spíš ten stres.

*Jednou jsme taky došli k závěru, že vám není úplně příjemné, když je kavárna plná mladých studentek.*

*(Smích)* No. Hlavně když stojí u toho pultu. To i je nepříjemný.

*Když stojí u pultu. A roznášet v takové situaci?*

V pohodě.

*Tak to je asi vše. Děkuji za rozhovor.*

Hm.

## **Přepis rozhovoru č. 4 s Miluší**

*Povíte mi něco o vaší rodině?*

A jako do jakého směru? Jako jestli zdravotního, nebo psychického? Nebo tak jako u lékaře?

*Tak jako třeba u vašeho psychoterapeuta Jakuba.*

Jako u Jakuba? Dobře. Tak tatínek umřel brzo, ten umřel v 54 letech na infarkt a byl to stavební inženýr...ehm...

*Kolik vám bylo, když zemřel?*

Mě bylo pětadvacet. Pětadvacet mi bylo, když zemřel. Umřel doma, teda. Mě doma. Takže to...ale jinak, k doktorovi nechodil, prostě bylo to najednou z čistého nebe a byl uzavřenější. Moc nemluvil, ale velice inteligentní. Jo? Ale moc toho nenamluvil. Takový uzavřenější typ člověka. No a maminka ta měla sociálně zdravotní školu, takže ona po škole dělala pečovatelku, nebo zdravotní sestru u jeptišek. Pod Petřínem. Ještě tam byly tenkrát jeptišky. A pak dělala...technické zabezpečení budov, v podstatě zásobovačku. A mamina...nechci říct, že byla uzavřená, ale nedávala moc najevo svoje emoce. Jako svým způsobem byla uzavřená taky. No a brácha, ten je o čtyři roky starší než já, a ten se oženil, já nevím, v jednadvaceti – tenkrát to bylo normální teda, a teď od revoluce podniká. Teď momentálně má penzion na Šumavě. No a ten je jako v pohodě, velice komunikativní. Takový obchodák.

*Vídáte se?*

Občas. Řekla bych, že naše návštěvy, co umřela mamina, tak se zlepšily. Že se víc jako vídáme. Vídáme se zhruba tak jednou za dva měsíce. Předtím, když žila mamina, tak jsme se třeba rok neviděli. Ale teď si zavoláme, nebo se navštívíme, nebo na oběd, nebo tak. Vídáme se teď.

*Dobře. Mohla byste mi něco říct o začátku vašeho onemocnění?*

O začátku? Tak jako, já osobně si myslím, že můj začátek onemocnění se datuje kroku 2003, kdy můj muž měl pokus o sebevraždu. A tam to nějak...jsem...od té doby, jsem se psychicky necítila moc dobře. Byla jsem strašně nespokojená. A potom odešli děti z domova. Mezitím odešel manžel v roce 2007. Pak to pro mě bylo hodně těžké období, protože děti mě už nepotřebovali a zůstala jsem sama. A v roce 2011, jsem měla teda první psychózu. A před tou psychózou jsem měla pár mánií, teda. Který jsem vždycky ustála za pomoci Jakuba. Ale potom ta poslední mánie šla do psychózy, no.

*Vy máte schizo-afektivní poruchu?*

Já mám schizo-afektivní poruchu. Někde to diagnostikovali jako schizofrenii. Pokaždé, když jsem byla v Bohnicích, protože já jsem pak byla ještě dvakrát v Bohnicích. Jsem měla psychózu, poněvadž jsem nebrala léky. A pokaždé mi dali jinou diagnózu.

*Aha.*

Jo? A to mi teď říkala paní doktorka, že ty diagnózy se strašně...že jsou každá úplně jiná.

*Takže to přišlo v pozdějším věku?*

No, mě bylo padesát, když jsem měla první psychózu.

*Do té doby jste měla akorát ty mánie?*

Akorát ty mánie, akorát ty se objevovaly tak od roku 2007, 2008, do toho 2011.

