

**Pražská vysoká škola psychosociálních studií**



**PROŽÍVÁNÍ A POSTOJE LIDÍ S DUÁLNÍ DIAGNÓZOU  
KE SVÉMU ONEMOCNĚNÍ**

Bc. Saša Hašková

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Michal Slaninka, PhD.

**Praha 2018**

**Prague college of psychosocial studies**



**EXPERIENCING AND ATTITUDE OF PEOPLE WITH A  
DUAL DIAGNOSIS TO THEIR ILLNESS**

Bc. Saša Hašková

The Diploma Thesis Work Supervisor: Mgr. et Mgr. Michal Slaninka, PhD.

**Praha 2018**

**Anotace:** Tématem této diplomové práce je prožívání a postoje lidí s duální diagnózou ke svému onemocnění. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. První část autorka věnuje tématu duální diagnóza, dále se soustřeďuje na závislost a duševní poruchu. Následně se zaměřuje na dialekticko-behaviorální terapii, které jsou podrobeni respondenti výzkumného šetření. V praktické části se soustřeďuje na rozbor pěti rozhovorů metodou interpretativní fenomenologické analýzy. Autorka analyzuje prožitky a postoje, případně další významná témata spojená s jejich diagnózou.

Z výsledků této práce vyplývá, že oznámení diagnózy schizofrenie prožívali respondenti silněji, než oznámení diagnózy závislosti. V současnosti vnímají pozitivní i negativní stránky schizofrenie, cítí se s ní vyrovnání a pro tři z nich je darem. Jediný proband se schizoidní poruchou osobnosti dodnes nebyl se svou diagnózou přímo seznámen. Diagnózu závislosti před svým okolím respondenti tajili, či ji například popírali. K závislosti zaujímají spíše negativní postoje.

**Klíčová slova:** Duální diagnóza, postoje, prožívání, závislost, stigmatizace, dialekticko-behaviorální terapie

**Abstract:** This Master's thesis deals with an experience and attitude of dual diagnosis patients with respect to their illness. The text is structured into a theoretical and practical part. The former consists of theory of dual diagnosis, addiction and mental illness. Furthermore, it deals with a dialectical-behavioural therapy which is applied to the research subjects. The practical section contains a study of five interviews by the means of interpretative phenomenological analysis. The author investigates experiences and attitudes, eventually following important topics related to their diagnosis.

The results imply that a diagnosis of schizophrenia had a bigger response to the feelings of clients than a diagnosis of addiction. At the moment, they perceive both positive and negative aspects of schizophrenia, they cope with it and three of them found it as a gift. Only on proband with schizoid personality disorder was not informed of the diagnosis. The diagnosis itself was kept in secret or denied from their surroundings and rather a negative attitude was kept to the addiction.

**Key words:** Dual diagnosis, attitudes, experiencing, addiction, stigmatization, dialectic-behavioral therapy

## **Prohlášení**

1. Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou/diplomovou práci vypracoval/a samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne ..... Podpis .....

## **Poděkování**

Děkuji tímto Mgr. et Mgr. Michalu Slaninkovi, PhD. za odborné vedení při vypracování této magisterské práce, podnětné připomínky a metodické rady. Tímto bych chtěla poděkovat i respondentům mého výzkumného šetření za důvěru a poskytnutí rozhovorů nezbytných ke vzniku této práce.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b>	<b>7</b>
<b>VYSVĚTLENÍ POJMŮ</b>	<b>9</b>
<b>1 DUÁLNÍ DIAGNÓZA</b>	<b>10</b>
1.1 VYMEZENÍ A DEFINICE DUÁLNÍ DIAGNÓZY	10
1.2 ETIOLOGIE DUÁLNÍ DIAGNÓZY	10
1.3 PROBLEMATIKA DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKY	12
1.4 PREVALENCE	13
1.5 MODELY LÉČBY DUÁLNÍCH DIAGNÓZ	14
1.6 DUÁLNÍ DIAGNÓZY A JEJICH LÉČBA V ČESKÉ REPUBLICE	15
1.6.1 <i>Léčba lidí s duální diagnózou v terapeutické komunitě</i>	16
1.7 DUÁLNÍ DIAGNÓZY A JEJICH LÉČBA VE SVĚTĚ	18
1.8 VÝZKUMY PROŽÍVÁNÍ LIDÍ S DUÁLNÍ DIAGNÓZOU	19
<b>2 ZÁVISLOST</b>	<b>22</b>
<b>3 DUŠEVNÍ PORUCHA</b>	<b>25</b>
3.1 SCHIZOFRENIE	25
3.1.1 <i>Výskyt a příčiny vzniku</i>	26
3.1.2 <i>Druhy schizofrenie</i>	26
3.1.2.1 <i>paranoidní schizofrenie</i>	27
3.1.3 <i>Schizofrenie a závislost</i>	27
3.1.4 <i>Stigmatizace schizofrenie</i>	28
3.2. PORUCHY OSOBNOSTI	29
3.2.1 <i>Schizoidní porucha osobnosti</i>	29
<b>4 DIALEKTICKÁ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE</b>	<b>30</b>
<b>5 VLASTNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ – OBECNÉ ZÁSADY</b>	<b>32</b>
5.1 TÉMA A CÍL VÝZKUMU	32
5.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	32
5.3 POUŽITÁ METODA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	33
5.4 VÝBĚR RESPONDENTŮ	36
5.5 POPIS VZORKU	37
5.6 CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ	37
<b>6 SBĚR MATERIÁLU A JEHO ZPRACOVÁNÍ</b>	<b>38</b>
6.1 ETICKÉ ASPEKTY VÝZKUMU	38
6.2 OSNOVA ROZHOVORU	39
6.3 PŘEPISY ROZHOVORŮ, PRÁCE SE ZÁZNAMEM A ZPRACOVÁNÍ ROZHOVORŮ	41
6.4 ZDROJE VALIDITY	42
<b>7 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ</b>	<b>43</b>
7.1 JAK LIDÉ S DUÁLNÍ DIAGNÓZOU PROŽÍVAJÍ TO, ŽE JIM BYLA DÁNA DIAGNÓZA	43
7.1.1 <i>Prožívání oznámení diagnózy závislosti</i>	43
7.1.2 <i>Orientace v životě po oznámení diagnózy závislosti</i>	44
7.1.2.1 <i>Prožívání problémů spojených s diagnózou závislosti</i>	45
7.2.1.2 <i>Vnímání problémů spojených s diagnózou závislosti v čase</i>	45
7.2.1.3 <i>Utajování diagnózy závislosti</i>	46
7.1.3 <i>Prožívání oznámení diagnózy schizofrenie/schizoidní poruchy osobnosti</i>	47

7.1.4	<i>Orientace v životě po oznámení diagnózy schizofrenie/schizoidní poruchy</i>	48
7.1.4.1	<i>Problematika invalidního důchodu</i>	48
7.1.4.2	<i>Užívání a psychické problémy po oznámení diagnózy, či jako důsledek odsouzení sebe sama</i>	49
7.1.5	<i>Další prožívaná témata</i>	50
7.1.5.1	<i>Prožívání minulosti, aneb život byl jako sen, či svůj svět</i>	50
7.1.5.2	<i>Samota v nemoci</i>	50
7.1.5.3	<i>Víra, morálka a svoboda</i>	51
7.1.5.4	<i>Podpora okolí</i>	51
7.1.5.5	<i>Představy o normalitě</i>	52
7.1.5.6	<i>Vnímání významu současného léčebného zařízení</i>	53
7.1.5.7	<i>Závislost a stigmatizace sebe sama</i>	54
7.1.6	<i>Vnímání společných znaků závislosti a schizofrenie</i>	55
7.2	<b>JAKÉ ZAUJÍMAJÍ POSTOJE K TOMU, ŽE MAJÍ DIAGNÓZU</b>	56
7.2.1	<i>Postoje k diagnóze závislosti</i>	56
7.2.1.1	<i>Závislost není tak závažná jako jiné psychické potíže</i>	57
7.2.2	<i>Postoje ke schizofrenii/schizoidní poruše osobnosti</i>	57
7.2.2.1	<i>Schizofrenie jako dar</i>	58
7.2.2.2	<i>Přijetí nemoci, či diagnózy</i>	59
7.2.2.3	<i>Nejasnosti v porozumění diagnóze</i>	59
7.2.3	<i>Postoje respondentů ke svému okolí a postoje okolí k jejich onemocnění</i>	60
7.3.	<b>VNÍMÁNÍ VLIVU DBT</b>	62
7.4.	<b>DISKUSE</b>	63
	<b>ZÁVĚR</b>	<b>67</b>
	<b>POUŽITÁ LITERATURA</b>	<b>69</b>
	PŘÍLOHA Č. 1	I
	PŘÍLOHA Č. 2	II
	PŘÍLOHA Č. 3	X

# ÚVOD

Východiska mé diplomové práce bych shrnula do dvou oblastí. První je můj již několikaletý zájem o problematiku duálních diagnóz, který vyústil v dlouhodobou stáž v Terapeutické komunitě Sejřek. V současné době pracuji v terénním programu v jedné neziskové organizaci ve Středočeském kraji, kde kontakt s klienty s duální diagnózou také není výjimkou.

Dalším zdrojem mého zájmu je rostoucí pozornost veřejnosti soustředěná na toto téma, které je stále více diskutované a stává se často důležitým tématem mnohých odborných konferencí i publikací. I přes tento vzrůstající zájem mám ale stále pocit, že je to oblast, ve které většina odborníků pracuje jen velmi nerada. Často si na tuto cílovou skupinu „netroufnou“, protože jsou pravděpodobně přesvědčeni, že nemají specifické odborné znalosti, jak s duálními pacienty zacházet. Také s touto cílovou skupinou mnohdy nechtějí pracovat, protože u ní dopředu předpokládají větší komplikace v léčbě, než u „běžných“ klientů.

Základní problematika spojená s touto cílovou skupinou, dle mého názoru, spočívá už v samotné orientaci v tématu duálních diagnóz. Nabízí se nám tak k tomu mnoho otázek, například: Kdo reálně spadá do této diagnózy? Není vlastně skoro každý závislý jedinec duální? Jak s touto širokou skupinou klientů efektivně pracovat? A co dělat s klienty s touto diagnózou, kteří z léčebného systému opakovaně vypadávají?

Nejasnosti a otázky k tomuto tématu mají, dle mého názoru, i dopad na prožívání a postoje duálních klientů k tomuto onemocnění. V mé diplomové práci na téma Prožívání a postoje lidí s duální diagnózou ke svému onemocnění se snažím tyto oblasti hlouběji prozkoumat.

Tato diplomová práce se skládá z teoretické a praktické části. V první kapitole se věnuji termínu duální diagnóza, který nejprve vymezuji, následně se věnuji jeho etiologii, diagnóze, prevalenci a léčbě u nás i ve světě. Dále se soustřeďuji na současné výzkumy prožívání a postojů lidí s duální diagnózou.



V následující kapitole se zaměřuji na problematiku závislosti, jež je součástí duální diagnózy.

Dále se věnuji tématu duševní poruchy a její stigmatizaci, která je s ní spojená. Zvláštní pozornost věnuji také oblasti schizofrenie, kterou trpí většina respondentů mého výzkumného šetření.

V další kapitole se soustředuji na dialekticko-behaviorální terapii, jenž je součástí léčby respondentů výzkumu. V rámci této kapitoly se snažím vymezit oblasti, které mohou ovlivnit výpovědi respondentů.

Ve výzkumné části se věnuji obecným zásadám výzkumu a způsobu sběru materiálu i jeho zpracování. Získaná data pomocí polostrukturovaných rozhovorů s pěti probandy následně analyzuji pomocí metody interpretativní fenomenologické analýzy. V závěru shrnuji výsledky této práce.

## Vysvětlení pojmů

### **Prožívání**

„Prožívání je nepřetržitý tok psychických zážitků (obsahů), který probíhá při různých stupních jasnosti vědomí, respektive bdělosti“ (JIRÁNEK a SOUČEK, 1969, s. 33). Tradičně mezi jeho tři hlavní složky řadíme rozum, city a vůli. Každý psychický zážitek má tudíž poznávací, motivační a citovou stránku (JIRÁNEK a SOUČEK, 1969). Předmětem prožívání může být vnější svět, stav těla i mysli, ale má také vztahový rozměr – nějak se vztahujeme k našemu okolí a dimenzi času (časovost), při které v současnosti máme na zřeteli minulost a nějak rozvrhujeme do budoucnosti. Platí zde, že při nadějiplném smýšlení do budoucna lépe zvládáme nároky současnosti (PLHÁKOVÁ, 2007).

### **Postoj**

„Sklon ustáleným způsobem reagovat na předměty, osoby, situace a na sebe sama“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2004, s. 442). Postoj je také součástí naší osobnosti a předpovídá naše myšlení, poznání, rozumnění i cítění. Jde o relativně trvalou charakteristiku jedince (HARTL a HARTLOVÁ, 2004).

### **Respondent**

Účastník výzkumného šetření, který splňuje jeho předem stanovené podmínky.

# 1 DUÁLNÍ DIAGNÓZA

## 1.1 Vymezení a definice duální diagnózy

V této kapitole se zabývám vymezením pojmu duální diagnóza. V odborné literatuře se můžeme setkat také s pojmy psychiatrická komorbidita, či komorbidita. V mezinárodní klasifikaci nemocí se ale tyto pojmy nevyskytují.

Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA, 2004, s. 94) definuje duální diagnózu dle WHO (Světová zdravotnická organizace) jako „souběžný výskyt poruchy spojené s užíváním psychoaktivní látky a další duševní poruchy u téhož jedince“.

Duální diagnózu můžeme také definovat jako:...“souběh syndromu závislosti s další duševní poruchou“(JEŘÁBEK In: KALINA, et al., 2008, s. 70).

Stejně vymezují duální poruchy i AVERY a BARNHILL, et al. (2018), kteří sem řadí jedince, jež mají minimálně dvě psychiatrické poruchy, z nichž jedna souvisí s užíváním návykových látek.

NEVŠÍMAL (2007) poukazuje na komplexní problematiku tohoto termínu. Pojem se nezabývá tím, jaká z obou poruch je primární, nezajímá se o jejich původ, ani o jejich vzájemné souvislosti.

## 1.2 Etiologie duální diagnózy

NEŠPOR (In: KALINA, et al. 2003) popisuje dvě základní schémata vývoje duálních diagnóz, která se ovšem v praxi vzájemně ovlivňují:

- Osoby trpící jinou duševní poruchou ještě před vznikem závislosti (či jinou návykovou poruchou). Do ohrožené skupiny řadíme zejména lidi s depresemi, poruchami osobnosti (zejména muži), posttraumatickou stresovou poruchou, či se sociální fobií.

- Jedinci, kteří byli závislí, či zneužívali návykové látky a další duševní porucha se jim objevila až během užívání (př. posttraumatická stresová porucha po svědectví úmrtí přítele na předávkování).

V praxi odlišujeme (JEŘÁBEK in: KALINA, et al., 2008):

- Osoby závislé na návykových látkách s psychopatologickými problémy způsobenými užíváním. Například dle stránek bohnicebezhranic.cz užívání marihuany má prokazatelnou souvislost se vznikem schizofrenie, u těchto uživatelů se také prokazatelně častěji objevují depresivní poruchy (*Popis nemoci*, 2012).
- Psychiatrické pacienty (řadíme sem jedince s diagnózami z oblasti schizotypálních poruch, poruch s bludy, afektivních poruch, či schizofrenie) užívající návykové látky ke zmírnění jejich psychického stavu. V důsledku užívání zde vzniká vyšší riziko rozvoje syndromu závislosti. Termín komorbidita je dle autora vymezen především pro tuto skupinu. NEŠPOR (2000) se též zmiňuje o tzv. sekundární závislosti, při které závislost vznikne vlivem jiné duševní poruchy. Tento autor zmiňuje pacienta, který pije alkohol, aby si tlumil své deprese.
- Jedince, kteří osobnostně vykazují abnormální projevy osobnosti a mají tendenci k syndromu závislosti.

Při užití termínu duální diagnóza, pacient může trpět závislostí i jinou duševní poruchou, která ovšem nebyla vyvolána užíváním návykových látek. Příkladem může být jedinec, který se léčí se schizofrenií a na závislosti na návykových látkách. Autor dále zdůrazňuje, že v případě sekundární závislosti i duální diagnózy je nutné léčit pacientovu závislost i duševní poruchu (NEŠPOR, 2000).

Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA, 2004) mluví v souvislosti s duální diagnózou o multimorbiditě. Popisuje, že postižení jedinci často strádají po zdravotní stránce (například hepatitida typu C) i v sociální oblasti (nezaměstnanost, bezdomovectví). Zdravotní a sociální služby mnohdy nejsou pro diagnostiku těchto jedinců vybaveni, klienty přehlíží a nevědí, jak s nimi pracovat. Zařízení si pacienty mezi sebou „přehazují“ a situace klientů se nadále zhoršuje.

Také MINAŘÍK a ŘEHÁK (In: KALINA, 2008) považují špatnou zdravotní stránku komorbidního pacienta mnohdy za zásadnější problém, než jeho závislost na návykových látkách. Zmiňují infekci HIV/AIDS, která je nevyléčitelná a její léčba tak pomůže pouze ke stabilizaci jedince. Také jiná onemocnění, například hepatitida typu C v kombinaci se závislostí, mají špatnou predikci. Tito autoři také zmiňují, že léčba abstinujících jedinců mnohdy vyvolává nežádoucí účinky, které mohou vést znovu k užití návykové látky.

### **1.3 Problematika diferenciální diagnostiky**

MIOVSKÁ, MIOVSKÝ a KALINA (In: KALINA, et al., 2008) se zmiňují o problematice diferenciální diagnostiky poruchy vyvolané návykovou látkou a duševní poruchou zapříčiněnou jinými vlivy. Tento proces diferenciální diagnostiky je velmi časově i finančně náročný, avšak zásadní pro stanovení vhodné léčby.

NEŠPOR (In: KALINA, et al. 2003) si všímá, že závislost na návykových látkách (či toxická psychóza, odvykací stav aj.) může mít podobné vnější projevy jako například schizofrenie, či porucha osobnosti. Na druhou stranu závislost často může jinou duševní poruchu překrývat. Diagnostika jedince po jedné schůzce je tedy velmi nepravděpodobná, napomáhá tomu i fakt, že například u diagnostiky závislých s depresemi se doporučuje měsíc abstinence. Na depresi totiž mohl mít vliv odvykací stav, či například tělesné problémy jedince, které jsou způsobené závislostí.

Psychotická porucha vyvolaná psychoaktivními látkami je charakteristická tím, že se psychotické příznaky objeví do dvou týdnů od začátku abstinence, trvají déle než dva dny a jsou kratší než půl roku. Často poruchu způsobuje zneužívání budivých látek jako například halucinogenů, nebo pervitinu (*Popis nemoci*, 2012).

Podle NEŠPORA (In: KALINA, et al., 2003) mezi časté komplikace u diferenciální diagnostiky řadíme například pocity studu za svou závislost, které jsou typické zejména pro osoby ženského pohlaví. Stud klientky často vede k zamlčení závislosti a k prezentaci pouze svých duševních problémů. Důležitým faktorem je zde tedy sociální stigmatizace, která vede pacienty k menším potížím s přijetím jiné psychiatrické diagnózy, než s přijetím diagnózy závislosti.

Zásadní předpoklady pro stanovení správné diferenciální diagnostiky pacienta stanovuje MIOVSKÁ, MIOVSKÝ a KALINA (In: KALINA, et al., 2008):

- Absolvování psychologického vyšetření, jež se zaměřuje na osobnost i výkonové schopnosti pacienta.
- Zamezení požívání návykových látek a přehled o časovém odstupu od poslední intoxikace (zásadní kritérium při diagnostice toxických psychóz).
- Získání podrobné individuální i rodinné anamnézy jedince.
- Obeznamení se se zdravotnickou dokumentací.
- Podrobení se toxikologickému vyšetření pacienta, aj.

Vodítkem ke stanovení správné diagnózy může být vývoj duševní poruchy při prokazatelné abstinenci. Oproti tomu rychlé zlepšování nasvědčuje poruchu vyvolanou návykovou látkou. (NEŠPOR, 2000).

## 1.4 Prevalence

Tims, et al. (cit. dle KALINA, et al., 2008) uvádí prevalenci psychiatrické komorbidity u drogově závislých pacientů přijatých do léčby:

- porucha osobnosti (44%),
- psychosexuální dysfunkce (40%),
- zneužívání alkoholu (39%),
- afektivní poruchy (29%),
- generalizovaná úzkost (34%),
- fobie (28%), aj.

Jednotlivci mohou trpět více poruchami současně, proto je celkové číslo větší než 100%.