*Dobře. Chci se zeptat, jestli zažíváte úzkost v běžném životě? Jestli míváte někdy úzkost, nebo jestli nějaké strachy?*

No. Já to přisuzuji spíš tomu, že už jsem stará, že stárnu a že už jsem taková jako...jak bych to řekla...že vždycky když mám někam jít, tak se mi nechce. Ale spíš to si myslím, že je to spojené s tou nemocí, než s úzkostí. Že to není vyloženě úzkost, že bych měla strach, ale je to nechtění. Je to nechtění. Ale jako úzkost jako takovou...Neříkám, že jí občas nezažívám, ale teď konkrétně, abych vám řekla nějaký příklad, to neřeknu teda.

*Hm. Takže...*

Spíš ne. Spíš ne.

*Spíš ne, teda. Bez úzkosti. A za tím, že nechcete nikam moc chodit, za tím úzkost být nemůže? To je...*

Ne, ne. Za tím úzkost není. To si myslím, že je spojené trošku s tou nemocí.

*Dobře. A pocit úzkosti v zaměstnání? Ted' máte to nové zaměstnání a předtím jste byla tady. Tak jestli třeba tady jste měla nějaké úzkosti, obavy, strachy?*

Já bych řekla, že ne. Já bych řekla spíš, že jsem byla nervózní, někdy. Že jsem byla nervózní, to jo. Když bylo hodně lidí...nebo...taková unavenější. Ale že bych byla neurotická, to bych neřekla.

*To jste šťastný člověk. Bez úzkosti. A co cesta do práce? To vám nedělá problém?*

To mi vůbec nedělá problém.

*Metro? Autobusy?*

Ne, ne, ne.

*Lidi tam?*

Ne.

*To se vás ani nemůžu zeptat na spouštěče úzkosti, když žádnou nemáte.*

Neříkám, že jí vůbec nemám, ale já si jí neuvědomuji. Nechci říct, že jsem úplně bez úzkosti. To by bylo hodně divný, že jo? Ale já si jí neuvědomuji. Anebo jí překonám. Jo? Silou jí překonám.

*Jak se překonává úzkost silou?*

Že si řeknete, že vám nic není a jdete. (Smích)

*Vím, že meditujete. Pomáhá vám to taky v boji se strachy?*

Pomáhá mi to hodně. To rozjímání, protože to není klasická meditace, to, co dělám já. To je fakt rozjímání. A mě to fakt zklidňuje. Mě to uvolní. No možná mě to uvolní ten stres nějaký, co mám v sobě a mě to dělá hrozně dobře. Nechci zase říct, že bych byla bez stresu, ale není to tak často.

*A když už se něčeho bojíte, tak co by to mohlo být?*

(Smích) Dneska jsem o tom mluvila s Jakubem, zrovna. Bude to znít divně, jo, co teď řeknu, ale...to tam ani možná nedávejte potom...

*Je to anonymní, tak...*

Jo? Tak čeho já se bojím? Já se bojím lásky.

*Lásky se bojíte? To jsme tady řešili v rámci individuálního plánu? Vy jste měla zájem mít vztah, ale pak z toho zájmu nějak sešlo. Myslíte, že je to tím?*

Svým způsobem jo. Dnes jsme se o tom zrovna bavili s Jakubem. Je to divný. Je to zvláštní, ale je to takový strach ze ztráty.

*Já na tom nic divného nevidím. Dává mi to smysl. Protože když někoho milujeme, tak se o něj zároveň často bojíme, abychom o to nepřišli...*

A hlavně když přijdeme, tak to bolí. Tak to prostě je.

*A vy jste asi takové ztráty zažila, takže víte, o čem mluvíte?*

Víte. Upřímně řečeno, já jsem takovou ztrátu zažila ve třech, čtyřech letech, kdy mě maminka dala k babičce a já potom opouštěla mužský. Podvědomě. Abych to nezažila znova. Než aby oni opustili mě, tak jsem opouštěla já. Takový obranný mechanismus.

*Aha. A matka vás tam dala nějak na dlouho?*

Ano. Myslí, že ano. Já si to tak moc nepamatuji. Vím, že mi byli ty tři, čtyři roky. Že jsem chodila v babiččině bydlišti do školky, že jsem tam byla delší dobu, ale jak dlouho nevím. A pak jsem tam byla od osmi do třinácti. Ale to už nebylo tak jako silné, ale já si to fakt nepamatuji v těch třech, čtyřech.

*Takže ani nevíte důvod, proč jste tam byla?*

Nevím důvod. Já se na to jednou ptala maminy a ona i řekla, že si to nepamatuje.

*Dobře. Možná teda, pokud zdroj úzkosti je láska, co je spouštěč?*

Pokud budeme mluvit o té lásce, mé nedůvěře k lásce, tak to je mé vnitřní nastavení. Takže opravdu se dá říct, že zažívám úzkost z lásky. To je hodně hluboké. A ze ztráty a opuštění.

*Tak vám moc děkuji.*

Není zač.



## Přepis rozhovoru č. 5 s Lindou

*Rozumíte rozdíl mezi strachem a úzkostí?*

Ano.

*Zažíváte úzkost v běžném životě?*

Myslím, že úzkost zažívám v podstatě skoro každý den. Že každý den to je takové, že se mi jako sevře tady na hrudi. Na hrudi se mi to sevře a jsem taková jakoby...taková...taková mimo, nebo já nevím, jak to říct. A že mě to jako vykolejí, hrozně moc. Když je tady třeba moc zákazníků, tak se mi začnou klepat ruce a začnu mít tu úzkost na prsou a začne mě bolet hlava. Takže když je to tady takové, tak se mi to stává. Teď když začali zákazníci zase chodit, tak to znova začíná. Jednou denně určitě tu úzkost mám.

*Ale to jsme přešli hned k mé druhé otázce, jak to máte s úzkostí vzhledem k zaměstnání. Takže to, co jste popisovala máte hlavně tady v kavárně?*

No, tady v zaměstnání. A občas to mám doma, třeba když přijdu domů a mám někomu odepsat na nějakou zprávu, tak jsem z toho taková v úzkých, že nevím, co mám odepsat tomu člověku a strávím nad tím třeba deset minut, než odepíšu na jednu věc. No a mám to poměrně často a neberu na to žádný prášky. To jsme si říkaly s paní doktorkou, že nebudeme zase zbytečně práškovat, nebo to...

*Aha, Takže ty pocity úzkosti nejsou doma stále...ale taky každý den?*

Ehm...(ticho)...ty jo...to asi ne. To třeba obden.

*A hlavně v situacích, když máte něco udělat?*

Rozhodnout se. No možná jo. Možná každý den jo. Když se mám rozhodnout a z té nerozhodnosti vyplyne taková jako úzkost. Kdy prostě, já nevím, jak to popsat, ale je to takový hrozně zvláštní. Najednou prostě nevím, co dělat, no. Třeba teď o víkendu jsem si chtěla uklízet a vůbec jsem nevěděla co dělat dřív a byla jsem z toho taková v úzkých a radši jsem začala dělat něco jiného, než abych se soustředila na tu práci. Že mi nejde to soustředění. Ale to je něco jiného než ta úzkost.

*A jste si vědoma příčin proč to takhle máte? Ty úzkosti spojené s rozhodováním?*

No, to právě nevím. (Smích) Já si myslím, že je to trochu spojené s tím stresem, že jako...řeknu si, že je něco pro mě strašně důležitý a když je to důležitý, tak to chci mít udělané perfektně a tím pádem prostě, najednou se tam objeví ta úzkost.

*Když chcete někomu odepsat na SMS, nebo na email, tak chcete odepsat perfektně?*

No. Chci, aby to bylo srozumitelné, aby to nebyli nějaké nesmysly, které prostě ten člověk nepochopí a aby to působilo inteligentně. Aby to nebylo nějaké vágní.

*Ráda působíte inteligentně?*

Jo. (Smích)

*Což je docela závazek, že ano? Nedivím se pak té úzkosti.*

No...

*Dobře a už jsme tady asi nastínili...ty zdroje a spouštěče úzkosti jsou...*

Ten perfekcionismus. A ten stres. Že jako většinou jsem taková víc vystresovaná. Když víc faktorů na mě působí z vnějšku. Když takový jakoby tlak z venku, tlak na to, být nějaká.

*Tlak z venku?*

Třeba tady v kavárně tlak z venku jsou ti zákazníci. Že přijde spousta zákazníků, teď každý chce něco jiného, teď někdo si tam vymyslí nějakou specialitu, že chce, já nevím, dvojité lungo, takové ty věci, co běžně neděláme. Takže to jsou ti zákazníci, co mě dokážou vykolejit. (Pauza) Hlavně! Když třeba něco chtějí rychle. Tak já se hned sevřu a řeknu „ježišmarjá“, to prostě vůbec nemůžu stihnout a mám tam ještě spoustu nedodělaných věcí.