V psychiatrii je komorbidita spíše pravidlem, než výjimkou. Jedinci primárně užívající návykové látky mívají typicky minimálně jedno psychiatrické onemocnění, zatímco lidé

s primárním psychiatrickým onemocněním mívají i závislostní poruchu (AVERY a BARNHILL, et al. 2018).

Studie realizované v zahraničí se s komorbiditou setkávají u 30-50 % uživatelů návykových látek (EMCDDA, 2004).

V České republice byla provedena studie v léčebných zařízeních občanských sdružení SANANIM. Duální diagnóza byla indikována u 35,5% problémových uživatelů drog. Míra prevalence byla zjišťována u 200 osob (MRAVČÍK, et al., 2002):

- Poruchy osobnosti (14 %),
- depresivní syndrom (7 %),
- úzkostný a fobický syndrom (6 %),
- paranoidní syndrom (3,5 %),
- poruchy příjmu potravy (3,5 %).

NEVŠÍMAL (2007) řadí mezi nejčastější komorbidní pacienty terapeutické komunity Magdaléna klienty, kteří trpí emočně nestabilní a disociální poruchou osobnosti. Mnohdy se zde objevují jedinci se schizofrenií a psychotickou poruchou, méně časté jsou poruchy nálad, poruchy příjmu potravy a nejméně se zde vyskytovaly úzkostné poruchy. Výjimečně se zde objevili klienti s organickým poškozením mozku.

## 1.5 Modely léčby duálních diagnóz

V této podkapitole se věnuji různým přístupům k léčbě lidí s duální diagnózou. Mezi nejznámější modely řadíme následný, souběžný, či integrovaný přístup k léčbě, které bych v dalším textu ráda představila.

Při následné (sukcesivní) léčbě se poruchy léčí odděleně od sebe, jedna po druhé (KALINA a VÁCHA, 2013). MIOVSKÁ, MIOVSKÝ A KALINA (In: KALINA, 2008) se zmiňují, že jedinec častěji začne nejprve řešit závislost z důvodu její větší urgency, což může vést například k omezení léčby v příslušném zařízení, či zvýšemu riziku odejít z programu předčasně, popřípadě malému zisku z léčby.

Při souběžné (paralelní) léčbě se klient věnuje oběma poruchám sice současně, ale v různých zařízeních (KALINA a VÁCHA, 2013). Klient si díky tomuto rozdělení oblastí nemoci do různých služeb lépe uvědomuje potřebu věnovat se oběma problémům současně. Tento typ léčby ovšem klade vyšší nároky na komunikaci a kooperaci mezi zařízeními. Služby musejí mít přesně stanoveny, čemu se klient bude v kterém zařízení věnovat (NEVŠÍMAL, 2008). FOX, et al. (2011) si všímá, že komunikace, která je často v rukou klienta, jenž ovšem v důsledku nemoci nemusí být schopen tuto potřebu dostatečně naplnit.

Integrovaná léčba poskytuje komplexní léčbu v rámci jedné služby. Užívání návykových látek a psychické poruchy člověka jsou zde vnímány jako problémy, které jsou v úzkém vztahu, v němž se vzájemně propojují a tvoří celkový obraz klienta (KALINA a VÁCHA, 2013). Problematika přístupu dle výše zmíněných autorů souvisí se zapojením psychiatra do integrované léčby zejména kvůli časté vzájemné netoleranci psychiatricko-medicínského a psychosociálního paradigmatu. Dodávají, že psychofarmaka ovšem nemusejí být nezbytná pro všechny pacienty s duální diagnózou.

AVERY, BARNHILL, et al. (2018) považují integrovaný přístup za nejefektivnější model léčby pro jedince s duální diagnózou. Dále má dle těchto autorů klíčový význam based on evidence přístup (založený na důkazech) a soustředění se na všechny relevantní diagnózy nemocného.

Integrovanou léčbu poskytuje i speciální program pro klienty s duální diagnózou, který postupují probandi mého výzkumného šetření.

## **1.6 Duální diagnózy a jejich léčba v České republice**

Ještě v roce 2013 se v České republice primárně na léčbu lidí s duální diagnózou zaměřovala pouze jedna komunita, jež nabírala i klienty, kteří byli v jiných zařízeních neúspěšní. Tato terapeutická komunita preferuje volnější režim a těší se dobré pověsti (KALINA a VÁCHA, 2013). Terapeutická komunita Sejšrek přijímá klienty obou pohlaví, kteří jsou závislí na nealkoholových drogách, nebo klienty trpící duální diagnózou. Léčba trvá 8 - 13 měsíců, kapacita komunity je 18 míst (*Základní informace*, 2008).



KALINA (2008) se zmiňuje, že výskyt duálních diagnóz byl jedním z motivů reformovat klasickou formu hierarchicky pojatých komunit. Autor upozorňuje, že tito klienti nejsou ničím neznámým, pouze jsme jim dříve nevěnovali tolik zájmu. Také mnohokrát nebyli tito klienti přijati kvůli své psychiatrické anamnéze, nebo prošli neefektivní léčbou a tak z ní často vypadli.

KALINA a VÁCHA (2013) také zmiňují specializovaná oddělení pro léčbu závislostí v psychiatrických nemocnicích a považují je za vhodná zařízení pro integrovanou léčbu lidí s hlubší formou duální diagnózy. Problém však vidí v krátké době hospitalizace (3.-4. měsíce), během které se pacient stihne zaměřit především na svou závislostní problematiku, avšak svou druhou diagnózu upozadí.

Stejní autoři (KALINA a VÁCHA, 2013) také upozorňují na dlouhodobý problém s umístěním klientů s vážnou formou duální diagnózy. Tito lidé se ocitají mezi systémem léčby závislostí a léčby psychických poruch. Podle autorů tato specifická skupina potřebuje speciálně zaměřené odborné pracoviště, které jim zajistí účinnou léčbu. Autoři vyzývají k jeho realizaci. Potřebu takového odborného pracoviště vidí u závislých klientů trpících schizofrenií, či bipolární afektivní poruchou.

FOX, et al. (2011) si také všímá rozdílných přístupů adiktologických zařízení a institucí pro duševně nemocné. Zatímco v adiktologii se prosazuje především konfrontační přístup, tak při léčbě duševně nemocných se setkáváme zejména s podpůrnou léčbou. V adiktologii jsou také běžnou součástí podpůrné skupiny, ale v oblasti léčby duševně nemocných je tato pomoc nabízena jen velmi zřídka. Lidé s duálním onemocněním tak musejí balancovat mezi těmito dvěma odlišnými oblastmi. Autor vyzývá k mezioblastnímu řešení dané problematiky, abychom ušetřili klientům síly potřebné k jejich uzdravení.

### 1.6.1 Léčba lidí s duální diagnózou v terapeutické komunitě

V následující podkapitole se zabývám oblastí léčby duálních diagnóz v prostředí terapeutických komunit. Nejprve se věnuji dopadům a možnostem řešení terapeutického týmu při léčbě klienta s touto problematikou, dále se soustředím na kapacitní možnosti terapeutické komunity.

KALINA a VÁCHA (2013) shrnují několik dopadů na terapeutický tým při léčbě klienta s duální diagnózou v terapeutické komunitě. Například terapeuti tíhnou k zamítání „problematičtých klientů“ a raději vyhledávají klienty s méně komplikovanou anamnézou, dále vnímají potřebu edukace v oblasti duálních diagnóz, také cítí zvýšené napětí při řešení složitějších problémů, či se potřebují více rozhodovat týmově o klientech s duální diagnózou.

Klienti terapeutické komunity vnímají klienta s duální diagnózou jako sobě rovného a chtějí po něm víc, než je v jeho aktuálních možnostech. Klient s duální diagnózou má pak tendenci hledat oporu ve svém garantovi, či u klientů s podobnými obtížemi. V komunitě se tak vytvářejí koalice, které mohou brzdit terapeutický proces (NEVŠÍMAL, 2008).

KALINA a VÁCHA (2013) se vyjadřují speciálně k problémům terapeutických komunit s integrovaným přístupem k léčbě. Nevidí řešení problematiky v rozvolnění režimu a pravidel, ale kladou důraz na citlivý individuální garantový přístup ke klientům, na zmapování a uznání klientových hranic způsobených psychickou poruchou a úzkou spoluprací s psychiatrem.

Podstatná je také vyšší podpora klienta v citlivém sdělování věcí z garantových pohovorů ve skupině. Také zmiňují, že výjimečné postavení „problematičtého“ klienta může vést k vyšším nárokům, či agresi ze strany skupiny (KALINA a VÁCHA, 2013).

Problematickým tématem je v této souvislosti také podíl klientů s duální diagnózou v terapeutické komunitě. Dle některých terapeutů se považuje jedna třetina lidí s duální diagnózou jako horní hranice z celkového počtu klientů. Autoři (KALINA a VÁCHA, 2013), ale uvádí, že v případě úspěšné léčby se mohou tito klienti novému prostředí dobře přizpůsobit. Obecně “prý” platí, že projevy psychické poruchy nesmí překročit hranice terapeutické komunity a terapeutického týmu.

Mezi nově vzniklé zařízení pro tuto klientelu patří i speciální pobytový program pro lidi s duální diagnózou v neziskové organizaci ve Středočeském kraji, ve kterém byli zapojeni všichni respondenti mého výzkumného šetření.

## 1.7 Duální diagnózy a jejich léčba ve světě

V Severní Americe jsou léčebná zařízení pro tuto skupinu chorob zpravidla přeplněna a tak bývají k dispozici pouze pro jedince v akutní situaci, či v krizi. Situaci ještě zhoršuje nedostatek odborného personálu zaměřeného na problematiku duálních diagnóz (DOM a MOGGI, et al., 2015).

Výjimku tvoří efektivní soukromé léčebné programy, které jsou ale dostupné pouze menšinové části populace. Také detoxifikace a rezidenční léčba je v těchto oblastech dostupná výhradně v soukromých zařízeních a je založena na principu abstinence (DOM a MOGGI, et al., 2015).

V Kanadě patří paralelní léčba mezi aktuální téma reformy systému. Pro srovnání se v Evropě tento léčebný model hojně diskutoval pár desítek let nazpátek. Rozdíly mezi Kanadou, Spojenými státy a Evropou jsou tedy markantní. Zejména v Severní Americe se stále prosazuje abstinenci paradigma (abstinence jako jediná možná léčba závislosti), oproti tomu se v Evropě soustředujeme na budování efektivních léčebných přístupů, které budou zaměřené především na zdraví a blaho jedince (DOM a MOGGI, et al., 2015).

Integrovaná léčba bývá Evropským vzorem, kterého se ovšem jen těžko dosahuje (EMCDDA, 2004) a stále je zde mnoho pacientů, pro které není dostupná (EMCDDA, 2004). Ve většině zemí Evropy je dle Evropského monitorovacího střediska pro drogy a závislost (EMCDDA, 2004) pouze několik zařízení poskytujících integrovanou léčbu, ale zejména v posledních letech dochází k zakládání mnoha nových, odborných a specificky zaměřených integrovaných programů (DOM a MOGGI, et al., 2015).

Vznik integrovaných programů se často spojuje se zaměstnáním psychiatra v zařízení pro léčbu závislosti. Psychiatrům ovšem často chybí odborná znalost, či kvalifikace nutná k tomu, aby mohli pracovat s touto specifickou skupinou. Další možností je zaměstnání odborníka na závislostní problematiku v psychiatrickém zařízení. (EMCDDA, 2004).

## 1.8 Výzkumy prožívání a postojů lidí s duální diagnózou

O'SULLIVAN, et al. (2013) se ve své výzkumné práci zaměřil na životní zkušenosti delikventů s duální diagnózou. Metodou interpretativní fenomenologické analýzy s pěti probandy odhalil několik témat, která souvisejí s autonomií, kontrolou, či identitou jedince. Nyní bych ráda některá témata blíže představila.

Probandi výzkumu například rozdělili své já na část "já" a část "ostatní". První složku spojovali s rodinou, s přáteli, či s pocity normality. Druhou část osobnosti nazvanou "ostatní" vztahovali k drogám, k delikvenci a ke svým dalším projevům, které se neshodovaly se zdravým "normálním" já. Dle těchto autorů je chybné přiřazení "nenormálnosti" mimo sebe u této skupiny běžné a volá po větším terapeutickém zpracování tématu stigmatizace duševní nemoci, závislosti i delikvence (O' SULLIVAN, et al. 2013).

Účastníci výzkumu také často popírali svou závislost i přesto, že připustili závislostní myšlení i chování. Spíše se považovali za "pouhé" uživatele návykových látek. Dle autorů pocit příslušnosti k uživatelské skupině chránil sebeúctu probandů a ti se tak mohli pozitivně porovnat s lidmi, které považovali za závislé. Užívání měli silně spojené s pocitem, že patří do nějaké komunity, naopak v psychické nemoci se často ocitali sami (O'SULLIVAN, et al., 2013).

Probandi díky negativním zkušenostem s léčbou a kvůli odmítavému postoji společnosti vůči jejich kriminální minulosti postrádali v životě pocit svobodné volby a pocit pozitivního očekávání do budoucnosti. Svým chováním, pak často revoltovali proti obecným normám společnosti (O'SULLIVAN, et al. 2013).

Naopak v oblasti terapie zdůrazňovali nutnost vlastní volby a nařízenou léčbu shledávali jako neefektivní. Autoři na základě toho doporučují, aby se ve forenzní terapii kladl větší důraz na vlastní autonomii jedince, která vede k pocitům větší kontroly i zodpovědnosti za svou léčbu (O'SULLIVAN, et al. 2013).

Celkově respondenti hodnotili hospitalizaci negativně, i přesto zde ale viděli prostor pro sebereflexi, pro hlubší poznávání sebe sama i svých životních zkušeností. Probandi během léčby plánovali i svou budoucnost. Měli v úmyslu si založit rodinu, chodit do práce a současně s tím přijmout své nově vzniklé sociální role. Tyto nadějně plány byly v kontrastu s jejich zmíněnými pocity vrženosti a s negativními vyhlídkami do budoucna (O'SULLIVAN, et al. 2013).

KNIGHT, et al. (2003) se zaměřuje na téma stigmatizace a životní zkušenosti lidí se schizofrenií.

Účastníci výzkumu mají negativní zkušenost spojenou se stigmatizací ze strany rodiny, kamarádů, lékařů, policie, ale i společnosti jako celku. Ta vůči nim zaujímal stereotypní postoje, měla předsudky. Například měla strach z napadení schizofrenikem a diskriminovala je i na trhu práce. Probandi pak mnohdy hledali pomoc u rodiny a přátel, kteří je ovšem odsuzovali nejčastěji (KNIGHT, et al., 2003).

Často svůj současný stav srovnávali se svým dřívějším životem bez nemoci. Ten vnímali jako normální, plný různých možností a jako šťastné období, které nelze vrátit zpět. Někteří si ovšem všimli, že jim nemoc nabízí možnosti intelektuálního a osobního rozvoje i pocit určité svobody. Také společnost dalších lidí s touto nemocí vnímali jako více respektující a přátelskou. Zároveň ale stále toužili po tom být součástí "normální" společnosti (KNIGHT, et al., 2003).

Se svou nemocí se vyrovnávali různě. Mnozí ji přijali pasivně na základě "přidělení" nemoci od někoho jiného (například lékař), pro jiné byla nemoc neustálý boj o to, aby jim bylo líp. Někteří se přijetí nemoci a konfrontace s ní bránili tím, že se vyhýbali svému okolí, čímž ale jen zvýšili své sociální vyloučení. Jiní svou nemoc tajili kvůli obavám z reakcí okolí (KNIGHT, et al., 2003).

HOWE, et al. (2013) zkoumá zkušenosti lidí se získáním diagnózy schizofrenie a tématem stigmatizace nemoci metodou interpretativní fenomenologické analýzy.

Výsledky jeho zkoumání odhalují, že se probandi většinou mluvením o své diagnóze vyhýbají především z důvodu strachu z její větší stigmatizace. Tento strach vede postižené jedince k

utajování své nemoci před okolím, což dotyčné paradoxně izoluje od blízkých, u kterých by mohli hledat potenciální oporu (HOWE, et al., 2013).

Společnost podle těchto probandů vnímá schizofrenii jako škodlivější a bolestivější onemocnění, než jiné duševní nemoci. Také jsou toho názoru, že tento jejich obraz bývá často podporován i medií. Ve filmech jsou například častými pachateli násilí lidé, kteří trpí schizofrenií (HOWE, et al., 2013).

Výzkum došel také k tomu, že se respondenti mnohdy také setkali s odborným personálem, který se ve snaze snížit pocit stigmatizace ostýchal onemocnění jasně pojmenovat. To mělo vliv na celý proces oznámení diagnózy, který jedinci popisovali velmi nejasně. Ve výsledku svému onemocnění rozuměli jen velmi málo. O nemoci byla bohužel často špatně edukována i celá rodina. Naopak však respondenty nedostatek informací a touha vědět víc mohla vést k hledání opory například i u sebepodpůrných skupin (HOWE, et al., 2013).

Výsledky výzkumu dále ukazují, že odmítání, či přijímání diagnózy se často stává součástí identity trpícího jedince. Někteří diagnózu vnímají jako úlevu, možnost najít vhodnou pomoc. Jiní ji berou jako něco, co může konečně popsat vše, co se jim děje dlouhodobě a co si nedovedou jinak vysvětlit. Naopak popírání nemoci může souviset se stigmatizací sebe sama, či s odmítáním patřit do skupiny dalších jedinců s touto diagnózou (HOWE, et al., 2013).

## 2 ZÁVISLOST

Rozlišujeme termíny úzus, škodlivé užívání a syndrom závislosti. Úzus chápeme jako užívání návykové látky bez zjevného poškození jedince. Oproti tomu vymezujeme škodlivé užívání, které poškozuje fyzickou, psychickou, či interpersonální stránku jedince a může vést i k syndromu závislosti (KUDRLE In: KALINA, et al., 2003).

Dle 10. Revize Mezinárodní klasifikace nemocí je závislost: "...skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná až přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuoživení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje" (NEŠPOR, 2000, s. 9-10).

Diagnóza závislosti se stanovuje v případech, že se během jednoho roku objevily minimálně tři výše vyjmenované jevy (NEŠPOR, 2000):

- Pocit puzení, či silná touha užít látku.
- Zhoršení seberegulace, zejména na začátku a na konci užití látky, nebo pokud jde o množství látky.
- Tělesný odvykací stav, který je typický pro danou látku.
- Tolerance k účinku látky, při níž uživatel potřebuje vyšší dávku, aby dosáhl stavu, který dříve zažíval s nižšími dávkami, nebo má na něj stejná dávka menší účinek.
- Zanedbávání jiných zájmů a koníčků. Uživatel tráví zvýšené množství času ve spojitosti s psychoaktivní látkou (př. získávání drogy).
- Trvajícím užíváním i přes zjevné škodlivé důsledky (př. poškození jater u alkoholiků).

VÁGNEROVÁ (2008) doplňuje, že psychoaktivní látky mohou mít různé účinky a způsobují rozličné druhy závislosti, biologické (somatické), či psychické. Somatická závislost je způsobena adaptací biologických funkcí na danou psychoaktivní substanci. Po vysazení drogy má jedinec abstinenci příznaky, které jsou pro ni specifické. Často se dle BERKOWA, et al. (1996) vyskytuje neklid, napětí a různé vegetativní projevy jako například třes.

KALINA, et. al. (2008) vymezuje fyzickou závislost na základě růstu tolerance k účinku látky a odvykacího stavu spojeného s fyzickým cravingem (bažení). Mezi látky, které vyvolávají fyzickou závislost řadí například opioidy, či benzodiazepiny.

Oproti tomu psychická závislost je typicky spojena s psychickým bažením, narušenou kontrolou užívání, či s trvajícím užíváním i přes jeho negativní následky. Tento druh závislosti vyvolává například nikotin, či amfetaminy. Autor dodává, že povětšinou se psychická i fyzická závislost rozvíjí současně, ale rozdílné látky podněcují rozvoj komponent závislosti též s rozdílnou intenzitou (KALINA et. al., 2008).

Nešpor uvádí jako příklad z praxe muže závislého na heroinu a pervitinu, který ve věku 35 let řekl: „*Prodělal jsem žloutenky B a C i psychózu, a přesto mě to neodradilo, a spíš naopak, bral jsem, abych zaplašil nepříjemné myšlenky na svůj dezolátní stav*“ (NEŠPOR, 2000, s. 21).

V této souvislosti hovoří MINAŘÍK (Závislost, 2003) o obecné tendenci vnímat fyzickou závislost jako základní problém závislosti a o snaze snižovat význam psychické závislosti. Autor uvádí, že fyzická závislost na nelegálních návykových látkách často odeznívá do několika dní, může sice ojediněle ohrozit život jedince, ale při dodržení správného medicínského postupu jedinec odvykací stav většinou zvládne.