*Taky mi přijde, že chcete v tu chvíli podat nějaký dobrý výkon, který v tu chvíli znamená, aby „to“ bylo rychle.*

No.

*Že nechcete, aby na vás čekali, a ještě aby to bylo dobře?*

No.

*A pak přichází třeba to, co u vás znám, že „zamrznete“, zrovna když se to nejvíce hodí, a to vás ještě více zpomalí.*

Ano.

*Rád bych se vás také zeptal na rodinu.*

Mám matku. Tátu nemám. Táta mi zemřel, už dávno. A mám nevlastního otce.

*Vzpomínám si, že vy jste onemocněla zhruba po roce, co se to stalo s otcem?*

Ano, po roce se to stalo. Po roce se vrátila psychóza.

*Aha. Vrátila?*

No. Já poprvé jsem měla...neměla jsem diagnostikovanou paranoidní schizofrenii, ale měla jsem jenom nějaký ty úzkosti a nějaké jakoby...prostě psychózu, nebo psychotická ataka se to jmenovalo, to jsem prodělala. Tak to bylo poprvé a podruhé, co jsem byla v nemocnici, tak to už mi diagnostikovali tu schizofrenii.

*A promiňte, že se tak vyptávám, ale otec zemřel mezi tou první a druhou atakou?*

Ne. Ten zemřel ještě předtím. Ten zemřel, když mi bylo 18...nebo 20? Já si teď nemůžu vzpomenout. *(pauza)* Ten zemřel už dávno. Spadl ze střechy. Spadl ze střechy, byl v nemocnici a v nemocnici měl embolii. Nějakou krevní sraženinu, která *(velmi potichu)* ho tam potrápila.

*Hm. To muselo být těžké.*

To bylo, no. A to bylo ještě takové, že jsme jako neměli zrovna dobré vztahy, že jsem zrovna začala chodit na vysokou školu a on posílal strašně nízké výživné. Tak jsem ho požádala, jestli by nemohl dávat víc. A on říkal, že měsíčně mi nic dávat nebude víc, že k němu mám jezdit každý měsíc si pro peníze. Já jsem říkala, no tati, já třeba nebudu moc k tobě někdy dojet, budu mít třeba spoustu učení, a tak, a prostě nevyjde mi to každý měsíc k tobě jezdit. On říkal, no, tak ale já ti to nebudu dávat. No, a tak jsme byli až u soudu. A tam jsme se hrozně rozhádali a potom jako by zemřel. Takže jsme se neudobřili.

*A vaši byli rozvedeni už, v tu dobu?*

Ano. Ty už byli rozvedeni, když mi byli nějaké dva roky.

*Takže jste se ale vídali?*

No, mi jsme se vídali na střední. Na střední, myslím v druháku jsem ho kontaktovala a začali jsme se spolu bavit.

*To byla vaše akce?*

Ano. To byla moje iniciativa.

*Do té doby jste ho neviděla, od těch dvou let?*

Ne. Ani babičku.

*Pouze posílal výživné?*

Peníze posílal, ale jen asi 3000. A s tou babičkou se vídáme méně než s babičkou od mámy. Naposledy jsem jí viděla ta před půl rokem. Nejsme schopni se dohodnout kdy může a nemůže. Já jim teď furt píšu, ona bydlí s tátovou sestrou, která je hrozně vytížená. Ona dělá účetní a pořád musí něco dělat, takže je to takový, že je hrozně vytížená.

*Ještě jestli se dobře pamatují, ta první ataka byla spuštěna marihuanou a alkoholem?*

(Stydlivý smích) Já si myslím, že tam ta marihuana byla taky, no. Myslím, že marihuana, alkohol a ještě stres. Měla jsem takový atypický partnerský vztah, že jsem chodila s jedním mužem, nerozvedeným se dvěma dětma. Ty dvě děti jsem teda neviděla a ani po tom roce jsem ty děti neviděla a ani jsem nějak nechtěla. A...teď jsem zapoměla, co jsem chtěla říct. Zaposlouchala jsem se do toho, co říkali na chodbě. O čem jsem mluvila?