Mnohem závažnější odvykací stav vyvolávají legální návykové látky (například alkohol, či benzodiazepiny) a pro překonání daného stavu je naprosto nezbytná hospitalizace (MINAŘÍK, Závislost, 2003).

Dále zdůrazňuje závažnost psychické závislosti jedince, která je mnohem hůře ovlivnitelná vůlí, a to opakovaně pak vede k selhávání uživatele. Jedinec často musí změnit své myšlení, vztahy i životní styl, aby mohl nejlépe za pomoci různých léčebných zařízení zdolat svou psychickou závislost (MINAŘÍK, Závislost, 2003).

VÁGNEROVÁ (2008) upozorňuje i na fakt, že dlouhodobé užívání může změnit chování a osobnost člověka a vyvolat i vážnější duševní poruchy. Zmiňuje i negativní sociální důsledky závislosti.



Druhy závislosti dle MKN10 (2008):

- Závislost na alkoholu,
- závislost na opioidech,
- závislost na kanabioidech,
- závislost na sedativech nebo hypnoticích,
- závislost na kokainu,
- závislost na jiných stimulanciích včetně kofeinu a pervitinu,
- závislost na halucinogenech,
- závislost na tabáku,
- závislost na organických rozpouštědlech,
- závislost na několika látkách, či jiných psychoaktivních látkách.

## 3 DUŠEVNÍ PORUCHA

V této kapitole bych ráda nejprve vymezila termín duševní porucha, dále se soustředím na definice a specifika poruch, kterými trpí respondenti mého výzkumného šetření.

Duševní porucha je dle Světové zdravotnické organizace (WHO): „klinicky prokazatelná změna duševní činnosti, která vyřazuje člověka z práce, společenského života či zodpovědnosti při právních úkonech; šířeji změna některých psychických procesů projevující se v chování a prožívání člověka a znesnadňující jeho interakci se sociálním okolím“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 424). Podobně na duševní poruchu nahlíží i Americká psychiatrická asociace (APA) (RABOCH a ZVOLSKÝ, et al., 2001).

V Mezinárodní klasifikaci nemocí byl dříve používaný pojem duševní nemoc nahrazen termínem duševní porucha (MALÁ In: PAVLOVSKÝ, et al., 2002), která je : „...klinicky rozpoznatelným souborem příznaků (symptomů) nebo poruchou chování, které narušují funkci a jsou často spojeny s pocity tísně“ (MALÁ In: PAVLOVSKÝ, et al., 2002, s. 23).

### 3.1 Schizofrenie

„Schizofrenie je závažná duševní porucha, která se projevuje chronickým narušením myšlení a vnímání, poruchou emotivity a osobnostní integrity“ (VÁGNEROVÁ, 2008, s. 333).

Podle LIBEGERA (In: RABOCH a ZVOLSKÝ, 2001) je to psychotické onemocnění, které má především dopad na naše chování, jednání a možnost uplatnit se v životě. Je to dlouhotrvající onemocnění s tendencí dále přetrvávat. Schizofrenie ovlivňuje také naše pracovní uplatnění, což vede k omezení i v sociální oblasti jedince. Tento aspekt se projevuje zejména ve společnostech zaměřených na výkon a individualitu jedince.

Příznaky schizofrenie se mohou vyskytovat výjimečně i ve zdravé populaci, či mohou být součástí jiných duševních nemocí. Pro schizofrenii je typický souběžný výskyt těchto příznaků a jejich značný vliv na osobnost jedince. Mezi hlavní příznaky patří poruchy myšlení (bludy, či například rozptýlená pozornost), poruchy jednání (často se například jedinec chová pro okolí nepochopitelně), či poruchy vnímání (halucinace). Po emocionální stránce jedinec zažívá obrovské vnitřní napětí, pocity odcizení od vlastní emocionality i od

okolního světa. Věci kolem něj považuje za důležité a vážné, ale zároveň jsou pro něj nejasné, či přímo předem zosnované (LIBEGER In: RABOCH a ZVOLSKÝ, et al., 2001).

Historicky označení *dementia precox*, tedy předčasná demence, získala schizofrenie v roce 1896 od německého psychiatra Kraepelina. Ten ji tak označil především proto, že při ní dochází k brzkému propuknutí nemoci (adolescence, či mladá dospělost), postupnému zhoršování kognitivních funkcí a k celkovému rozkladu osobnosti (VÁGNEROVÁ, 2008).

S chápáním nemoci jako rozkladu osobnosti, jež vede nevyhnutelně k demenci, nesouhlasil v roce 1911 Eugen Bleuler, který tak navrhl nový název schizofrenie, jež užíváme dodnes. Pojem schizofrenie má tak dnes vyjadřovat především rozpolcení osobnosti a desintegraci jednotlivých psychických funkcí (VÁGNEROVÁ, 2008).

### 3.1.1 Výskyt a příčiny vzniku

Schizofrenie se vyskytuje zhruba u 1% populace. Nemoc propuká dříve u mužů, než u žen, nejčastěji mezi 15.-35. rokem života (VÁGNEROVÁ, 2008).

Na jejím vzniku se pravděpodobně podílí mnoho faktorů, které se ovlivňují a vzájemně spolu interagují. Mezi tyto faktory řadíme dědičné dispozice, změny ve struktuře a funkcích mozku, specifické zkušenosti jedince, či vnější vlivy (VÁGNEROVÁ, 2008).

### 3.1.2 Druhy schizofrenie

V této kapitole bych ráda uvedla základní typy schizofrenie, dále se podrobněji věnuji paranoidní schizofrenii, kterou trpí většina respondentů mého výzkumu.

VÁGNEROVÁ (2008) uvádí, že mezi základní druhy schizofrenie řadíme paranoidní, hebefrenní, simplexní a katatonní schizofrenii. V praxi se ovšem často překrývají, či jedinec může z projevů jednoho typu přecházet do druhého. Mnohdy se diagnostikuje nediferencovaná schizofrenie, která vykazuje kombinaci všech možných projevů.

FORGÁČOVÁ (2015) si ovšem všímá, že v DMS-5 došlo ke zrušení klasických podtypů schizofrenie, ale zároveň i ke zpřesnění diagnostických kritérií této nemoci.

### **3.1.2.1 Paranoidní schizofrenie**

Mezi hlavní znaky paranoidní schizofrenie patří bludy s paranoidním obsahem (VÁGNEROVÁ, 2008). Jedinec je nevyvratitelně přesvědčen o tom, že jej někdo pronásleduje, chce jej zničit, či použít k nějakému vyššímu účelu atd. V důsledku pocitu ohrožení je podezíravý, vztahovačný, či patologicky žárlivý. Vzniká zde riziko, že jedinec někoho napadne v důsledku pocitu ohrožení, jež vzniká na základě výkladu své vlastní reality (VÁGNEROVÁ, 2008). U těchto jedinců se ale objevují i bludy velikášské (LIBIGER In: RABOCH a ZVOLSKÝ, et al., 2001).

Mezi další základní znaky patří halucinace, které jsou zejména sluchové. Hlasy jedinci často něco přikazují, vyhrožují mu atd. (VÁGNEROVÁ, 2008).

S výjimkou činnosti související s bludy jsou jedinci spíše emočně oploštělí, mají sníženou schopnost cíleně a uvědoměle jednat. Objevuje se nesourodé myšlení (VÁGNEROVÁ, 2008), ale také myšlení symbolické (symbolické výklady reality), či magické (například ovlivňování okolí posíláním vlastních myšlenek) (LIBIGER In: RABOCH a ZVOLSKÝ, et al., 2001). Nemoc propuká často i v pozdějším věku, i okolo 40 let (VÁGNEROVÁ, 2008).

### **3.1.3 Schizofrenie a závislost**

Přibližně polovina lidí s primární psychotickou poruchou trpí i poruchou závislosti. U většiny z nich navíc není léčena závislost, což vede ke zhoršení kontroly psychotických symptomů (AVERY , BARNHILL, et al., 2018).

Prevalence u schizofrenních pacientů se syndromem závislosti (Ziedonis, et al., in AVERY, BARNHILL, et al., 2018):

- Nikotin 70-90%,
- alkohol 34%,
- drogy 28%,
- kokain 16%,
- kanabis 6%.

### 3.1.4 Stigmatizace schizofrenie

Laická veřejnost nahlíží na lidi se schizofrenií jako na nesvéprávné, zhlouplé a nevypočitatelné jedince. Těmto osobám by se měl normální člověk vyhýbat, protože patří do „blázince“, jsou velmi nebezpeční a nikdy se stejně nevyléčí (LIBIGER In: RABOCH a ZVOLSKÝ, et al., 2001).

Tyto postoje velmi významně ovlivňují i média (například film s vrahem trpícím duševním onemocněním), ale na jejich utváření se také velmi silně podílejí i degradující poznámky v běžné řeči, či ustálené řečnické obraty (například „schizofrenní doba“) (MALÁ a PAVLOVSKÝ, 2002).

Stigma je pro duševně nemocného jedince velmi citově náročným tématem a dnešní společnost a kultura mu situaci neulehčuje, naopak stigmatizaci nemoci stále více posiluje (MALÁ a PAVLOVSKÝ, 2002).

Strach z cejchu od okolí, ale i od sebe sama pak často u pacientů vede k nepřijetí své nemoci, i přesto, že cítí, že pomoc potřebují. Pomoc pak často hledají jinde, či pokračují v jejím popírání (LIBIGER In: RABOCH a ZVOLSKÝ, et al., 2001).

Stigma také snižuje sebedůvěru lidí se schizofrenií, zhoršuje jejich uplatnění ve společnosti a na trhu práce, znesnadňuje otevřenou komunikaci jedince s okolím a tím napomáhá k jeho izolaci. Špatné zkušenosti pacienta také snižují jeho důvěru ve své okolí a mohou napomáhat k dalšímu rozvoji příznaků nemoci (LIBIGER In: RABOCH a ZVOLSKÝ, et al., 2001).

Při léčbě pacienti potřebují více času k získání důvěry odborného personálu a stigmatizace jim často zhoršuje průběh nemoci. Pacienti také často nechtějí užívat kvůli svému okolí léky, které jsou mnohdy ovšem nezbytnou součástí léčby (LIBIGER In: RABOCH a ZVOLSKÝ, et al., 2001).

Stigmatizace nemoci se odráží i v léčebné péči psychiatrů, kteří k oznámení diagnózy, či k doporučení psychiatrické léčby přistupují často velmi nejistě (MALÁ a PAVLOVSKÝ, 2002).

## 3.2 Poruchy osobnosti

Osobnostní vlastnosti těchto jedinců jsou velmi odlišné od normy. Typické jsou problémy v oblasti sociálního přizpůsobení, tito lidé upřednostňují vlastní uspokojení vůči obecným společenským pravidlům. Jejich osobnosti se liší v oblasti prožívání, chování i postojů (VÁGNEROVÁ, 2008).

### 3.2.1 Schizoidní porucha osobnosti

Tato porucha osobnosti se týká především sociální stránky jedinců, kteří mají problémy s vytvářením vztahů s druhými. Tito lidé se raději citově i sociálně stahují. Drží si od okolí odstup, aby předešli případnému zranění. Raději jsou tak v roli samotáře. Není pro ně snadné vyjádřit své emoce a na své okolí tak často působí chladně. Zároveň bývají hloubaví, mívají originální nápady a dobře se jim daří například v technických oborech, či ve vědě (PRAŠKO, et al., 2003).

Podle VÁGNEROVÉ (2008) mají tito jedinci jiné prožívání, uvažování i chování k druhým. Po citové stránce nejsou schopni projevit emoce a vůči svému okolí jsou odměření až chladní. Rádi podléhají dennímu snění a často používají svou logiku, které okolí moc nerozumí. V sociální oblasti preferují samotu, vztahům se spíše vyhýbají.

Dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (2008) jsou tyto jedinci neteční vůči pochvale, či kritice ze strany svého okolí, také jsou méně vnímaví vůči společenským pravidlům, či zvyklostem.

## 4 DIALEKTICKÁ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE

V následující kapitole bych ráda popsala dialektickou behaviorální terapii, které byli podrobena všichni klienti ze zařízení, ve kterém jsem uskutečnila výzkumné šetření této práce.

Dialektická behaviorální terapie (dále DBT) vychází z klasické kognitivně behaviorální terapie a ze zkušeností s prací s klienty s hraniční poruchou osobnosti. Dialektika se zde chápe ve smyslu rozšíření černobílého myšlení a úhlu pohledu na svět (*CHRPA – program pro klienty s duální diagnózou*, 2017) .

Klienti se učí dialektickému myšlení, učí se snášet myšlenku, že mohou existovat současně dvě zdánlivě opačné věci, protože realita je plná různých protikladů. Terapeut učí například klienty, kteří mají problémy s regulací emocí, že mohou ve stejnou chvíli být na partnera naštvaní a zároveň jej mohou milovat (VAN DIJKOVÁ, 2012).

V současné době se užívá tato metoda při léčbě lidí s poruchami osobnosti (*CHRPA – program pro klienty s duální diagnózou*, 2017) .

Dle VAN DIJKOVÉ (2012) je také DBT užitečná i například při léčbě deprese, úzkosti, bulimie, při vnímání chronické bolesti, či při problémech s nízkým sebevědomím.

VAN DIJKOVÁ (2012) se podrobněji zabývá rozdíly mezi kognitivně behaviorální terapií a dialektickou behaviorální terapií. DBT oproti KBT používá jiný jazyk, speciální techniky pro přijetí sebe sama a všímavost.

Při KBT se klient naučí mnoho technik, které mu pomohou odstranit „chybné“ myšlení, ale při DBT se klient nejprve učí přijmout sám sebe, terapeut se snaží nesoudit klientovo myšlení jako „chybné“, ale usiluje o to, aby klient své myšlení přijal a následně se naučil používat nástroje, které mu pomohou změnit chování, jež může být v určité formě problematické, či nezdravé (VAN DIJKOVÁ, 2012). KBT se také řídí specifickými postupy (například při záchvatu paniky nejprve klient projde psychoedukací a následně se učí dýchání do břicha), DBT se řídí obecnými principy, což klientovi usnadňuje vyrovnávání se s problémem. Například při bipolární afektivní poruše je snazší vzpomenout si na obecný princip, protože

vnímání klienta se „zaplaví“ spoustou problémů a vybavit si konkrétní postup je v té chvíli téměř nemožné (VAN DIJKOVÁ, 2012).

Mezi další rozdíly řadí VAN DIJKOVÁ (2012) způsob poskytnutí léčby. KBT probíhá individuální, či skupinovou formou, DBT poskytuje individuální terapii, skupinu pro výcvik dovedností, terapeutický tým a telefonní konzultace.

- Skupina pro výcvik dovedností je strukturovaný vzdělávací program, který probíhá jednou týdně. Cílem programu je rozšířit a rozvíjet klientovy schopnosti v oblastech: zvládání stresových situací, všímavosti, interakce ve vztazích a regulace emocí (VAN DIJKOVÁ, 2012).
- Telefonní konzultace s terapeutem umožňuje klientům efektivně jednat a používat nově získané dovednosti (VAN DIJKOVÁ, 2012).
- Terapeutický tým sestává z psychoterapeutů, psychiatra, sociální pracovníce a z dalších jedinců pracujících s klienty v DBT. Terapeutický tým poskytuje terapeutovi podporu, pomáhá v dalším rozvoji dovedností v práci s klienty v DBT, dále nabízí prostor pro případovou diskusi, či poskytuje objektivní zpětnou vazbu (VAN DIJKOVÁ, 2012).

Při skupinách pro výcvik dovedností je jedním z hlavních bodů snaha o lepší vnímání sebe sama a svého okolí, tedy všímavost (mindfulness). Ta vede v praxi například k dobrému zaznamenání potenciálního nebezpečí a tím i k našemu včasnému zareagování. Zaznamenané nebezpečí může být vnější (například v podobě hádky, která může spustit nežádoucí reakci), ale i vnitřní (psychické: například špatná nálada, či tělesné: například únava). Pakliže jsme schopni si tyto podněty uvědomit, tak s nimi pak můžeme lépe pracovat a lépe ovládat sami sebe. Pakliže si uvědomíme například své naštvání, tak se nám o něm bude lépe hovořit a zároveň budeme i lépe připraveni na to říct druhým, co se s námi děje a co bychom případně od nich potřebovali jinak (NEŠPOR, 2000).

V této kapitole jsem se pokusila stručně vymezení specifika DBT terapie, která používá postupy a techniky, jimiž se odlišuje od jiných přístupů v terapii. Pro mou práci je důležité zdůraznit, že se zaměřuje zejména na proces přijetí sebe sama, či na téma všímavosti. Tato terapie může, dle mého názoru, ovlivnit prožívání a postoje klientů, kteří prošli touto terapií.



## **5 VLASTNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ – OBECNÉ ZÁSADY**

V této kapitole uvádím metodické postupy, které jsem v této práci použila. Také se soustředím na etické otázky výzkumu a představím výsledky svého výzkumného šetření, kterým se budu věnovat i v diskusi a v závěru.

### **5.1 Téma a cíl výzkumu**

Cílem praktické části této práce je na základě vlastního výzkumného šetření zjistit, jak lidé s duální diagnózou své onemocnění prožívají a jaké k němu zauímají postoje. Pro naplnění cíle jsem použila metodu polostrukturovaných rozhovorů s klienty speciálního pobytového programu pro lidi s duální diagnózou v jedné neziskové organizaci ve Středočeském kraji. Rozhovory jsem dále zpracovala formou interpretativní fenomenologické analýzy. Výsledky výzkumného šetření by měly sloužit k hlubšímu prozkoumání významu této problematiky pro dané jedince.

### **5.2 Výzkumné otázky**

Na základě dvou výzkumných cílů, tedy porozumění tomu, jak lidé prožívají svou diagnózu a jaké k ní zauímají postoje, jsem sestavila následující výzkumné otázky:

1. Výzkumná otázka:

Jak lidé s duální diagnózou prožívají to, že jim byla dána diagnóza?

2. Výzkumná otázka

Jaké postoje mají lidé s duální diagnózou k tomu, že mají diagnózu?

### 5.3 Použitá metoda výzkumného šetření

Interpretativní fenomenologická analýza (dale jen IPA) usiluje o porozumnění žité zkušenosti jedince. Zajímá se o to, jak se tvoří význam žité zkušenosti jedince, díky tomu pak můžeme lépe porozumnět určité situaci, či procesu – fenoménu daného člověka (SMITH, FLOWERS A LARKIN, 2009).

Jde o idiografický přístup ke zkoumání, který se zabývá porozumněním zkušenosti konkrétního jedince (KOUTNÁ a ČERMÁK, 2013).

Její vznik je spojen s psychologií zdraví a jako původní kvalitativní přístup se rozvíjí od 90. let minulého století Jonathanem A. Smithem. Dnes se aplikuje zejména ve výzkumu v psychoterapii, klinické psychologii aj. (SMITH, 2011).

Příčinou vzniku IPA byla představa metody, která by umožnila detailní výzkum subjektivní zkušenosti jedince a současně by byla dostupná i výzkumníkům bez hlubších fenomenologických znalostí (WILLIG, 2001).

Teoretické základy IPA tvoří hermeneutika, fenomenologie a idiografický přístup (KOUTNÁ a ČERMÁK, 2013).

Při interpretativní výzkumné analýze se výzkumník snaží fenomenologicky porozumnět jedinečné zkušenosti probanda a současně si uvědomuje vliv své zkušenosti, svých náhledů na svět a vztahu mezi ním a zkoumaným jedincem na kvalitu jeho porozumnění (SMITH, 2004).

Společné sdílení probanda i výzkumníka znovu vytváří zkušenost zkoumaného jedince. Výzkumník musí být schopen obě tyto perspektivy oddělit a brát na zřetel hlavní cíl této metody, tedy porozumnění žité zkušenosti probanda (LARKIN, WATTS a CLIFTON, 2006).

Subjektivita je reflektovaná výzkumníkem, umožňuje nám vstoupit do zkušenosti probanda, ale je zároveň i nástrojem validizace ((KOUTNÁ a ČERMÁK, 2013).

IPA pracuje s hermeneutickým kruhem a tzv. Dvojitou hermeneutikou, ve které se respondent snaží porozumnět významu své zkušenosti a současně se snaží zachytit proces, jak jej

respondent utváří (KOUTNÁ a ČERMÁK, 2013).

Výzkumník zakotvuje své interpretace v datech, ale zároveň nechává otevřený prostor pro další možné výklady dané zkušenosti (PRINGLE, et al., 2011).

Hermeneutický kruh je druh interpretace, při které lze část chápat jen z celkové souvislosti a dílčí části lze porozumnět jen z jednotlivých částí celku (NØRREKLIT, 2006).

Idiografický přístup se nám ukazuje v detailním zaměření na určitého jedince. Zabývá se tím, jak člověk rozumí konkrétní situaci, či události do chvíle, než dojdeme k určitému stupni porozumnění, či interpretačnímu tvaru (SMITH, 2004).

Výzkumná otázka se zaměřuje spíše na proces a význam fenoménu, než na jeho výsledek, příčiny, či důsledky. Vzhledem k tomu, že se IPA zajímá o zkušenost, či porozumnění zkoumaného fenoménu, používá otevřené výzkumné otázky (SMITH a OSBORN, 2003).

Záměrem této metody je podrobné zkoumání žité zkušenosti jedince, a tudíž je výzkumný vzorek složený z menšího počtu respondentů, kteří dobře reprezentují zkoumaný jev (LARKIN, WATTS a CLIFTON, 2006).

SMITH, FLOWERS a LARKIN (2009) doporučují pro vypracování magisterské diplomové práce výzkumný vzorek o 3-6 respondentech. Díky tomuto počtu můžeme podrobně prozkoumat každý případ a zároveň máme prostor i pro analýzu těchto několika případů mezi sebou.

Avšak i jeden případ může během analýzy poskytnout vydatné množství informací, které může představit výzkumník formou případové studie (SMITH, 2004).

Sběr dat probíhá nejčastěji metodou polostrukturovaných rozhovorů, které poskytnou respondentovi prostor k vyjádření se k tématu, k jeho reflexi i k rozvoji vlastních myšlenek (SMITH, 2004).

Polostrukturovaný rozhovor je nejčastěji používanou metodou rozhovoru v kvalitativním přístupu, která využívá výhod strukturované i nestrukturované metody. Výzkumník nejprve

nechá probanda volně hovořit, čímž jej stimuluje a uplatňuje jeho zájem v místech rozhovoru, která jsou strukturovaná více. Stinnou stránkou této metody je právě možnost ztráty této struktury, která může vest k získání nerelevantních dat. Výzkumník si tedy nejprve předem připraví sadu otázek, či schema rozhovoru, přičemž pořadí otázek během rozhovoru upravuje tak, aby získal co nejvíce dat vztahujících se k cílům a výzkumným otázkám daného šetření, také klade zpřesňující otázky, ale současně se drží struktury rozhovoru (MIOVSKÝ, 2006).

Před rozhovorem může respondent dostat sadu otázek k rozhovoru, aby měl možnost se na něj dostatečně připravit. V průběhu rozhovoru je důležité, aby výzkumník nechal respondentovi dostatečnou volnost k vyjádření své zkušenosti, k vyjádření fenoménu, který mu přijde významný. Výzkumník bere na zřetel, že v roli odborníka na své zkušenosti je vždy respondent (SMITH, FLOWERS a LARKIN, 2009).

Výzkumník nahrané rozhovory doslovně přepíše a dbá o to, aby zachoval především jejich obsah, neverbální projevy, či prozodický doprovod zaznamenává pouze v takové míře, aby se z rozhovoru nevytratil jeho význam (SMITH, FLOWERS a LARKIN, 2009).

Cílem analýzy je odhalit témata související s fenoménem, který je předmětem zkoumání (WILLIG, 2001). Při postupu analýzy může být výzkumník tvůrčí, ale pro získání větší jistoty v rozboru se v současnosti nejvíce doporučuje analýza každého rozhovoru samostatně. Zároveň je důležité dbát na to, aby témata z jednoho rozhovoru nebyly použity k orientaci při nalézání témat v dalších rozhovorech (SMITH, FLOWERS a LARKIN, 2009).

Proces analýzy rozdělujeme do několika fází. Nejprve reflektujeme své vlastní zkušenosti s předmětem zkoumání. Tato fáze je důležitá především proto, abychom si byli vědomi své vlastní motivace k tématu, či vlastních prekonceptů a tím přispěli i k vyšší validitě výzkumu (KOUTNÁ a ČERMÁK, 2013).

Dále se zaměříme na opakovaná čtení prepisů rozhovorů, která by nás měla oslovit natolik, abychom se cítili v kůži respondenta a vnímali svět jeho očima (KOUTNÁ a ČERMÁK, 2013).

Následně si uděláme počáteční poznámky a komentáře k prepisům rozhovorů (KOUTNÁ a ČERMÁK, 2013). Při tvorbě poznámek postupujeme volně. Můžeme se soustředit například na podobnosti, či rozdíly v textu používání sloves, nebo můžeme asociovat to, co nás k textu

napadne (SMITH a OSBORN, 2003).

V další fázi se více zaměříme na své poznámky, než na přepisy rozhovoru,. Díky tomu dojde ke snížení obsahu dat, se kterými pracujeme a začnou se objevovat a rozvíjet témata respondenta (KOUTNÁ a ČERMÁK, 2013).

Následně se zaměříme na souvislosti mezi vymezenými tématy. Není nutné pracovat se všemi tématy, je dobré například vyřadit ty, která nesouvisejí s výzkumnou otázkou. Produktem této fáze může být soupis témat s jejich podtématy (KOUTNÁ a ČERMÁK, 2013).

Po první analýze zopakujeme u dalších případů stejný postup (KOUTNÁ a ČERMÁK, 2013).

Výsledky jednotlivých analýz porovnáme mezi sebou, budeme hledat vzájemné souvislosti, silná témata respondentů, shluky podobných témat atd. Výsledky lze zaznamenat například do tabulky vztahů mezi jednotlivými tématy a jejich názornými příklady u jednotlivých případů (KOUTNÁ a ČERMÁK, 2013).

Při interpretaci dbáme o to, aby se zakládala na výrazech respondenta, které doložíme jeho přímými citacemi (SMITH, FLOWERS a LARKIN, 2009).

Při prezentaci výzkumu se nejprve můžeme zaměřit na stručný popis jeho výsledků, které můžeme demonstrovat u jednotlivých případů. Další variantou je prezentace tématu skrze jednotlivé případy (SMITH, FLOWERS a LARKIN, 2009).

## **5.4 Výběr respondentů**

Respondenty pro vlastní výzkumné šetření jsem získala ve speciálním pobytovém programu pro klienty s duální diagnózou v jedné neziskové organizaci ve Středočeském kraji. Program jsem vybrala s přihlédnutím k nízkému počtu zařízení pro tyto klienty (viz podkapitola Léčba duálních diagnóz v České republice), ale i k praktické dostupnosti zařízení vzhledem k mému pracovnímu poměru v terénním programu v dané organizaci. Program je poskytován klientům, kteří prošli už i jinou terapeutickou, či poradenskou službou, tudíž mají mnoho zkušeností s terapeutickým procesem a jsou, dle mého názoru, schopni hlubší reflexe svého prožívání a postojů.

## **5.5 Popis vzorku**

V rámci mého výzkumného šetření proběhlo 5 rozhovorů s respondenty v programu pro lidi s duální diagnózou. Všichni probandi byli mužského pohlaví, protože v zařízení nebyli k dispozici žádní klienti ženského pohlaví.

Věk respondentů se pohybuje od 27 do 38 roku. Dále uvádím jejich stručné charakteristiky, které považuji za důležité pro výzkumné šetření. Délku léčby uvádím proto, že má dle máho názoru významný vliv na schopnost sebereflexe a možnost vyššího náhledu na své postoje a prožívání svých diagnóz. Identifikační údaje respondentů jsem ovšem pozměnila natolik, aby nebylo možné odhalit jejich identitu. V souvislosti s poskytováním citlivých údajů byl s klienty před začátkem rozhovoru podepsaný informovaný souhlas k výzkumu.

## **5.6 Charakteristika respondentů**

### **Respondent č. 1 (R1)**

Muž, 38 let, v léčbě 15 let.

### **Respondent č. 2 (R2)**

Muž, 31 let, v léčbě 3 roky.

### **Respondent č. 3 (R3)**

Muž, 27 let, v léčbě 11 let.

### **Respondent č. 4 (R4)**

Muž, 30 let, v léčbě 8 let.

### **Respondent č. 5 (R5)**

Muž, 28 let, v léčbě 7 let.

## **6 Sběr materiálu a jeho zpracování**

Sběr materiálu probíhal v průběhu února a března 2018 v prostorách speciálního programu pro klienty s duální diagnózou v neziskové organizaci ve Středočeském kraji.

Výzkumné šetření jsem nejprve představila terapeutickému týmu a zkonzultovala s ním jeho postupy. Dále jsem si zde domluvila konkrétní termíny rozhovorů, které nebudou omezovat provoz zařízení. Po domluvě s týmem terapeutů jsem v zařízení absolvovala i dopolední stáž, která mi umožnila se se službou blíže seznámit. Stáž také považuji za klíčový prvek k získání důvěry klientů.

U všech probandů jsem použila stejný základní postup výzkumu. Průběh výzkumu se lišil v závislosti na verbálních a emočních reakcích respondentů. Respondenty jsem předem požádala o svolení k vyhotovení audio nahrávky procesu rozhovoru.

### **6.1 Etické aspekty výzkumu**

Všichni respondenti podepsali před začátkem rozhovoru informovaný souhlas. Ten se i mimo jiné zavazuje k zachování anonymity klientů. Identifikační údaje účastníků výzkumu jsem tedy pozměnila natolik, aby nebylo možné je identifikovat. Dále informovaný souhlas obsahuje představení záměru výzkumu a oprávnění respondenta odmítnout odpovědět na otázku, či kdykoliv ukončit celý rozhovor. Také má respondent právo kdykoliv zažádat o odstranění pro něj nepřijatelných částí této práce.

Informovaný souhlas je přílohou č. 1.

Rozhovory jsem nahrávala na diktafon, vzniklé nahrávky mi později sloužily k doslovnému přepisu a následnému zpracování. O nahrávání rozhovorů jsem všechny respondenty informovala a souhlasili s ním.

Před začátkem rozhovoru, či v rámci dopolední stáže v zařízení, jsem se s klienty domluvila na tykání, které bylo pro obě strany příjemnější.

## 6.2 Osnova rozhovoru

Jako metodu sběru dat jsem použila polostrukturovaný rozhovor, jež umožňuje respondentovi volné vyjádření toho, co je pro něj podstatné, ale zároveň mi poskytuje určitou strukturu. V průběhu rozhovoru jsem se snažila respondentům empaticky naslouchat a být otevřená vůči jejich sdělením, současně jsem brala na zřetel hlavní kostru rozhovoru.

Nejprve jsem si stanovila okruhy, které jsem vnímala jako zásadní pro prožívání a postoje lidí s duální diagnózou ke svému onemocnění:

- Vznik a průběh diagnózy závislosti/paranoidní schizofrenie, či schizoidní poruchy
- Prožívání toho, že jim byla dána diagnóza
- Postoje vůči tomu, že mají diagnózu
- Pojetí budoucnosti v kontextu duální diagnózy
- Vývoj vnímání druhých a vnímání druhými v souvislosti s duální diagnózou
- Vliv DBT terapie na prožívání a postoje duální diagnózy respondenta

Okruhy mi pomohly vytvořit kostru rozhovoru, která mi usnadnila vedení rozhovoru.

Osnova rozhovoru:

1. Jak si se sem dostal?
  - a. Jaký to mělo průběh?
  - b. Jak se tady máš?
2. Jak si se dostal k užívání pervitinu?
  - a. Jaké to bylo pro tebe období?
  - b. Jak ti v tom bylo?
  - c. Jak se to vyvíjelo dál?
3. Kdy ti poprvé někdo řekl, že máš diagnózu závislosti?
  - a. Jaké to pro tebe bylo?
  - b. Jak si se v tom cítil/a?
  - c. Jak si se s tím vyrovnával/a?
    - i. Bojoval/a jsi s tím, či jsi to vzal/a tak, že to tak prostě je?
  - d. Co si o té diagnóze závislosti myslíš?



- i. Jaký k tomu máš postoj?
  - ii. Změnil se ti nějak postoj k drogám?
- 4. Jak si myslíš, že tě vnímali ostatní, když jsi bral/a pervitin?
  - a. Změnilo se to nějak?
- 5. Jak vnímáš druhé ve vztahu k sobě?
  - a. Změnilo se to nějak?
- 6. Vnímáš nějakou souvislost mezi závislostí s tvou diagnózou schizofrenie/schizoidní poruchy osobnosti?
- 7. Kdy poprvé si měl/a pocit, že tě někdo pronásleduje?
  - a. Jaké to pro tebe bylo období?
  - b. Jak ti v tom bylo?
  - c. Jak se to vyvíjelo dál?
- 8. Kdy ti poprvé někdo řekl, že máš diagnózu schizofrenie/schizoidní poruchu osobnosti?
  - a. Jaké to pro tebe bylo?
  - b. Jak jsi se v tom cítil/a?
  - c. Jak jsi se s tím vyrovnával/a?
    - i. Bojoval/a jsi s tím, či jsi to vzal/a tak, že to tak prostě je?
  - d. Jak se ti s tím žije teď?
  - e. Co si o té diagnóze schizofrenie/schizoidní poruše osobnosti myslíš?
    - i. Jaký k tomu máš postoj?
    - ii. Změnil se ti nějak postoj ke schizofrenii v průběhu onemocnění?
- 9. Jak si myslíš, že tebe a tvou diagnózu vnímají ostatní?
  - a. Mění se to nějak?
- 10. Jak vnímáš druhé ve vztahu k sobě?
  - a. Mění se to nějak například v průběhu terapie?
- 11. Co si o tobě a tvých diagnózách myslí nejbližší?
  - a. Mění se to nějak?
- 12. Jaký vliv má DBT terapie na to, jak vnímáš své diagnózy?
  - a. Mění se to nějak?
- 13. Chtěl bys ještě něco dodat, co tě napadlo v průběhu rozhovoru?

V závěru jsem se probanda zeptala na jeho aktuální stav, abych mu případně mohla pomoci stabilizovat emoce a klient neodcházel dekompenzovaný.

## 6.3 Přepisy rozhovorů, práce se záznamem a zpracování rozhovorů

V principu jsem se řídila pravidly, které popisují v kapitole Použitá metoda výzkumného šetření.

Ze všech rozhovorů jsem získala audio nahrávku, kterou jsem doslovně přepsala. Do takto získaného textu jsem zanesla i významná gesta, postoje, či citoslovce, jež by dle mého názoru mohly podstatně ovlivnit význam odpovědí. Současně si uvědomuji, že nebylo možné zaznamenat úplně všechny změny v projevech respondenta.

Nejprve jsem pomocí metody introspekce reflektovala vlastní zkušenosti s tématem výzkumu. Odhalila jsem tak vlastní motivace i předsudky s tím spojené. Při analýze a vyhodnocení textu jsem se snažila identifikovat a nevnášet do analýzy i vyhodnocení textu.

Při samotném rozboru jsem nejprve provedla analýzu jednoho rozhovoru, pak jsem teprve přistoupila k dalšímu textu.

U každého rozhovoru jsem se soustředila na opakované čtení přepisů rozhovorů, abych se mohla lépe vžít do situace respondenta výzkumu a také abych něco významného nepřehlédla. Poté jsem si podtrhávala důležité úseky textu a následně jsem si dělala poznámky na pravý okraj textu. Snažila jsem se, aby komentáře nebyly reduktivní a věrně popsaly daný jev a jedinečnost zkoumané osoby. V poznámkách jsem hledala společná témata. Následně jsem sepsala komentáře s tématy a doloženými přímými citacemi daného rozhovoru. Tento proces jsem zopakovala u každého rozhovoru separátně, pak jsem porovnávala výsledky jednotlivých analýz a tak vytvořila seznam nově vzniklých témat.

Doslovné přepisy rozhovorů jsou přílohou č. 3

## 6.4 Zdroje validity

Mezi hlavní zdroje validity mé diplomové práce na téma Prožívání a postoje lidí s duální diagózou patří doslovné přepisy audio nahrávek rozhovorů. Do textu jsem zaznamenala i nonverbální projevy respondenta, které by mohly nějak zásadněji ovlivnit význam textu.

Přepisy rozhovorů jsem si několikrát opakovaně přečetla, aby mi nic významného neuniklo. Díky opakovanému čtení jsem měla také možnost se lépe vžít do situace respondenta.

Pomocí metody introspekce jsem usilovala o odhalení svých vlastních předsudků spojených s daným tématem. Takto jsem se snažila zamezit ovlivňování z mé strany během analýzy a vyhodnocení výzkumu.

Nově vzniklá témata dokládám přímými citacemi z rozhovorů.

## 7 Výsledky výzkumného šetření

V této kapitole shrnuji výsledky výzkumného šetření mé diplomové práce. Kapitulu rozdělují na dvě části podle stanovených výzkumných otázek. Jednotlivé části obsahují několik podkapitol podle témat, které jsem identifikovala při analýze rozhovorů. Témata potvrzují citacemi výpovědí respondentů výzkumu.

Témata a jejich četnost u jednotlivých respondentů znázorňuji v tabulkách v příloze č. 2.

Citace respondentů jsou označeny dvěma čísly. První označuje stránku přepisu daného rozhovoru, druhé označuje řádek, ve kterém můžeme výpověď zpětně dohledat. Výpovědi jednotlivých respondentů jsou vyznačeny písmenem R (1-5) dle podkapitoly Charakteristika respondentů.

Jako důležité téma mého výzkumu vidím prožívání oznámení diagnózy závislosti a prožívání oznámení diagnózy schizofrenie/schizoidní poruchy. V souvislosti s těmito tématy se mi ještě ukázalo téma orientace v životě po udání diagnózy.

Zde vnímám jako nejdůležitější směry v orientaci po oznámení diagnózy v:

- 1.) Problematice spojené s invalidním důchodem,
- 2.) ve znovu/užívání drog,
- 3.) v utajování nemoci.

### 7.1 Jak lidé s duální diagnózou prožívají to, že jim byla dána diagnóza

#### 7.1.1 Prožívání oznámení diagnózy závislosti

Oznámení diagnózy závislosti proběhlo u všech respondentů bez problémů. Respondent R1 a R3 jí nepřikládali takový význam, respondent R2 pocíťoval úlevu, protože na základě této diagnózy mohl opustit zařízení, kde to bylo „hrozný“. U respondenta R4 dosud nedošlo

k oznámení diagnózy, ale má ji spojenou se smíšenými pocity. Respondent R5 diagnózu předem věděl, nebyla pro něj tedy žádným překvapením.

Respondent R1 také při oznámení diagnózy nedával onemocnění velkou váhu: „*Myslel jsem, že to není tak jako moc hrozný jako lidi na heráku, na piku. Myslel jsem si, že na tom nemám závislost.*“ (R1 4.107-4.108).

Respondentovi R2 oznámil diagnózu závislosti: „*...pan doktor na psychiatrickém pavilonu, že nevidí u mě duševní nemoc, ale spíš fyzickou závislost. Jako prioritní.*“ (R2 3.81-3.82), což prožíval jako úlevu: „*No byl sem rád, protože tam to bylo hrozný.*“ (R2 3.84).

Závažnost svého onemocnění v minulosti respondent R3 nevnímal: „*Když mi dali diagnózu závislosti, tak mi bylo šestnáct, takže...hm...cejtíl sem se v tom, jakože to nebude nic vážnýho.*“ (R3 4.123- 4.124).

U respondenta R4 dodnes nedošlo k oznámení diagnóze závislosti, protože mu: „*...to nikdo nějak neříkal. Tak asi sem registrovaný jako závislej. Já sem si taky říkal jako nejsem, ale vlastně sem byl, no.*“ (R4 4.116-4.117). Nejasnosti kolem této tematiky se pravděpodobně odráží i na jeho prožívání diagnózy závislosti: „*No, ono jsou to takový smíšený pocity, ja to ne to...*“ (R4 6.181).

Předem o své diagnóze věděl respondent R5, který podotýká, že: „*...sem to věděl.*“ (R5 (2.54)). Nebyla to pro něj tedy žádná novinka: „*Překvapení to pro mě nebylo.*“ (R5 2.56). V tu chvíli necítil: „*...nic, akorát to, že du do léčby.*“ (R5 2.58).

### 7.1.2 Orientace v životě po oznámení diagnózy závislosti

Po určitém čase od oznámení diagnózy si postupně respondenti R3 a R4 začali uvědomovat závažnosti, či problémy spojené se svým onemocněním. Respondent R3 prý diagnózu přijal celkem brzy, respondent R5 se s ní vyrovnává do dneška. Respondenti R1, R2 i R3 diagnózu závislosti před okolím tajili.

### **7.1.2.1 Prožívání problémů spojených z diagnózou závislosti**

Respondent R3 se vyjadřuje k problémům spojených s diagnózou závislosti: „*No pak když to začlo jít k horšímu, tak už sem to bral, že to má váhu. V posledních třech letech jsem to bral, jakože to má velkou váhu, že doopravdy z toho nejde jít ven. A že potřebuju prostě náskou lékařskou pomoc.*“ (R3 4.128-4.130).