*Že jste měla atypický vztah.*

Jo, a ještě v bytě. V bytě jsem měla problémy. Já jsem rekonstruovala byt a ti dělníci byli strašlivě nezodpovědní a pořád tam byli nějaké problémy. Navíc děda se mi tam do toho hodně vměšoval a pořád říkal, musí to být takhle, po tvém to nebude, bude to po mém, takže to bylo taky takové nepříjemné.

*Tak to muselo být tedy stresující období. A do toho vám ještě zemřel otec?*

Ne. Ten už zemřel před tím. To už bylo dávno před tím.

*Opravdu tak dávno to bylo? Nebyl to třeba rok nebo dva?*

To bylo...já si teďka nevybavuju. Jestli 2012. Víím, že jsem byla na výšce v prváku...nebo druháku.

*A rekonstrukce byla až po výšce?*

To bylo během výšky.

*Tak to asi není tak dlouho? Opravdu ten rok dva, ne?*

Tři. Tři, možná.

*Dobře. Já vám moc děkuji. To je všechno, co jsem potřeboval zjistit.*

Není zač.

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno a příjmení autora:** Michal Hartman

**Studijní program:** Sociální politika a sociální práce

**Studijní obor:** Sociální práce se zaměřením na komunikaci  
a aplikovanou psychoterapii

**Název práce:** Problematika úzkostných stavů v sociální a pracovní  
rehabilitaci lidí s duševním onemocněním

**Počet stran (bez příloh):** 56

**Celkový počet stran příloh:** 20

**Počet titulů české literatury a pramenů:** 20

**Počet titulů zahraniční literatury a pramenů:** 2

**Počet internetových odkazů:** 2

**Vedoucí práce:** Mgr. Jakub Jan Zlámaný, Ph.D.

**Rok dokončení práce:** 2018

## **Evidenční list knihovny**

Souhlasím s tím, aby má bakalářská/diplomová práce byla využívána ke studijním účelům.

V Praze, dne:.....

Uživatel/ka potvrzuje svým podpisem, že pokud tuto bakalářskou/diplomovou práci využije ve své práci, uvedou ji v seznamu literatury a budou ji řádně citovat jako jakýkoliv jiný pramen.

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

Jméno a příjmení studenta: Michal Hartman  
 Obor studia: Sociální politika a sociální práce  
 Název práce: Problematika úzkostných stavů v sociální a pracovní rehabilitaci lidí s duševním onemocněním  
 Vedoucí práce: Mgr. Jan Jakub Zlámaný Ph.D.

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): 56  
 Počet stránek příloh: 20  
 Počet titulů v seznamu literatury: 24

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

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

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

Oborová příslušnost tématu

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

Originalita tématu a jeho zpracování

		2		
--	--	---	--	--

**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

		2		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

		2		
--	--	---	--	--

**Obsahová kritéria a přínos práce**

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

--	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

--	--	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

		2		
--	--	---	--	--

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 by autor navrhl konkrétní postupy pro sociální pracovníky tréninkové kavárny, aby se snížila pravděpodobnost úzkostných dekompenzací u klientů trpících psychiatrickými potížemi?

### **Předkládaná práce splňuje nároky kladené na bakalářskou práci.**

Obsah práce:

V prvních třech kapitolách teoretické části práce se autor nejprve zabývá definicí základních pojmů jako je schizofrenie, její projevy a typy, dále se věnuje úzkosti a úzkostným poruchám a komorbiditě schizofrenie s úzkostnými poruchami. Ve čtvrté kapitole teoretické části práce popisuje druhy sociální rehabilitace u těchto poruch a detailněji zkoumanou službu tréninkové kavárny. V empirické části za pomoci kvalitativní metodologie zkoumá tyto oblasti výzkumu: 1. Jaký byl začátek onemocnění. 2. Pocity úzkosti v běžném životě. 3. Pocity úzkosti v zaměstnání. 3. Spouštěče úzkosti. Pro zvýšení validity výsledků a pro podrobnější zkoumání využil triangulace zdrojů dat: 1. Dokumentace sociální rehabilitace 2. Semistrukturované rozhovory 3. Zúčastněné pozorování. Výsledky interpretuje pomocí 5 ilustrativních případových studií a následně kategorizace spouštěčů úzkosti.