Diagnózu závislosti má spojenou s problémy také respondent R4, který uvádí: „*Uvědomění to přišlo asi až teď v tom psychiatrickém zařízení ve Středočeském kraji, kdy sem si opravdu řekl, že přestanu, že to je problém. Vlastně přemýšlet o těch věcech sem začal až teď, vlastně.*“ (R4 6.173-6.175).

### **7.1.2.2 Vnímání problémů spojených s diagnózou závislosti v čase**

Respondent R4 se s diagnózou závislosti: „*Nepral, ale ono se to pralo se mnou, ale já sem si to pak vždycky odsral, protože sem se šel vždycky zřetovat, pak sem se dostal do nějakýho stavu, kdy se o mě báli, tak mě odvezli vždycky někam do nemocnice, zavřeli mě na tři měsíce, pak už i na dyl.*“ (R4 7.215-7.217). V současné době si ale všímá, že: „*...ted'ka už sem přes rok čistej a zjistil sem, že ty věci jdou dělat i jiným způsobem, než se zřetovat*“ (R4 3.67-3.68). Také si uvědomuje, že: „*... ted' mi ty drogy vůbec nechyběj. Jsme byli na tom lyžáku a tam to tak to bylo dobrý, no...*“ (R4 8.236-8.237).

Respondent R5 se se svou diagnózou vyrovnává: „*... do ted'ka. Prostě sem se s tím nedokázal vyrovnat.*“ (R5 2.62). V současnosti: „*... snažim se tomu porozumět a no nějak z toho jako vybruslit.*“ (R5 3.74).

Celkem lehce se s diagnózou závislosti prý vyrovnal respondent R2: „*Tak já sem jí přijal docela brzo, protože sem se řídil směrnicema, co nám dává pan psychiatr v psychiatrickém zařízení Středočeského kraje a prostě lidi kolem něj. Jak je to s chutí, jaký sou spouštěče, co nám může vyvolat bažení a tak.*“ (R2 3.93-3.95).

### **7.1.2.3 Utajování diagnózy závislosti**

Respondent R3 svou diagnózu: „...já sem to všude tajil. Vlastně hodně.“ (R3 5.136). To zdůvodňuje tím, že: „Já sem se spíš bál, že by mi mohlo bejt ublíženo nějak.“ (“ (R3 5.141). Svůj strach pak dále rozvádí: „...Protože to je dost nebezpečný jako říkat někomu, že sem závislej. Jako tady ne, tady můžu, ale venku vlastně to je dost taková negativní vlastnost. Takže kdybych to řekl třeba v práci, nebo nějakým dobrým přátelům, tak rodina by se bála, z práce by mě vyhodili.“ (R3 5.143-5.145).

Podobný názor má i respondent R1: „... by se to neměl nikdo dozvědět, že by se to mělo rozšiřovat zase jenom mezi lidmi, kterým věřim.“ (R1 4.128-4.129).

Také respondent R2 svou závislost tajil. Jeho rodina se tak dozvěděla: „...až od lékařů, že sem užíval. Do té doby o tom nic nevěděli...“ (R2 5.159).

### 7.1.3 prožívání oznámení diagnózy schizofrenie/schizoidní poruchy osobnosti

Oznámení diagnózy schizofrenie bylo pro klienty citově náročnější. Pro respondenta R1, u kterého bylo seznámení s diagnózou spojeno s žádostí o důchod, to byl natolik nepříjemný zážitek, že diagnózu nepřijal a o důchod nepožádal. Respondent R2 prožíval úlevu, protože nemusel jít na základě lékařského posudku u soudního řízení do kriminálu. Respondent R3 diagnóze zpočátku nevěřil, „dotklo se ho“ to a bylo to pro něj „urážlivý“. Respondent R4 měl oznámení diagnózy spojené s nepříjemným zážitkem, kvůli představě, že se na něj budou lidé dívat jako na „blázna“. U respondenta R5 dodnes nedošlo k přímému oznámení diagnózy schizoidní porucha osobnosti.

Oznámení diagnózy bylo pro respondenta R1 natolik nepříjemný zážitek, že odmítl i návrh k podání žádosti o invalidní důchod: „*No nebylo to moc příjemný pro mě, nevěděl sem co říct. Já jsem se vlastně ani jako nemohl dokázat bavit s lidmi kolem sebe a bavil jsem se vlastně jenom s mámou a tátou a táta v té době taky pil a já jsem pil taky, takže jsme si s panem doktorem moc nerozuměli a já jsem to teda odmít v roce 2003.*“ (R1 3.87-3.90).

Respondent R2 vnímal diagnózu schizofrenie po přezkoumávání jeho přičetnosti u soudního procesu „...*jako od té vyšší síly, na kterou sem věřil, že mi prostě dala nádkou šanci*“ (R2 7.227). Byla to pro něj úleva: „*Abych řekl pravdu, tak já sem byl šťastnej, že sem nešel do kriminálu, ale do léčebny, protože tam to líp zvládám...*“ (R2 7.256).

Pro respondenta R3 získání diagnózy schizofrenie: „*Bylo to pro mě takový urážlivý.*“ (R3 10.306). Také se ho to: „*Dotklo, no. Že to nemůže bejt tak vážný, že sem měl reálně toxickou psychózu, že to není žádná schizofrenie, že sem měl jenom toxi psychózu a sem normální. Ale nějak sem to nepozoroval, že prostě беру léky a že už to bude trvalý, to sem si nemyslel.*“ (R3 10.311-10.313).

Respondent R4 prožíval oznámení diagnózy jako nepříjemný zážitek: „*No, to bylo právě docela nepříjemný, protože sem zase měl představu, nebo iluzi, že ti lidi jako...že sem prostě jinej, že sem prostě blázen a že ti lidi na mě budou koukat skrz prsty jako na blázna. ...*“ (R4 10.325-10.327).



K oznámení diagnózy nedošlo u respondenta R5: „*Já sem o tom nevěděl, já sem se to dozvěděl až když sem si přečetl papíry z komunity v České republice, ale, no....sem nevěděl, co to je pořádně.*“ (R5 5.138-5.139). Dále se vyjadřuje, že: „*Do teďka vlastně nevím, co to je pořádně.*“ (R5 5.141).

#### 7.1.4 Orientace v životě po oznámení diagnózy schizofrenie/schizoidní poruchy osobnosti

Po oznámení diagnózy schizofrenie bylo pro některé respondenty velmi důležité téma invalidního důchodu. Respondent R3 jej vnímal jako „záchranu“. Respondent R1 popisuje tlaky ze strany lékaře, aby se požádalo o důchod. Pro tohoto probanda bylo oznámení diagnózy natolik náročný proces, že „začal pít dál“. Pro respondenta R4 to také nebyl příjemný zážitek. Po oznámení diagnózy vnímal stigmatizaci ze strany okolí, která jej prý vedla k závislosti na pervitinu. Později si ovšem uvědomil, že v souvislosti s dalšími životními nesnázemi a psychickými potížemi odsoudil především sám sebe. Také dodává, že si nejprve nechtěl diagnózu přiznat a to si dokazoval užíváním psychoaktivních látek. Respondent R5 vnímá potenciální přiznání invalidního důchodu jako motiv ke zjišťování více informací o své nemoci.

##### 7.1.4.1 Problematika invalidního důchodu

Oznámení diagnózy u respondenta R3 probíhalo: „*V té psychiatrické léčebně ve Středočeském kraji a vlastně, že se bude žádat o důchod. Ať si požádám o důchod, tak k tomu mě babička dokopala ať vlastně si hned zažádám o důchod. Ten mi vyšel, dostal sem docela vysokej důchod, 11 700 a takže to byla taková velká pomoc. To byla moje záchrana.*“ (R3 9.292-9.295).

Invalidní důchod byl také tématem při oznámení diagnózy u respondenta R1: „*...nejvíc mi to cpal do hlavy právě pan doktor (významný český psychiatr), že bych si po toxický psychóze měl nechat napsat důchod...*“ (R1 3.83-3.84).

Pro respondenta R5 bude přiznání invalidního důchodu motivem ke zjišťování si více informací o své nemoci: „...se tím budu teď zabývat až si asi budu chtít zažádat o důchod. A jestli mi ho schválně, tak se tím budu jako zabývat, co to vlastně je a proč to mám a proč mám na to důchod.“ (R5 5.168-5.170).

#### **7.1.4.2 Užívání a psychické problémy po oznámení diagnózy, či jako důsledek odsouzení sebe sama**

Repondent R4 po oznámení diagnózy prožíval: „...že sem prostě blázen a že ti lidi na mě budou koukat skrz prsty jako na blázna. Ted'ka sem si vzpomněl, že pár let na to se na mě opravdu ti lidi koukali jako že sem blázen. A proto sem potom začal bejt závislej na tom pervitinu...“ (R4 10.327-10.329). Zároveň vnímá, že na něj nemělo takový vliv okolí, ale: „Spíš já sem se možná odsoudil trošku sám, mi ted'ka přijde. Jsem měl prostě strach, nějaký. Já sem totiž skončil se školou, se studiem, takže sem z toho byl depresivní, že už sem odepsanej.“ (R4 10.331-10.333).

Respondent R4 také dodává ke své diagnóze: „Já sem, no...samozřejmě ze začátku sem to nechtěl připustit a dokazoval sem si to taky těma drogama, že sem byl pod vlivem a to sem říkal: „podívejte se na mě, vždyť sem v pohodě“, jenomže pak sem zase začal bejt v prdeli a hm...Sem si lhal sám sobě.“ (R4 11.351-11.354)

Po oznámení diagnózy schizofrenie respondent R1 na: „...chvíli začal pít dál, no, ale to už jsem si neuvědomil, co dělám no.“ (R1 7.226).

## 7.1.5 Další prožívaná témata

### 7.1.5.1 Prožívání minulosti, aneb život byl jako sen, či svůj svět

Respondent R4 se vyjadřuje o minulosti jako o snu: „*Ten můj život byl takovej jako sen, teď už to možná беру trochu vážně. Jenom sem chtěl říct, že teďka, když sem čistej, že prostě ani nepiju, tak cejtim, že tohleto je opravdový.*“ (R4 11.335-11.337).

Také respondent R1 vnímal, že, nebyl plně v realitě: „*Byl jsem prostě ve svym světě, v toxický psychóze a uvědomoval jsem si, že kdybych nejezdil k doktorovi, že by mě to asi pohlítilo na furt. Cejtil jsem a věřil jsem, že se vyléčím*“ (R1 3.100-3.102). Dodává také, že při pocitech pronásledování se cítil: „*Nepříjemně no, to bylo nepříjemný. Nijak zvlášť sem se v tom necejtil. No v těch oparech...*“ (R1 6.198).

Ve svém světě byl i respondent R2: „*Já sem si udělal takovej svůj svět tý nemoci...*“ (R2 4.105).

### 7.1.5.2 Samota v nemoci

Respondent R1 zmiňuje, že: „*Ta závislost mě zezačátku dostávala no, necejtil jsem se mezi svejma kamarádama moc dobře. Postupně jsem je opouštěl, no*“ (R1. 5.142-143). Což doplňuje také výrok: „*Já jsem se vlastně ani jako nemohl dokázat bavit s lidmi kolem sebe a bavil jsem se vlastně jenom s mámou a tátou ...*“ (R1 3.87-3.88).

Také respondent R3 byl hodně sám: „*...Kamarádi, jako...ty sem ztratil kamarády, co nebyli toxi. A toxi kamarády sem zase opustil, protože sem chtěl bejt sám a protože už sem si s těma lidma prostě neseď...a jako ty vztahy tam moc nebyly. Já sem vlastně byl hodně samotář...*“ (R3 6.186-6.188).

I respondentovi R5 bylo v závislosti: „*Těžko. Začal sem přicházet jako o přátelé. Že prostě sem ztrácel přátelé, ztrácel sem rodinu*“ (R5 1.32-1.33). Dále dodává: „*Na ulici sem pak byl, byl sem sám.*“ (R5 2.35-2.37).

### **7.1.5.3 Víra, morálka a svoboda**

Respondent R2 se modlí ke svému otci: „...*vlastně sem si sestavil mého tátu ze samých superlativ a teď prostě když potřebuju, tak se k němu modlim a ty věci mi jsou samotnému, protože mám snahu, když o tom mluvím, daří se mi, ale hodně silná je ta víra k tomu tátovi kterou sem si za ta léta vybuřoval, že mi pomáhá prostě. Náš pracovník psychiatrického zařízení Středočeského kraje, říkal to jak sem si to udělal, že to takhle lidi věřej v Boha.*“ (R2 4.110-4.115).

Pro respondenta R4 je schizofrenie dar od Boha: „*Jako nebudu říkat, že je to těžký, jako je to možná těžký, ale já to beru jakoby dar. Na jednu stranu je to těžký a na druhou jako dar, no. Dar od Boha (pousmání).*“ (R4 11.356-11.357).

Na uzavřeném oddělení v léčbě si uměl vytvořit takové prostředí, aby se v něm cítil svobodně a dobře: „*Právě se mě ptali stážisti, co pro tebe znamená svoboda, když si byl zavřenej na oddělení, kde byla jenom chodba a kuřárna, tak jako: „jak ses tam cejtil svobodně?“ Tak já říkám: „Sem si pustil prostě svojí písničku, podíval sem se z okna, ten čerstvej vzduch a prostě sem se oprostil od toho, jestli tam sem, nebo ne. Prostě sem prožíval tu písničku jako kdybych byl s někým koho mám rád a bylo mi najednou dobře i tam, když sem byl zavřenej.*“ (R2 4.119-4.123).

První pocity pronásledování respondent R2 zažil poté, co se morálně provinil a ukradl peníze svému strýci: „*Sem viděl strejdu, jak je všude kolem mě, protože sem mu vzal peníze. Šel sem si za to dát a prostě pak sem ho všude viděl a schovával sem se různě do křoví a tak (úsměv). No to bylo hrozný*“ (R2 6.190-6.192).

### **7.1.5.4 Podpora okolí**

Oporu v léčebném kolektivu vidí respondent R1: „...*sou stejný jako já, takže sem se více seznámil s tou nemocí. Nebyl sem v tom sám.*“ (R1 8.258). Dále uvádí: „*Nejsem na to sám, je tam i vedení tý terapie, nějaký téma, obsah nějaký. A i když není nějaký hluboký, tak se občas najde i nějaký hluboký téma a je to i zajímavý, motivující a prostě je to takový.*“ (R1 8.267-8.269). I jeho: „*Rodina podporuje.*“ (R1 6.178).

Podobně to vidí i respondent R2: „...sou hodný, dělaj všechno pro to, aby mi to usnadnili, tak to si jich moc vážím a říkám jim to. Je to pro mě čest dělat s takovejma lidma. Myslim si, že sme fakt v dobrým složení.“ (R2 5.155-5.157). Také uvádí, že má: „...celou řadu lidí, primářů z psychiatrického zařízení ve Středočeském kraji, co mi to přejou, co za mnou stojej, že když mám problém, jako včera sem měl problém, ze skupiny sem si něco odnes, volal sem pani doktorce, ona mě uklidnila, dodala i energii prostě a mám takový jištěný záda v tom, že zaprvý můžu jít domu k mámě a za druhý, když by se něco dělo, tak se můžu vrátit do psychiatrického zařízení Středočeského kraje na otevřenéj pavilon.“ (R2 1.25-1.30). I jeho matka: „... zatim to bere tak, že se někde stala chyba, která se dá napravit a věří mi.“ (R2 9.277).

Také blízcí respondenta R3: „No, jako jo, podporujou. Máma je ráda, že sem tady. Určitě sou všichni rádi, že nejsem venku, protože bych ani nezavolal, kdybych byl veku a bral bych a že určitě jako když sem tady, tak neprohloupim.“ (R3 6.196-6-198).

### **7.1.5.5 Představy o normalitě**

Svá onemocnění porovnává s normou respondent R2: „Tak kdybych to neměl, tak bych byl spokojenější, protože prostě to je logický. Nebál bych se o mámu, byl bych normální kluk, prostě. Třeba bych i začal víc cvičit a víc chodit na procházky, něco dělat s tou fyzičkou, abych mohl ještě někdy hrát fotbal a tak. Prostě bych se v těch činnostech snažil ještě projevít víc. Byl bych třeba v normální práci, měl bych bydlení a tak,, ale takhle v rámci těch možností, který mám, tak nějakou chráněnou práci, bydlení doma a prostě s tím, že prostě budu...v tom dění, že budu mít mámu na očích, takže budu vědět, že se jí nic neděje“ (R2 8.252-8.258). Dále svou představu normality upřesňuje: „Jinak kdybych byl normální, tak bych třeba bydlel sám, měl auto, holku a jezdil k mámě na víkend, občas.“ (R2 8.258-8.259).

Také respondent R1 naráží na reálné obtíže v zařazení do společnosti, zejména v oblasti práce: „...Zařadit se do společnosti to je asi to nejtěžší, protože i u mě byl takovej problém, protože já sem málo pracoval, že jo a snažim se pracovat i teďka, ale... (povzdechnutí).“ (R1 10.307-10.309).

Dále se respondent R1 porovnává s normou, zároveň si na sebe klade i reálné cíle: „...já jsem teďka na léčbě a stále nejsem hotový, správně zařazenej člověk, i když jako v uvozovkách,

*protože lidi, kteří se léčejí zase mají nadhled na ten svět. Dostává se jim pohledu na svět, takže já možná po týhle komunitě budu připravenější odejít někam do svého, no. Ven do čistého.“* (R1 5.159-5.162).

K tématu normality se vyjadřuje také respondent R3: *“...už vím teď, že se nevyrovnám normálním lidem., že sem na tom mnohem hůř, než normální člověk, kterej není moc dobrej.“* (R3 4.108-4.109).

### **7.1.5.6 Vnímání významu současného léčebného zařízení**

Všichni respondenti výzkumu jsou ve speciálním zařízení pro lidi s duální diagnózou ve Středočeském kraji spokojeni. Podle respondenta R1 i R2 si klienti vzájemně vycházejí vstřícně a respondent R1 také cítí, že na „to není sám“. Respondent R2 si pochvaluje složení klientů. Respondent R4 vnímá, že je součástí party, vyjadřuje se ovšem pozitivně i k přístupu terapeutů, pochvaluje si jejich zájem o klienty, či výborný způsob předávání informací. Obtížnější adaptační proces v zařízení zaznamenal respondent R1 i R5.

Lidé v léčbě respondenta R1 přijali a nahlíží na něj jako: *„Na mladýho kluka, na pečlivýho kluka, pracovitýho, kamarádskýho. Co tady vim, poslední dobou.“* (R1 10.312-10.313). Tento názor se: *„Nemění se to, ale sou tam různé omyly, který si říkáme rovnou za pochodu.“* (R1 10.315). Dále se vyjadřuje ke vzájemné komunikaci mezi sebou: *„V práci, nebo ve volným čase, když neumeju hrnek, tak mi řeknou umej ten hrnek, omluvim se a du ho umej. Zavírání dveří, když je zima, tak zavíráme dveře, aby tu bylo teplo, vyhřálo se to. Takže takhle, no.“* (R1 10.317-10.319). Klienti si zde vzájemně vycházejí vstřícně: *„Snažíme se spolu vycházet, no.“* (R1 10.321) a klient R1 také cítí, že v tom není sám: *„...sou stejný jako já, takže sem se více seznámil s tou nemocí. Nebyl sem v tom sám.“* (R1 8.258). Celkově pro něj režim není tak obtížný jako v terapeutické komunitě, také se vyjadřuje k těžkostem při adaptaci na zařízení: *„Režim je docela obsáhlej, dlouhej, ale jsem v tom jako pro duální diagnózy, takže o něco jednodušší, než má terapeutická komunita. No a já jak jsem tady začátek měl docela těžkej, měl jsem nějaký ataky zezáátku a už se teda rozhodovali jestli mě nepošlou na léčbu, ale nakonec jsem to ustál...“* (R1 2.44-2.47).

Také respondent R2 se vyjadřuje k podpoře dalších lidí v programu pro zvládnutí odpovědnosti funkce: „*Ted' mám tu šéfovskou funkci, tak to taky vidím jinak, protože mám zodpovědnost. Mohli by mi říct: „hele di do prdele“, ale neřeknou, sou hodný, dělaj všechno pro to, aby mi to usnadnili, tak to si jich moc vážím a říkám jim to. Je to pro mě čest dělat s takovejma lidma. Myslim si, že sme fakt v dobrym složení.*“ (R2 5.154-5.157). Jinak se tento respondent cítil v psychiatrickém zařízení, kde vnímal svou odlišnost oproti jiným pacientům: „*Tam si třeba lidi povídali sami pro sebe, jeden mi dal facku, když sem s nim hrál karty, protože si myslel, že mu vidím do karet.*“ (R2 3.86-3.87).

Respondent R3 je zde také spokojený: „*Moc se mi tu líbí, je to tu bezva.*“ (R3 1.24). Dále se vyjadřuje konkrétněji: „*Ten přístup k nám klientům od terapeutů, že s náma doopravdy...,že se o nás zajímaj hodně, hodně o nás mluvěj spolu, předávaj si informace úplně skvělým způsobem. Vlastně to prostředí tady mi vyhovuje. I ti klienti a do party sem zapad. Jinak vybavení tady je v pohodě, program taky. Takže mi tady vyhovuje vlastně úplně všechno.*“ (R3 1.27-1.30).

I respondentovi R4 zařízení vyhovuje: „*...tak sem šel prostě sem a tady se mi asi daří, no. Dneska sem měl takovou chvíli, ale jinak to je dobrý tady.*“ (R4 1.7-1.8). Celkově se mu tady daří: „*No dobře, tím, že mám ty koničky. Tvořim, kreslim občas.*“ (R4 1.26). Nesnadné začátky měl respondent R5, teď už se na nové prostředí adaptoval: „*Ze začátku se mi tady jako moc nelíbilo, teď sem se nějak usadil a je to dobrý.*“ (R5 1.8).

### **7.1.5.7 Závislost a stigmatizace sebe sama**

Popis první zkušenosti s drogou a proces stigmatizace sebe sama uvádí respondent R2: „*První den, co sem si dal sem si říkal: „ty vole já sem feťák, to snad není možný. Zrovna já a sem feťák“ a vyčítal sem si to prostě a nemoh sem se s tím dlouho smířit a pak se to užívání tak vykrytalizovalo, že prostě sem na tom byl závislej a nedalo se s tím nic dělat.*“ (R2 2.68-3.70).

Respondent R2 v tomto kontextu také nahlíží na své bludné myšlení, které mu „schvalovalo“ brání drog: „*Já sem si to omlouval, protože sem si myslel, že dělám pro stát jako maskování, jo, takže sem si vybudovat drogy, perník, že to je vojenskej materiál, že to je prostředek, abych ve tmě viděl, byl ostražitej a vydržel dlouho. Tak sem si to dopředu takhle hodil. Říkám*

*dopředu, že to je omlouva toho, že sem ho bral, ale mě to přišlo v tu chvíli logický, protože sem byl v bludu, ve schizofrenii...*“ (R2 5.142-5.146).

### 7.1.6 Vnímání společných znaků závislosti a schizofrenie

Jako společný prvek závislosti a schizofrenie vnímá respondent R4: *„No, změněnej stav vnímání, prostě.“* (R4 9.275). Respondent R1 uvádí hned několik společných znaků: *„No vlastně jo, vlastně sluchový halucinace, samota, konflikty, nedůvěra, že jo.“* (R1 6.184).

Respondent R3 vnímá: *„...souvislost, že člověk ztrácí kontrolu nad...třeba u schizofrenie jí ztrácí nad svým myšlením a u závislosti nad svým chováním. Taková ta ztráta kontroly. Že kvůli schizofrenii jsem mimo a kvůli závislosti třeba nedokážu splnit to, co sem si stanovil.“* (R3 7.234-8.237).

Drogy jako spouštěč schizofrenie vidí respondent R4: *„Vlastně ty drogy tě pouštěj do tý...jak se to říká...do tý psychózy vlastně. To je taková brána do tý psychózy bych řek, ty drogy.“* (R4 9.275-276). Tuto souvislosti vidí i respondent R1, který vnímá, že alkohol, nebo jiná droga: *To spouští no“* (R1 6.188). I respondent R5: *„...určitě je mezi tím nějaká...nebo ta psychika se odráží jako od těch drog, jo. Nebo mně aspoň, protože čím víc sem fetoval, tím víc sem byl psychicky rozebranej. A pro mě je důležitý, aby se mi ta psychika srovnala a zároveň abych abstinoval. Takže to má určitě nějakou souvislost.“* (R5 4.113-4.116).



## 7.2 Jaké zaujímají postoje k tomu, že mají diagnózu

### 7.2.1 Postoje k diagnóze závislosti

V této kapitole se respondenti opakovaně vyjadřují k termínu závislosti, i přes dotázování na diagnózu závislosti. Respondenti R2, R3 i R5 zaujímají spíše negativní postoje k závislosti, Respondent R4 vnímá i její pozitivní stránky. Pro respondenty R3 a R4 závislost není tak závažná jako jiné psychické potíže.

Diagnózu závislosti vnímá respondent R5 jako svůj problém: „*Co si o tom myslím? No, že je to problém.*“ (R5 3.70). Dále dodává: „*No, je to můj problém.*“ (R5 3.72).

K tomu se vyjadřuje i respondent R3, podle kterého se jedinec svobodně k drogám dostane, ale následně svobodnou vůli ztratí a závislost začne být velmi nebezpečná: „*No diagnóza závislost, vlastně to je...taková blbá diagnóza. Je to jako, že člověk se nedokáže ovládat, to, co dělá, to, co si dává. Vlastně je to takový dost blbý se neumět ovládat, takže no...a zároveň člověk si za to může sám, co dělá, takže je to takový nebezpečný, že člověk si to sám způsobí, pak se nemůže ovládat. Často si za to může sám za ty věci, co dělá, protože sou lidi pak bezbrzdáci, když sou závislý. Je to takový dost nebezpečný, ta závislost.*“ (R3 5.166-6.170).

Dle respondenta R2 je závislost: „*...jako rakovina, jenom 3 procenta lidí se dá vyléčit.*“ (R2 4.128). Dále se vyjadřuje k tomu, jestli patří mezi pouhé 3 procenta: „*Myslím, si že jo. Ted' už si to myslím, no, nebo já si to nemyslím, já dělám kroky k tomu, aby to tak bylo.*“ (R2 4.134-4.135).

Zároveň respondent R4 ale vidí i pozitivní znaky závislosti: „*Mě napadlo, že ta závislost člověka donutí aspoň něco dělat (smích). To jsem četl ty knížky, jako...že tam není jenom pasivní jakoby...*“ (R4 7.219-7.220). Následně porovnával aktivizaci v důsledku závislosti s pasivitou při depresi: „*...Když to srovnám s těma depresemi, tak já to znám z jedny knížky, ale, že vlastně, než se plácet v tom srabu a čekat, co se stane, tak je dobrý vzít stříkačku a jako zkusit...to je blbost...jako nějakou změnu jakoby, aby to motivovalo.*“ (R4 7.222-7.224). Své myšlenky pak shrnuje: „*...jako ne, že bych to propagoval, ale z jednoho hlediska, tak některý drogy, tak vidím i ty jejich pozitivní hlediska, který to má.*“ (R4 7.226-7.227).

### 7.2.1.1 Závislost není tak závažná jako psychické potíže

Respondent R4 chápe obecně závislost negativně, ale nemá pro něj takovou váhu jako jeho psychické potíže: „...samotná ta závislost mi přijde taky jako špatná vlastnost, ale jako no, sem měl hlavně psychický problémy a takhle.“ (R4 1.23-1.24).

Respondent R3 to vidí podobně: „A řek bych, že závislost je mnohem lehčího charakteru, než schizofrenie, protože schizofrenie je mnohem závažnější.“ (R3 8.243-8.244).

### 7.2.2 postoje k diagnóze schizofrenie/schizoidní poruše osobnosti

Velmi negativní postoj spojený například i s pocity ohrožení zaujímá k diagnóze schizofrenie respondent R3. Pozitivní i negativní stránky této nemoci vnímá respondent R1. Negativní postoj se mu prý změnil k „lepšímu“ i díky psychoterapii. Zároveň ale dodává, že se s tímto onemocněním dá žít, pakliže člověk není i „feťák“. Respondent R5 mluví o svém nezodpovědném postoji k diagnóze schizoidní porucha osobnosti například u nedodržování správné farmakoterapie, zároveň se ale v současnosti, dle jeho výpovědi, chová zodpovědněji.

Schizofrenii jako dar vnímají respondenti R1, R2 i R4. O přijetí své diagnózy, či nemoci se zmiňují respondenti R1, R3 i R4. Nejasnosti v porozumnění diagnóze mají respondenti R1 a R5.

Respondent R3 vnímá toto onemocnění jako velmi vážnou zprávu, která jej ohrožuje: „O diagnóze schizofrenie si myslím, že je to závažná diagnóza. Že to je taková dost blbá zpráva. Že je to vlastně takový velký ohrožení.“ (R3 10.328-10.329).

Pocity ohrožení dle něj spočívají v tom, „...že je značně omezen ten člověk, že se mu už nebude žít lehce. Už to nebude tak skvělý, už nebude zažívat takový dobrý pocity jako normální lidi....bude to slabší...ten život.“ (R3 10.333-10.335).

Výhody i nevýhody nemoci vidí také respondent R1: „No a občas mi to pomáhá a občas ne...Dám příklad, že nemůžu do těžký práce nastoupit, nemůžu na třísměnný provoz, což sem jednu dobu preferoval, protože mám technickou školu a myslel sem si, že budu takovej

*bohém, kterej nastoupí do těžký práce a vydělá si peníze. Přitom to takhle vlastně vůbec není. Jednak sem do práce vůbec nemusel a za druhý sem potkal eště lidi, který by mě pomohli.“ (R1 8.252-8.256).*

Dále respondent R1 dodává, že člověk se schizofrenií může žít, pakliže netrpí i závislostí: *„No pokud člověk není fetišák, tak se s tím dá žít.“ (R1 10.307).* Také uvádí, že se mu jeho postoj ke schizofrenii měnil díky psychoterapii: *„Dříve jsem to spíš odmítal, teďka je to lepší, no, a změna k lepšímu, dá se z toho tou terapií vymyslet líp, no. Člověk je nabitější tou energií po skupině a nemyslí na nemoc.“ (R1 8.260-8.262).*

Respondent R5 uvádí následující postoj k diagnóze schizoidní porucha osobnosti: *„Tak jako asi nezodpovědný. Že když sem venku, tak neberu léky, tak jak bych měl, beru akorát na spaní a postoj? Nevím no, řekl bych, že nedozpovědnej postoj.“ (R5 6.176-6.177).* K tomu ale následně dodává: *„Sem radši, když se cítím dobře psychicky, takže teď sem začal užívat tak jak se to má užívat a doufám, že to jako nic nenabourá.“ (R5 6.180-6.181).*

### **7.2.2.1 Schizofrenie jako dar**

Respondent R2 chápal diagnózu schizofrenie jako svou realitu i dar: *„Sem věděl od malička, že vnímám jinak, ale já to vnímám jako dar. Já si prostě myslím, že si dokážu myslet, co potřebujou lidi, co mají nějak posttraumatickej šok, něčeho se bojejí, z něčeho mají prostě hrůzu a tak. Takže si myslím, že s mojí povahou, flegmatickou, je obměkčím a pomůžu jim v tom se s tím vyrovnat. Myslím si, že to je dar.“ (R2 7.234-8.238).*

Respondent R4, na jednu stranu vnímá těžkosti s tím spojené, na druhou stranu bere schizofrenii jako dar: *„Jako nebudu říkat, že je to těžký, jako je to možná těžký, ale já to beru jakoby dar. Na jednu stranu je to těžký a na druhou jako dar, no. Dar od Boha (pousmání).“ (R4 11.356-11.357).*

Dále respondent R4 vysvětluje v čem dar spočívá: *„...Jakože, že to právě tyhle lidi chápou líp. Sou třeba citlivější.“ (R4 11.361-11.362).*

Ke vnímání schizofrenie jako daru se přiklání i klient R1: *„Jsou to trošku stavy takový jakoby bych přirovnal k volnosti, takovému daru.“ (R1 9.275).*

### **7.2.2.2 Přijetí nemoci, či diagnózy**

Respondent R3 celkově tuto diagnózu přijímá za svou: „...*Já to na sobě pozoruju. Vim, že to není jednoduchý a jako šíl sem se s tím, takže jako postoj k té diagnóze mám jako, že je to určitě na místě.*“ (R3 11.350-11.351).

Respondent R4 zastává názor, že: „*S tím se člověk naučí žít...*“ (R4 11.351).

V současné době je se svou diagnózou vyrovnaný respondent R1: „*Ted'ka úplně super, no. Přemejšlim o tom a snažim se něco vymyslet, diagnózu mám, tak s ní žiju, no...*“ (R1 7.236-7.237).

### **7.2.2.3 Nejasnosti v porozumění diagnóze**

Nejasnosti v klasifikaci schizofrenie má respondent R1: „*Schizofrenie je pro mě trošičku bájná věc, která se dříve odsuzovala, ted'ka je rozřazená na ty psychotičtější, myslim, stavy a takový, myslim, i schizoidnější stavy, někdy podle mě. Já mám teda ten psychotičtější stav...*“ (R1 8.250-252).

Neúplné informace o schizoidní poruše má i respondent R5: „*Já si myslim, že by to mohlo bejt to, že se v jednu chvíli chovám tak a podruhý jinak. Jako, že by to mohlo bejt...i nějaký nálady. Já nevim.*“ (R5 5.151-5.152).

### 7.2.3 Postoje respondentů ke svému okolí a postoje okolí k jejich onemocnění

Respondenti R4, R5 i R1 vnímali odsouzení ze strany okolí, od něhož se izoloval respondent R1 i R3. Posun ve vnímání okolí jeho závislosti zaznamenal respondent R4. I u respondenta R1 došlo ke změně. Klient se pobytově léčí a rodina jej v současnosti podporuje, dříve akceptovala pouze farmakoterapii. Ztracenou víru okolí ve změnu a v abstinenci znovu získal respondent R2.

Respondent R4 cítil, že ho někteří pokládají za blázna: *„No jakoby u nás mě vnímali prostě...byly tam ty předsudky. Jako jak kdo, no. Ale asi jako blázna, no.“* (R4 8.257-8.258).

Také respondenta R5 brali ostatní: *„No, jako feťáka. Odsoudili mě za to.“* (R5 3.95). Dále uvádí, že: *„S ostatníma se teď nevidám. Vlastně sem přerušil veškerý kontakt s nima. Akorát občas si zavolám s tím kámošem. S jedním, i s druhým si občas zavoláme.“* (R5 3.99-3.100).

I blízcí respondenta R1 závislost: *„Dost špatně to přijímali. Já měl holku, tenkrát. Ta holka se ode mě odstěhovala a už se se mnou vůbec nebaví no a má děti...“* (R1 5.158-5.159).

Respondent R1 se pak raději od svého okolí izoloval, aby předešel špatným dřívějším zkušenostem: *„Já jsem přestal čím dál víc komunikovat se svými kamarády, takže já když se pokusím o nějaký kontakt tak to většinou neskončí dobře“* (R1 5.165-5.166). Od okolí se izoloval i klient R3, který svou závislost: *„...všude tajil. Vlastně hodně...“* (R3 5.136).

I respondent R3 se vyjadřuje k tomu, jak vnímalo okolí jeho závislost: *„No u rodiny u tý sem klesnul, hodně. Kamarádi, jako...ty sem ztratil kamarády, co nebyli toxí. A toxí kamarády sem zase opustil, protože sem chtěl bejt sám a protože už sem si s těma lidma prostě nesesed...a jako ty vztahy tam moc nebyly. Já sem vlastně byl hodně samotář, takže sem vlastně u lidí spíš klesnul.“* (R3 6.186-6.189).

Posun ve vnímání druhých vidí respondent R4. Dříve jej prý soudili za to, že byl závislý, dnes ho vnímají normálně: *„S těma diagnózama to mě berou normálně, ty lidi. Právě, že nemám*

*rád ty předsudky, co tam byly dřív, ty lidi, co mě odsoudili za to, že sem prostě někdy něco fetoval a teďka když sem normální, tak dobrý.“ (R4 13.402-13.404).*

Rodina respondenta R1 akceptovala farmakoterapii, naopak odmítavě se stavěla proti pobytové léčbě: *„...tam byly halucinace a taky sluchový halucinace, takže léčba léky, to rodina jako přijmula, ale do psychiatrického zařízení ve Středočeském kraji, nebo do jiný léčebny mě poslat nechtěla“ (R1 5.170-5.172).* Tento postoj se ovšem časem změnil, klient se pobytově léčí a: *„Rodina podporuje“ (R1 6.178).*

Blízcí respondenta R2, když nastoupil do další léčby: *„Tak.nevěřili tomu, prostě byli z toho zklamany. Byli naštvany, rezignovaný, po několika léčbách už házeli flintu do žita. Až teď po tý dlouhý abstinenci, jak sem se z toho dostal, tak předtím sem taky dva roky abstinoval, protože sem byl na vozíku, tak už to teď prožívaj jinak. Prostě mě berou spíš, než když sem byl mladej, drzej, i prostě fracek, kterej fetuje.“ (R2 6.171-6.174).*

Také matka respondententa si na jeho nemoc delší dobu zvykala, ale věří a doufá ve změnu v budoucnosti: *„Tak myslim, že mamce dlouho trvalo, než si zvykla, že sem nemocnej, ale zatím o tom nic moc neví, takže zatím to bere tak, že se někde stala chyba, která se dá napravit a věří mi.“ (R2 9.176-9.277).* změna postoje

Klient R1 provádí v tomto kontextu velmi citlivou osobitou reflexi sebe sama v kontaktu s druhými lidmi: *„No...já sem takovej hyperaktivní trošičku a sem takovej hodně pracovitej. Doufám, že jim jako nevadim, že jako cejtím s ostatníma lidma, co maj sdílet, snažim se vcítit do jejich problémů, protože si myslim, že...no jsem takovej jakoby nevšímavej a sem takovej trošičku tupej k jejich nemoci, no, ale všímám si toho, jo. A opravdu se omlouvám.“ (R1 9.297-9.300).*

## 7.3 Vnímání vlivu DBT terapie

DBT dle respondentů R1, R2, R3, i R5 učí pracovat se všímavostí, s našimi pocity i s neadaptivním chováním. Pouze respondent R4 uvádí, že na něj DBT nemá vliv, zároveň ale dodává, že DBT pracuje s našimi pocity i se všímavostí.

Příklad toho, jak DBT terapie pomáhá v relitě uvádí respondent R1: „*S nervozitou to pomáhá že jo. Třeba sem neklidnej, nervozita ke mě přichází, tak já okamžitě беру míček, začnu pumpovat do sebe (společný smích), začnu ho rychle mačkat, nebo jednoduše odejdu do jinýho pokoje a koukám do nějaký knihy, nebo se věnuju poslechu muziky, nebo du ven. Nejčastěji odklánim nervozitu někam stranou a věnuju se jiným věcem, když je to hodně takový prudký napětím. Zajímavý, no.*“ (R1 11.344-11.348).

Dle respondenta R3 na vnímání diagnóz měly vliv techniky mindfulness, které jsou součástí DBT terapie: „*...Na vnímání diagnózy má vliv to mindfulness. Jinak vnímání diagnózy, to si řeším spíš na individuálech...*“ (R3 12.403-12.404). O technikách mindfulness hovoří i respondent R1, pro kterého jsou: „*...trošku uvědomění toho, kde vlastně sem. Hledání nějakýho rozporu, kde se to přičí a kde je naopak schůdnější cesta. A všechny ty mindfulness jak vztahy, tak pocity sou úplně super, no.*“ (R1 10.323-10.325).

K tomu se přiklání i respondent R4: „*Mindfulness, to dýchání, to je správný. Je to podobný jakoby krátký meditaci. To dýchání teď a tady, ta přítomnost a jinak nevím, co bych k tomu dodal.*“ (R4 13.415-13.416).

Podle respondenta R4 DBT terapie neměla vliv na jeho vnímání diagnóz, protože je vlastně ani nevnímá. Důležitá je pro něj zejména technika dýchání, jež mu pomáhá soustředit se a řešit problémy jinak, než dřív: „*To ne. Já je nějak nevnímám jako (smích). Ta skutečnost prostě a to dejchání, že...že mě to možná dokáže víc koncentrovat, víc se soustředit třeba na nějaký problémy, vyřešit ty problémy třeba jinak, než bych je řešil dřív.*“ (R4 13.418-13.420).

Podobně se vyjadřuje i respondent R5: „*...si začnu uvědomovat věci, prostě. Třeba to bude mít vliv na psychiku a na věci, kterejma sem se dřív nezabějval, nebo by mě vůbec nenapadlo se tím zabývat.*“ (R5 7.230-7.232).

Respondent R4 mluví také o práci s pocity: „*No my se učíme vlastně pracovat s těma pocitama, všimat si toho myšlení, co se člověku děje v tý hlavě a jak s tím pracovat...*“ (R4 13.410-13.411).