Hodnocení:

Z teoretického hlediska autor nevynechal, dle mého názoru, nic podstatného. Kolega v teoretické části prokázal schopnost práce s odbornou literaturou a systematického shromažďování informací o daném tématu. Autor je stylisticky úsporný až heslovitý, nicméně v teoretické části popisuje všechny podstatné pojmy a teoretické koncepty spojené se studovanou problematikou. V praktické části své práce, prokazuje schopnost sesbírat data ze tří zdrojů dat a výsledky sestavit do ilustrativních případových studií, které pak následně kategorizuje. Svoji práci končí kategorizací možných spouštěčů úzkosti u klientů trpících schizofrenií v rámci sociální rehabilitace.

**Připomínky:**

**Formální:** Neshledávám závažnější nedostatky, kromě toho, že je poskromnu cizojazyčné literatury. (2 tituly.) Autor je velmi stylisticky úsporný.

**Obsahové:**

**Celkově: Ocenit musím poměrně novátorský metodologický postup a schopnost autora sestavit praktický výstup své práce, kvalitativní šetření tím nabývá rysů aplikovaného výzkumu (Podr. viz. praktická otázka k obhajobě). Práci hodnotím jako výbornou až velmi dobrou a doporučuji ji k obhajobě.**

Navrhovaná klasifikace: **výborně - velmi dobře dle obhajoby**

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Datum, podpis:





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

Jméno a příjmení studenta: Michal Hartman

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Problematika úzkostných stavů v sociální a pracovní rehabilitaci lidí s duševním onemocněním

Vedoucí/oponent\* práce: Mgr. et Mgr. Michal Slaninka, Ph.D.

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh):

Počet stránek příloh:

Počet titulů v seznamu literatury:

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

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

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

Oborová přílehavost 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	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			
--	---	--	--	--

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

Dosažené výsledky, odborný vklad, použiteľnosť výsledkov v praxi

			X	
--	--	--	---	--

Vhodnosť prezentácie záverov práce (publikácie, referáty, apod.)

			X	
--	--	--	---	--

Otázky a námety k diskusi pri obhajobe:

--

Celkové hodnotenie práce (klady, nedostatky):

<p>V teoretickej časti sa kolega Hartman venuje problematike schizofrénie, úzkosti a sociálnej rehabilitácie. Oceňujem, že sa problematike úzkosti venuje aj z filozofického pohľadu. Ukazuje, že sa tejto problematike dá venovať z rôznych perspektív. Na druhej strane by som uvítal, keby práca neposkytovala len základné informácie ohľadne týchto diagnóz, chýbajú mi v nej napríklad bohatšie informácie o spôsoboch sociálnej rehabilitácie vo svete. Preto by som privítal i viac zahraničných zdrojov k tejto problematike. Odporučil by som aj jednotný spôsob citovania internetových zdrojov v zozname literatúry.</p> <p>V praktickej časti autor skúma spúšťače úzkosti u pacientov so schizofrénomou v tréningovej kaviarni pomocou triangulácie dát, a to štúdiou dokumentácie soc. rehabilitácie, pološtruktúrovanými rozhovormi a zúčastneným pozorovaním. Navrhujem autorovi väčšiu zdržanlivosť v osobných vyjadreniach o diagnózach a v zovšeobecňovaní (z viacerých miest vyberám napr. na str. 38: "Z rozhovoru s Ivanou je jasné, že jej primárny psychotické onemocnenie je komorbidné s silnou úzkostnou poruchou." – z anamnézy sa však dozvedáme, že má diagnostikovanú schizoafektívnu poruchu, depresívny typ, tj. nejedná sa ani o schizofréniu. Str. 40: "Tomáš v tejto práci zastupuje vyhýbavý typ človeka." Dozvedáme sa pritom, že je taktiež komunikatívny a ochotný). Privítal by som tiež, keby jednotlivé výsledky obsahovej analýzy boli doložené konkrétnymi príkladmi z rozhovorov. Prácu odporúčam k obhajobe s výsledkom dobre.</p>
--

Doporučenie k obhajobe: doporučuji/nedoporučuji\*

Navrhovaná klasifikácia: 3



Datum, podpis: 24.8.2018

\* nehodící se, škrtněte