DBT se dle respondenta R3 věnuje především oblasti pocitů a chování: „*DBTéčko je dobrý, tam se vlastně učíme o pocitech. Ted' se tam učíme nějaký druh chování. Vnímám to, že mi to dost pomohlo, že vlastně to, co sem se nenaučil kvůli tomu, že sem bral drogy, tak to nás tam ted' uče, jako takový normální lidský chování.*“ (R3 12.399-12.401).

Respondent R4 vidí praktické užití DBT terapie v životě: „*...já si myslím, že to je prostě věc, která se dá vycvičit a dá se na ní zvyknout a díky který prostě získám řád a disciplínu v tom. Jakože když budu mít ataku, tak budu vědět, co udělám.*“ (R2 9.295-9.296).

## 7.4 Diskuse

Cílem této práce bylo především zjistit, jak lidé své duální onemocnění prožívají a jaké k němu mají postoje. K tomu je, dle mého názoru, velmi důležitá jejich dostatečná míra sebereflexe, kterou jsem se snažila zajistit výběrem respondentů z doléčovacího centra, tedy ze zařízení, které předpokládá zkušenosti klientů s terapií, pro níž je schopnost sebereflexe zásadní. Dále jsem také získala informace o jejich celkové délce léčby. Respondenti výzkumu se podrobují léčbě od 3 do 15 let, tudíž mají všichni dlouhodobou zkušenost s léčbou a mnoho zkušeností s terapií (viz podkapitola Popis vzorku). Během rozhovorů jsem se také snažila klientům co nejlépe porozumět, případně se jich citlivě doptávat, aby se mohli co nejpřesněji vyjádřit.

Jejich důvěru jsem si získala už jen tím, že pracuji ve stejné organizaci, tudíž mě často potkávali na chodbách organizace. Abych se tak ke klientům mohla více přiblížit, zúčastnila jsem se i dopolední stáže v zařízení. U většiny respondentů jsem pak během rozhovoru cítila, že je pro ně příjemné být na chvíli středem pozornosti a také si s někým popovídat. To mi potvrdil i terapeut zařízení, podle kterého byla většina klientů po rozhovoru příjemně naladěná. Zároveň si ale uvědomuji určité riziko, že můj pracovní poměr ve stejné organizaci mohl narušit jejich otevřenost při hodnocení programu.



Limity v otevřenosti vnímám u klienta R5, jenž jako jediný trpí schizoidní poruchou osobnosti (o sdílení prožitků u klientů s touto diagnózou se zmiňuji v podkapitole Schizoidní porucha osobnosti). Záměrně jsem si rozhovor s ním nechala na poslední návštěvu zařízení, aby ke mně získal větší důvěru, ale i přesto zde vnímám patrný vliv onemocnění na jeho výpovědi.

Výsledky by mohla zkreslovat určitá nesourodout duševních onemocnění u klientů. To jsem bohužel nemohla ovlivnit, jelikož v zařízení nebyl dostatek klientů se stejnou duševní poruchou.

Při samotném vedení rozhovoru jsem vnímala, že je tato problematika pro klienty velmi citlivá, což zaznamenávám i v prepisech rozhovorů (pauzy při rozhovoru, hluboké povzdechy,...viz příloha č. 3). Během vedení rozhovoru jsem tedy na jednu stranu chtěla dodržet metodologii IPA (viz podkapitola Použitá metoda výzkumného šetření) a nechat klientovi dostatečnou volnost se vyjádřit k určitému tématu, ale na druhou stranu zde hrozila jejich případná dekompenzace. Usilovala jsem tedy o vybalancování těchto dvou faktorů s důrazem především na komfort a stabilizaci probandů. Na konci rozhovoru jsem se zajímala o jejich aktuální pocity, které jsem se případně snažila ustálit.

Na výsledky výzkumu zejména v oblasti všímavosti měla pravděpodobně vliv i DBT terapie (viz kapitola DBT terapie), což potvrzuje i většina klientů tohoto šetření (viz podkapitola Vnímání vlivu DBT terapie a příloha č. 2 – tabulka číslo 10).

Za pomoci metody interpretativní fenomenologické analýzy (viz kapitola Použitá metoda výzkumného šetření) jsem se zaměřila na prožívání respondentů k tomu, že jim byla dána diagnóza a na jejich postoje k tomu, že mají diagnózu závislosti a schizofrenie/schizoidní poruchy. K oznámení diagnóz se přidružilo i téma týkající se orientace v životě po oznámení diagnóz, které jsem si rozdělila na problematiku invalidního důchodu, užívání/znovužívání drog a utajování diagnózy před svým okolím. Výsledky mého šetření ukazují, co pro probandy sdělení diagnózy znamenalo a jak důležitou roli v léčbě a v životě probandů sdělení diagnózy zastávalo.

Samotné oznámení diagnózy závislosti proběhlo u všech probandů výzkumu bez problémů. Dva respondenti vnímali, že pro ně nemoc neměla zpočátku takový význam a až časem ji

začali brát vážně. Jeden ji bral jako realitu, objevují se zde ale i smíšené pocity, či úleva. K závislosti mají celkově spíše negativní postoj a spojují ji například se ztrátou kontroly, či se sociální stigmatizací, která například dle NEŠPORA (In: KALINA, et al., 2003) vede i k větším potížím s vyrovnáváním se se závislostí, než s jinou psychiatrickou poruchou. To je pravděpodobně i důvod, proč svou diagnózu před okolím tři z dotázaných tajili. Také si myslím, že člověk lépe přijme nemoc, za kterou „nemůže“ (schizofrenii), než tu, kterou si způsobil „sám“ (závislost). Dle mého názoru rovněž souvisí vyšší míra nezpracování diagnózy závislosti s tím, že paranoidní schizofrenie, která se vyskytla u čtyř z pěti případů, je pro jedince natolik silná a zahlcující, že už jim nezbývá kapacita na zpracování další diagnózy.

Samotný proces získání diagnózy schizofrenie popisovala většina respondentů jako nepříjemný zážitek, který se jich dotkl, cítili strach, stigmatizovali sami sebe, či vnímali cejchování ze strany okolí. U jednoho respondenta prý proces oznámení diagnózy i tlak lékaře k podání žádosti o důchod dokonce vedly i ke znovuužití alkoholu. I další respondent po oznámení vnímal stigmatizaci ze strany okolí, která jej vedla k závislosti na pervitinu. V průběhu času si ovšem uvědomil, že na něj měly vliv i další životní a duševní potíže. Pouze jeden respondent cítil po oznámení úlevu. Dnes se ovšem všichni cítí se svou nemocí vyrovnání, vnímají její pozitivní i negativní stránky a pro tři z nich je schizofrenie darem. Podobné hodnocení pozitivních stránek nemoci zaznamenal i KNIGHT, et al. (2003). Na přijetí této diagnózy má zřetelný vliv, dle mého názoru, zejména dlouhodobá léčba všech klientů zařízení.

Jediný klient bez paranoidní schizofrenie, který trpí schizoidní poruchou osobnosti ovšem dodnes nebyl přímo se svou diagnózou seznámen. Přiznání invalidního důchodu by pro něj bylo motivem ke zjišťování více informací o své nemoci. Nejasnosti v porozumění termínu schizofrenie jsem také zaznamenala u dvou respondentů a u problematiky závislosti se s tím potýkal jeden klient. Tomuto tématu se věnuje i HOWE, et al. (2013), podle kterého se personál ve snaze snížit pocity stigmatizace ostýchal diagnózu jasně pojmenovat, což vedlo k tomu, že klienti proces získání diagnózy popisovali nejasně a samotnému onemocnění příliš nerozuměli.

Také téma samoty v nemoci se v textech objevuje poměrně často, o čemž se zmiňuje i HOWE, et al. (2013), podle něhož strach ze stigmatizace okolí vede k izolaci jedince, ale

zároveň i ke ztrátě možnosti obrátit se na své blízké, kteří by mu mohli potenciálně poskytnout pomoc. V současnosti ale tři respondenti vnímají podporu od svého okolí.

Respondenti často měly různé představy o normalitě, toužili po tom být její součástí. V současné době si probandí ovšem uvědomovali limity svého onemocnění. Toto téma zachycuje ve svém výzkumu i KNIGHT, et al. (2003).

V plném rozvoji nemoci se také několik klientů cítilo jako v jiném světě, či ve snu. Dnes jeden z nich cítí, že je více v realitě a má život více ve svých rukou.

Ztráta kontroly, samota, konflikty, či nedůvěra se objevily mezi společně vnímanými prvky závislosti a schizofrenie. Některé tyto pojmy mohou jen potvrzovat výše zmiňovaná témata.

Myslím, že je velice obtížné oznamovat klientům diagnózy, nebo návrh na invalidní důchod, ale pravděpodobně by na menších, specializovaných pracovištích pro duální diagnózy, nebo v jiných typech specializovaných pracovišť, k jakým vyzývá KALINA a VÁCHA (2013) byl průběh oznamování zmíněných diagnóz úspěšnější.

# ZÁVĚR

Tato diplomová práce se zabývá prožíváním a postoji lidí s duální diagnózou ke svému onemocnění.

Diplomovou práci rozdělují na teoretickou a praktickou část. Nejprve se zaměřuji na téma duální diagnóza, jež se snažím nejprve vymezit, dále se soustřeďuji na etiologii, diferenciální diagnostiku, prevalenci a léčbu u nás i ve světě. Pak se věnuji současným výzkumům v oblasti prožívání a postojů lidí s touto diagnózou. V další kapitole se zabývám termínem závislosti, který je s duálním onemocněním nezbytně spojen. Následně se zaměřuji na duševní poruchy a jejich stigmatizaci. Zvláštní pozornost věnuji schizofrenii, kterou trpí většina respondentů tohoto výzkumu. V další kapitole se zabývám tématem dialekticko-behaviorální terapie, které byli podrobena všichni respondenti mého výzkumného šetření.

V praktické části se nejprve zaměřuji na obecné zásady výzkumu, dále na způsob sběru a zpracování zkoumaného materiálu. Sběr dat proběhl formou polostrukturovaných rozhovorů s probandy, kteří jsou klienty speciálního pobytového zařízení pro lidi s duální diagnózou. Během rozhovorů s pěti probandy, kteří se již dříve dlouhodobě léčili v různých zdravotních, či sociálních zařízeních, jsem se cíleně snažila o zachycení jejich prožitků a postojů ke svému onemocnění. Rozhovory jsem nahrávala a následně zpracovala metodou interpretativní fenomenologické analýzy a došla k výsledkům tohoto šetření.

Jako nejdůležitější téma tohoto výzkumu považuji téma prožívání respondentů k tomu, že jim byla dána diagnóza závislosti a schizofrenie/schizoidní poruchy a přidružené téma orientace v životě po oznámení diagnóz. Oznámení diagnózy schizofrenie vnímala většina respondentů jako nepříjemný zážitek, který se jich dotkl, cítili strach, cejchovali sami sebe, či vnímali stigmatizaci ze strany svého okolí. Celý proces oznámení vedl i ke znovuužívání alkoholu u jednoho klienta a další klient uvádí souvislost oznámení diagnózy s počátky jeho závislosti na pervitinu. Pouze jeden respondent po oznámení diagnózy schizofrenie cítil úlevu.

Oznámení diagnózy závislosti mělo hladší průběh. Dva repondenti této diagnóze zpočátku nepřikládali velkou váhu a až časem ji začali brát vážně, pro dalšího probanda nebyla žádným

překvapením a nic u oznámení nepocíťoval, jednou se objevila úleva a jednou smíšené pocity. Prožívání při oznámení této diagnózy ovšem kontrastuje s jejím popíráním, či utajováním u tří respondentů výzkumu. Je zajímavé, že zpracování diagnózy závislosti je u těchto klientů po letech horší, než u diagnózy schizofrenie.

S diagnózou schizofrenie se dnes cítí všichni respondenti vyrovnáni, vnímají její pozitivní i negativní stránky a pro tři z nich je schizofrenie darem.

Výjimku tvoří proband se schizoidní poruchou osobnosti, kterému tato diagnóza nebyla dodnes sdělena, ale přiznání invalidního důchodu je pro něj motivem ke zjišťování více informací o této nemoci. O své diagnóze závislosti neměl od začátku pochybnosti a její oznámení pro něj nebylo žádným překvapením.

Výzkum se také věnuje dalším nově vzniklým tématům: prožívání minulosti, samota v nemoci, víra, morálka a svoboda, podpora okolí a představy o normalitě.

Zabývá se také významem a kvalitami léčebného zařízení, ve kterém se probandi dnes léčí a subjektivním hodnocením vlivu DBT na účastníky výzkumu.

Celkově se v rozhovorech opětovně objevovala problematika, kterou se zabývám i v teoretické části této práce a jež je dlouhodobě předmětem zájmu odborné veřejnosti. Avšak díky autenticitě, jisté získané otevřenosti i částečné sebereflexi probandů, která zprostředkuje i lepší náhled na jejich citové prožívání, jsem mohla ukázat témata v autentické podobě.

## LITERATURA

AVERY, J.D., BARNHILL, J.W., et al. Co-occurring mental illness and substance use disorders: A guide to diagnosis and treatment. Arlington County (Virginia): *American Psychiatric Publishing*, 2018. ISBN 978-1.615337-055-9.

DOM, G., MOGGI, F., et al. Co-occurring Addictive and Psychiatric disorders: A Practice-Based Handbook from a European Perspective. Berlin: *Springer*, 2015. ISBN 978-3-642-45374-8.

BERKOW, R., et al. *Kompendium klinické medicíny*. Praha: X-Egem. 1996. 80-85395-98-3.

Evropské monitorovací středisko pro drogy a závislost (EMCDDA). Komorbidita: užívání drog a duševní poruchy. In: *Výroční zpráva 2004: Stav drogové problematiky v Evropě a v Norsku*. Lucemburk: Úřad pro úřední tisky Evropských společenství, 2004, s. 94-104. ISBN 92-9168-206-3.

FOX, L., DRAKE, R. E., MUESER, K.T., BRUNETTE, M.F., et al. *Integrovaná léčba duálních poruch*. Přeložil Cross Channel. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2011. ISBN 978-80-260-1338-9.

HARTL, P. a HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál. 2004. ISBN 978-80-7367-569-1.

HOWE, L., TICKLE, A., BROWN, I. „Schizophrenia is a dirty word“: service users experiences of receiving a diagnosis of schizophrenia. *The psychiatric bulletin*. 2014, 38 (4), 154 – 158. DOI: 10.1192/pb.bp.113.045179.

Magdaléna, o.p.s., *CHRNA – program pro klienty s duální diagnózou* [online]. © 2017 [cit. 2018-1-2]. Dostupné z: [http://magdalena-ops.eu/cz/images/CHRNAVcelnik/letak-A4\\_CHRNA-17\\_PRINT.pdf](http://magdalena-ops.eu/cz/images/CHRNAVcelnik/letak-A4_CHRNA-17_PRINT.pdf).

JEŘÁBEK, P. Psychopatologie závislosti. In KALINA, K., et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 53-74. ISBN 978-80-247-1411-0.

JIRÁNEK, F. SOUČEK, J. *Úvod do obecné psychologie*. Praha: státní pedagogické nakladatelství, 1969.

KALINA, Kamil. *Terapeutická komunita- obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2449-2.

KALINA, Kamil. VÁCHA, Petr. Dual Diagnoses in Therapeutic Communities for Addicts – Possibilities and Limits of Integrated Treatment. [Duální diagnózy v terapeutických komunitách pro závislé – možnosti a meze integrované léčby]. *Adiktologie*, 2013, 13, p. 144–164.

KNIGHT, M. T. D., WIKES, T., HAYWARD, P. “People dont’ understand”: An investigation of stigma in schizophrenia using Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). *Journal of Mental Health*. 2003, 12 (3), 209-222. DOI: 10.1080/09638230310000118203.

KOUTNÁ, J. a ČERMÁK, I. Interpretativní fenomenologická analýza. In: ŘIHÁČEK, T., ČERMÁK, I. a HYTYCH, R. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. s. 9-43. ISBN 978-80-210-6382-2.

KUDRLE, S. Psychopatologie závislosti a codependence. In: KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 107-112. ISBN 80-86734-05-6.

LIBIGER, J., Schizofrenie. In: RABOCH, J.; ZVOLSKÝ P., et al. *Psychiatrie*. Praha: Galén, Karolinum, 2001. ISBN 80-7262-140-8.

MALÁ, E., Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (F50-F59). In: MALÁ E., PAVLOVSKÝ P. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Praha: Portál, 2002. s. 23. ISBN 80-717-8700-0.

MALÁ, E., PAVLOVSKÝ P. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Praha: Portál, 2002. s. 23. ISBN 80-717-8700-0.

MINAŘÍK, J. A ŘEHÁK, J. Somatické komplikace a komorbidita. In KALINA, K., et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008, s. 89-96. ISBN 978-80-247-1411-0.

MIOVSKÁ, L., MIOVSKÝ, M., KALINA, K. Psychiatrická komorbidita. In In KALINA, K., et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008, s. . ISBN 978-80-247-1411-0.

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

MRAVČÍK, V., et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2002*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003.

NEŠPOR, K. Psychologická komorbidita a komplikace „duální diagnózy“. In: KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti I.. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál, 2000. ISBN 978-80-7367-908-8.

NEVŠÍMAL, Petr., ADAMEČEK, David., BERDYCHOVÁ, Martina., et al. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II.: Česká praxe*. Středočeský kraj, Magistrát hl. m. Prahy a Magdaléna: Nakladatelství Lidové noviny, 2007. ISBN 978-80- 7106-937-9.

NØRREKLIT, L. The double hermeneutics of life world: A perspective on the social dialogue and interpretation. *Philosophy and Science Studies*. 2006, 5, 1–12.

O’SULLIVAN, M., BOULTER, S., BLACK, G. Lived experiences of recalled mentally disordered offenders with dual diagnosis: a qualitative phenomenological study. *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*. 2013, 24 (3), 403-420. DOI: 10.1080/4789949.2013.795238.

PLHÁKOVÁ, Alena. *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia, 2007. ISBN 978-80-200-1499-3.

POPOV, P., Návykové poruchy. In: RABOCH, J.; ZVOLSKÝ P., et al. *Psychiatrie*. Praha: Galén, Karolinum, 2001. ISBN 80-7262-140-8.

PRAŠKO, J. aj. *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178- 737-X.



PRINGE, J., DRUMMOND, J., McLAFFERTY, E., HENDRY C. Interpretative phenomenological analysis: A discussion and critique. *Nurse Researcher*, 2011 18(3), 20–24.

RABOCH, J.; ZVOLSKÝ P., et al. Psychiatrie. Praha: Galén, Karolinum, 2001. ISBN 80-7262-140-8.

SMITH, J.A., FLOWERS, P., LARKIN, P. Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research. London: *Sage*, 2009. ISBN 978-141208344.

SMITH, J. A., OSBORN, M. Interpretative phenomenological analysis. In: J. A. Smith (Ed.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods*. London: *Sage*. 2003.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

VAN DIJKOVÁ, Sheri. *DBT Made Simple: A Step-by-Step Guide to Dialectical Behavior Therapy*. Oakland: New Harbinger Publications, Inc., 2012. ISBN: 978-1-60882-164-8.

WILLIG, C. *Introducing qualitative research in psychology: Adventures in theory and methods*. McGraw-Hill Companies Incorporated, 2001. ISBN 0335205356.

### **Elektronické zdroje:**

FORGÁČOVÁ, L. Schizofrénia v klasifikácii DSM-5 [online]. *Psychiatria-psychoterapia-psycho-somatika*. 2015, 22 (2), 6–10. [cit. 2018-04-04]. Dostupné z: <http://www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/2-2015/ppp2-2015-cla1.pdf>

Klinika adiktologie. *Prevence* [online]. © 2017 [cit. 2018-1-2]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/377/3071/Co-je-prevence>.

LARKIN, M., WATTS, E., CLIFTON, E. Giving voice and making sense in Interpretative Phenomenological Analysis. *Qualitative Research in Psychology* [online]. 2006, 3, 102-120. [cit. 2016-07-21]. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/239798569\\_Giving\\_voice\\_and\\_making\\_sense\\_in\\_Interpretative\\_Phenomenological\\_Analysis](https://www.researchgate.net/publication/239798569_Giving_voice_and_making_sense_in_Interpretative_Phenomenological_Analysis)

Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Geneva: World Health Organization, 2008. ISBN 924154653. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html> [online] [2017- 10-10].

MINAŘÍK, Jakub. Závislost. *Primární prevence.cz – prevence rizikového chování*. [online]. © 2003-2018 [cit. 2018-1-2]. Dostupné z: <http://www.odrogach.cz/skola/uzivani-navykovych-latek/zavislost/>.

Popis nemoci. *Bohnicebezbranic.cz*. [online]. © 2012 [cit. 2017-12-12]. Dostupné z: <http://www.bohnicebezbranic.cz/cs/pribehy-nemoci/dualni-diagnoza/popis-nemoci/>.

Terapeutická komunita SEJŘEK. *Základní informace* [online]. © 2008 [cit. 2017-11-11]. Dostupné z: <http://www.tksejrek.kolping.cz/detailpage.aspx?IDPage=1..>

SMITH, J. A. Evaluating the contribution of interpretative phenomenological analysis [online]. *Health Psychology Review*. 2011, **5** (1), 9–27. [cit. 2017-16-10]. DOI: 10.1080/17437199.2010.541743. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/233115753\\_Evaluating\\_the\\_contribution\\_of\\_interpretative\\_phenomenological\\_analysis\\_A\\_reply\\_to\\_the\\_commentaries\\_and\\_further\\_development\\_of\\_criteria](https://www.researchgate.net/publication/233115753_Evaluating_the_contribution_of_interpretative_phenomenological_analysis_A_reply_to_the_commentaries_and_further_development_of_criteria)

SMITH, J. A. Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology [online]. *Qualitative Research in Psychology*. 2004, **1** (1), 39–54. [cit. 2017-10-10]. DOI: 10.1191/1478088704qp004oa. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/239798557\\_Reflecting\\_on\\_the\\_Development\\_of\\_Interpretative\\_Phenomenological\\_Analysis\\_and\\_Its\\_Contribution\\_to\\_Qualitative\\_Research\\_in\\_Psychology](https://www.researchgate.net/publication/239798557_Reflecting_on_the_Development_of_Interpretative_Phenomenological_Analysis_and_Its_Contribution_to_Qualitative_Research_in_Psychology).

# PŘÍLOHA Č. 1

## INFORMOVANÝ SOUHLAS

Týkající se diplomové práce na téma „Prožívání a postoje lidí s duální diagnózou ke svému onemocnění“.

Žádám Vás o souhlas se zhotovením zvukové nahrávky rozhovoru pro výzkumné šetření v rámci diplomové práce.

Vzhledem k citlivosti zkoumané problematiky je náležitá pozornost věnována etickým aspektům a zajištění bezpečí respondentů výzkumu. Důraz je kladen na:

- (1) Anonymitu respondentů – identifikační údaje respondenta budou v prepisech rozhovorů upraveny natolik, aby nebylo možné jej rozpoznat.**
- (2) Mlčenlivost výzkumnice ve vztahu k osobním údajům o účastnících výzkumu (s výzkumným materiálem bude pracovat pouze výzkumnice).**
- (3) Právo respondenta neodpovídat na otázky kladené výzkumníkem, nebo možnost kdykoli rozhovor ukončit.**
- (4) Pokud by respondent kdykoli v budoucnu shledal nějaké pasáže rozhovoru jako nepříjemné, může se obrátit na tazatelku Sašu Haškovou, která se zavazuje jeho přání vyhovět.**

Svým podpisem respondent stvrzuje svůj souhlas s výše uvedenými podmínkami účasti ve výzkumném šetření.

V: ..... dne: ..... Podpis:.....

## PŘÍLOHA Č. 2

**Tabulka T1: PROŽÍVÁNÍ DIAGNÓZY ZÁVISLOSTI**

Respondent	1	2	3	4	5
Nepřikládali tomu velký význam	4.107-4.108		4.123-4.124		
Nejasnosti kolem diagnózy závislosti				4.116-117	
Smíšené pocity				6.181	
úleva		3.84			
Závislost jako realita					2.54 2.56 2.58
Bez prožívání					2.54

Oznámení diagnózy závislosti proběhlo u všech respondentů bez problémů. Respondent R1 a R3 jí nepřikládali takový význam, respondent R2 pociťoval úlevu, protože na základě této diagnózy mohl opustit zařízení, kde to bylo „hrozný“. U respondenta R4 dosud nedošlo k oznámení diagnózy, ale má ji spojenou se smíšenými pocity. Respondent R5 diagnózu předem věděl, nebyla pro něj tedy žádným překvapením.

**Tabulka T2: ORIENTACE V ŽIVOTĚ PO OZNÁMENÍ DIAGNÓZY ZÁVISLOSTI**

Respondent	1	2	3	4	5
Prožívání problémů spojených s diagnózou závislosti			4.128-4.130	6.173-6.175	
Vnímání problémů spojených s diagnózou závislosti v čase		3.94-3.95	7.215-7.217	3.67-3.68 8.236-8.237	2.62 3.64
Utajování diagnózy závislosti	4.128-4.129	5.159	5.136 5.141		

Po určitém čase od oznámení diagnózy si postupně respondenti R3 a R4 začali uvědomovat závažnost, či problémy spojené se svým onemocněním. Respondent R3 prý diagnózu přijal celkem brzy, respondent R5 se s ní vyrovnává do dneška. Respondenti R1, R2 i R3 diagnózu závislosti před okolím tajili.

**Tabulka T3: PROŽÍVÁNÍ DIAGNÓZY SCHIZOFRENIE/SCHIZOIDNÍ PORUCHY OSOBNOSTI**

Respondent	1	2	3	4	5
„Bylo to urážlivý“			10.306		
Pocity derealizace (To nemůže být pravda.)			10.311- 10.313		
Bylo to urážlivý			10.306		
Dotklo se jich to			10.310- 10.313		
Cítili se nepříjemně	3.87-3.90			10.325- 10.327	
Pocity stigmatizace okolí				10.325- 10.327	
Úleva		7.256			
Dodnes nedošlo k oznámení diagnózy					5.138-139 5.141

Oznámení diagnózy schizofrenie bylo pro klienty citově náročnější. Pro respondenta R1, u kterého bylo seznámení s diagnózou spojeno s žádostí o důchod, to byl natolik nepříjemný zážitek, že diagnózu nepřijal a o důchod nepožádal. Respondent R2 prožíval úlevu, protože nemusel jít na základě lékařského posudku u soudního řízení do kriminálu. Respondent R3 diagnóze zpočátku nevěřil, „dotklo se ho“ to a bylo to pro něj „urážlivý“. Respondent R4 měl oznámení diagnózy spojené s nepříjemným zážitkem, kvůli představě, že se na něj budou lidé dívat jako na „blázna“. U respondenta R5 dodnes nedošlo k přímému oznámení diagnózy schizoidní porucha osobnosti.

**Tabulka T4: ORIENTACE V ŽIVOTĚ PO OZNÁMENÍ DIAGNÓZY SCHIZOFRENIE/SCHOZOIDNÍ PORUCHY OSOBNOSTI**

	1	2	3	4	5
<b>Problematika invalidního důchodu</b>					
Invalidní důchod jako záchrana			9.292-9.295		
Tlak na žádost o invalidní důchod ze strany lékaře	3.83-3.84				
Přiznání invalidního důchodu jako motiv ke zjišťování více informací o nemoci					5.168-5-170
<b>Užívání a psychické problémy po oznámení diagnózy, či jako důsledek stigmatizace sebe sama</b>	7.226			10.327-10.329 10.331-10.333 11.351-11.354	

Po oznámení diagnózy schizofrenie bylo pro některé respondenty velmi důležité téma invalidního důchodu. Respondent R3 jej vnímal jako „záchranu“. Respondent R1 popisuje tlaky ze strany lékaře, aby se požádalo o důchod. Pro tohoto probanda bylo oznámení diagnózy natolik náročný proces, že „začal pít dál“. Pro respondenta R4 to také nebyl příjemný zážitek. Po oznámení diagnózy vnímal stigmatizaci ze strany okolí, která jej prý

vedla k závislosti na pervitinu. Později si ovšem uvědomil, že v souvislosti s dalšími životními nesnázemi a psychickými potížemi odsoudil především sám sebe. Také dodává, že si nejprve nechtěl diagnózu přiznat a to si dokazoval užíváním psychoaktivních látek. Respondent R5 vnímá potenciální přiznání invalidního důchodu jako motiv ke zjišťování více informací o své nemoci.

**Tabulka T5: VNÍMÁNÍ SPOLEČNÝCH ZNAKŮ SCHIZOFRENIE/ SCHIZOIDNÍ PORUCHY A ZÁVISLOSTI**

Respondent	1	2	3	4	5
Změněný stav vnímání				9.275	
Sluchový halucince, samota, konflikty, nedůvěra	6.184				
„Drogy jako spouštěč“ psychických potíží	6.188			9.275-9.276	4.113-4.116
„Bral jsem, dokud mě nezačli sledovat“		6.176-6.179			
Ztráta kontroly			7.234-8.237		

**Tabulka T6: DALŠÍ TÉMATA**

Respondent	1	2	3	4	5
Prožívání minulosti, aneb život byl jako sen, či svůj svět	3.100-3.102 6.198	4.105		11.335-11.337	
Samota v nemoci	3.87-3.88		6.186-6.188		1.32-1.33 2.35-2.37
Víra, morálka a svoboda		4.110-115 4.119-4.123 6.190-6.192		11.356-11.357	

Podpora okolí	8.267-8.269 6.178	5.155-5.157 1.25-1.30 9.277	6.196-6.198		
Představy o normalitě	10.307-10.309 5.159-5.162	8.252-8.258 8.258-8.259	4.108-4.109		

**Tabulka T7: VÝZNAM ZAŘÍZENÍ**

Respondent	1	2	3	4	5
spokojenost			1.24 1.27-1.30	1.7-1.8 1.26	1.8
Přijetí okolí	10.312-10.313		1.27-1.30		
Vzájemná komunikace	10.315 1é.317-10.319				
Vycházení vstříc	10.321	5.154-5.157			
Nejsem v tom sám	8.258				
Dobrá parta		5.154-5.157	1.27-1.30		
Dobří terapeuti			1.27-1.30		
Vyhovující program	2.44-2.47		1.27-1.30	1.26	
Obtížnější adaptace	2.44-2.47				1.8

Všichni respondenti výzkumu jsou ve speciálním zařízení pro lidi s duální diagnózou ve Středočeském kraji spokojeni. Podle respondenta R1 i R2 si klienti vzájemně vycházejí vstříc a respondent R1 také cítí, že na „to není sám“. Respondent R2 si pochvaluje složení klientů. Respondent R4 vnímá, že je součástí party, vyjadřuje se ovšem pozitivně i k přístupu terapeutů, pochvaluje si jejich zájem o klienty, či výborný způsob předávání informací. Obtížnější adaptační proces v zařízení zaznamenal respondent R1 i R5.

**Tabulka T8: POSTOJE K DIAGNÓZE ZÁVISLOSTI**

Respondent	1	2	3	4	5
------------	---	---	---	---	---



Negativní postoj		4.127	5.166-6.170	1.23-1.24	3.72
Vnímají pozitivní i negativní stránky závislosti				7.219- 7.220 7.226- 7.227	
Závislost a ztráta kontroly			5.166-6.170		
<b>Závislost není tak závažná jako jiné psychické potíže</b>	1.23-1.24		8.243-8.244		

Respondenti R2, R3 i R5 zaujímají spíše negativní postoje k závislosti, Respondent R4 vnímá pozitivní i negativní stránky závislosti. Dle respondentů R1 a R3 závislost není tak závažná jako jiné psychické potíže.

**Tabulka T9: POSTOJE K DIAGNÓZE SCHIZOFRENIE (R1-R4)/ SCHIZOIDNÍ PORUŠE OSOBNOSTI (R5)**

Respondent	1	2	3	4	5
Negativní postoj			10.328- 10.329		
Schizofrenie jako ohrožení			10.327- 10.328		
Nebude se mi žít lehce, nebudu normální			10.322- 10.324 10.322- 10.324		
Schizofrenie zvyšuje citlivost				11.361- 11.362	
Komplexní vnímání diagnózy	8.252-256	7.233-8.237		11.356- 11.357	
Bez závislosti se dá zvládnout	9.307				

Nezodpovědný postoj/změna k lepšímu					6.176-6.177 6.180-6.181
<b>Schizofrenie jako dar</b>	9.275	7.234-8.238		11.356-11.357	
<b>Nejasnosti v porozumění diagnóze</b>	8.250-8.252				5.151-5.152
<b>Přijetí nemoci, či diagnózy</b>	7.236-7.237		11.350-11.351	11.351	

Velmi negativní postoj spojený například i s pocity ohrožení zaujímá k diagnóze schizofrenie respondent R3. Pozitivní i negativní stránky této nemoci vnímá respondent R1. Negativní postoj se mu prý měnil k „lepšímu“ i díky psychoterapii. Zároveň ale dodává, že se s tímto onemocněním dá žít, pakliže člověk není i „feták“. Respondent R5 mluví o svém nezodpovědném postoji k diagnóze schizoidní porucha osobnosti například u nedodržování správné farmakoterapie, zároveň se ale v současnosti, dle jeho výpovědi, chová zodpovědněji. Schizofrenii jako dar vnímají respondenti R1, R2 i R4. O přijetí své diagnózy, či nemoci se zmiňují respondenti R1, R3 i R4. Nejasnosti v porozumění diagnóze mají respondenti R1 a R5.

**Tabulka T10: POSTOJE OKOLÍ K JEJICH NEMOCI**

Respondent	1	2	3	4	5
Špatné přijetí	5.158-5.159	6.70-6.73	6.186-6.189		
Předsudky	8.256-8.257			8.257-8.258	3.95
Izolace od okolí	5.165-5.166		5.136		3.99-3.100
Zlepšení postoje okolí	6.178	6.171-6.74 9.276-9.277		13.402-13.404	
Odmítavý postoj k pobytové léčbě	5.170-5.172				

Respondenti R4, R5 i R1 vnímali odsouzení ze strany okolí, od něhož se izoloval respondent R1 i R3. Posun ve vnímání okolí jeho závislosti zaznamenal respondent R4. I u respondenta R1 došlo ke změně. Klient se pobytově léčí a rodina jej v současnosti podporuje, dříve

akceptovala pouze farmakoterapii. Ztracenou víru okolí ve změnu a v abstinenci znovu získal respondent R2.

**Tabulka T11: VNÍMÁNÍ VLIVU DBT TERAPIE**

Respondent	1	2	3	4	5
mindfulness	10.323- 10.325		12.403- 12.404	13.415- 13.416 13.409- 13.411	7.230-7.232
DBT nemá vliv na vnímání diagnóz				13.418- 13.420	
Práce s pocity			12.399- 12.401	13.410- 13.411	
Práce s chováním	11.344- 11.348	9.295-9.296	12.399- 12.401		

DBT dle respondentů R1, R2, R3, i R5 učí pracovat se všímavostí, s našimi pocity i s neadaptivním chováním. Pouze respondent R4 uvádí, že na něj DBT nemá vliv, zároveň ale dodává, že DBT pracuje s našimi pocity i se všímavostí.

## **PŘÍLOHA Č. 3**

Přepisy rozhovorů:

Respondent č. 1 – XIII-XXIII

Respondent č. 2 – XXIV-XXXIII

Respondent č. 3 – XXXIV-XLVI

Respondent č. 4 – XLVII-LX

Respondent č. 5 – LXI-LXVIII

1 A: Nejdřív bych se tě chtěla zeptat na tvůj příběh, jak jsi se sem dostal?  
2 Z: No...já jsem vlastně alkoholik docela dlouho a už jsem se ambulantně léčil s paranoidní  
3 schizofrenií, ale neměl jsem důchod. Ten důchod jsem nakonec získal a proto jsem se vlastně  
4 tak jako rozhod, že půjdu se léčit a dokážu mámě nějakou důvěru. Rodičům, šlo o rodiče a taky  
5 nějak prostě pro sebe hlavně, protože tam prostě vyplynuly pak nějaký další věci, který jsem se  
6 v léčbě dozvěděl a zjistil jsem že to není vůbec nějaký náročný, nebo nepodepisuje se to na mě,  
7 takže jsem více inklinoval k té léčbě nakonec a chtěl jsem se vlastně vyléčit.  
8 A: Hm, takže jednak motivace rodičů, tvoje vlastní motivace a víra v to, že ta léčba nějak jde.  
9 Z: Jo, přesně no.  
10 A: A jakej to mělo u tebe průběh?  
11 Z: U mě to mělo průběh, že to ambulantní léčení nemělo moc smysl a já jsem vlastně se  
12 pořádně nechtěl léčit, ale potom až když jsem začal prostě vyhledávat chráněný bydlení, tak  
13 se mi začalo víc dařit a přestal jsem mít v určitým smyslu jistý problémy, protože co se týče  
14 ohledně práce nebo nějaký terapeutický péče, tak to bylo všechno zařízený a jednodušší, než  
15 jezdit na ambulantní léčbu jednou týdně a nechávat si vypisovat nějakou omluvenku. To bylo  
16 na chráněným bydlení jednodušší.  
17 A: A to bylo v té psychoterapeutické klinice ve Středočeském kraji, jak jsi mi říkal?  
18 Z: V té psychoterapeutické klinice ve Středočeském kraji, no.  
19 A: A na těch Hájích to mělo jaký průběh?  
20 Z: Na Hájích jsem byl v chráněným bydlení, pracoval jsem tam v sociální firmě...docela  
21 dobře, pracoval jsem tam přes půl roku, dostával jsem plat na částečnej úvazek, byl jsem  
22 spokojenější, vlastně nákej denní režim naplánovanej a ten jsem si plnil. Ve finanční stránce  
23 jsem prej docela obstál, ale ta abstinence tam furt nebyla, tam byla stále ta závislost, nebo je  
24 tam stále ta závislost i když jako teďka už si můžu říct, že jsem zvládnul víc. To bylo asi  
25 kolem roku 2013- 2014 no a tam chodila každej den ke mě terapeutický sestra, no...takže tam  
26 jsem byl takovej ještě zaléčenej k té ambulantní péči. Furt jsem chodil ke svý psychiatři  
27 plus jsem chodil ještě do psychoterapeutické kliniky ve Středočeském kraji. Měl jsem tam  
28 chodit na denní stacionář, devítiměsíční, a ten když jsem dokončil, tak jsem nastoupil do tý  
29 práce no a bylo to supr no...supr to bylo, no...pěknej čas v Praze no...hlavně jsem se  
30 osamostatnil, byl jsem tam v tom svym vlastním bydlení a to byla určitě větší svoboda i když  
31 jsem teda nesměl pít a no. Což byla vlastně výzva a překážka a to sem jako překonal.  
32 A: Takže jestli tomu správně rozumím, tak nepiješ od toho roku 2013?  
33 Z: Asi tak 2013-2014. Od té doby jsem měl asi dva relapsy.  
34 A: A Jak dlouho se vlastně léčíš celkově?

35 Z: Celkově se s duální diagnózou léčím asi...nejdřív to byla toxická psychóza, roku 2003 jsem  
36 byl poprvé hospitalizovanej a teď je rok 2018, takže ambulantně asi do roku 2010 a ve  
37 stacionáři ve Středočeském kraji, pak nějaký soukromý psychiatři a terapeuti. No a pak vlastně  
38 Terapeutická komunita, co byla pro lidi s duševním onemocněním. No pak byla ta  
39 Psychoterapeutická klinika ve Středočeském kraji a pak byla vlastně ještě jedna komunita ve  
40 Středočeském kraji.

41 A: Hm hm, takže už máš za sebou spoustu zkušeností s léčbou. A jak se máš tady?

42 Z: Tady je více zátěže na ty pravidla. To je zatím nejtěžší komunita, kterou jako já procházím  
43 a je to vedený spíš na ty terapeutický skupiny, práce je tu členěná. Je tady více druhů práce  
44 pro ty nultý a první fáze, jsou tu povinnosti toho zúčastnit se režimu. Režim je docela  
45 obsáhlej, dlouhej, ale jsem v tom jako pro duální diagnózy, takže o něco jednodušší, než má  
46 terapeutická komunita. No a já jak jsem tady začátek měl docela těžkej, měl jsem nějaký ataky  
47 zezačátku a už se teda rozhodovali jestli mě nepošlou na léčbu, ale nakonec jsem to ustál, což  
48 je po asi 13 letech zase velká ataka.

49 A: Takže 13 let jsi neměl žádnou velkou ataku, to je dlouhá doba.

50 Z: No byl jsem zamedikovanej vlastně, bral jsem na tom stacionáři ve Středočeském kraji asi  
51 Haloperidol, takže já jsem vlastně zamedikovanej. Teď jsem vlastně ještě po dlouhý době  
52 zamedikovanej hodně docela. Byl jsem i míň. Bral jsem třeba jeden lék za den, ale to mi moc  
53 nepomáhalo, ale tohle, co beru teď mi docela pomáhá.

54 A: Pomáhá ti to. A jak to tady zvládáš?

55 Z: Jsem tady obodovanej za nějaký špatný věci, ale na druhou stranu zase mě chválej v práci a  
56 jsou na mě hodný tady všichni. Nechci si to zkazít tady prostě, abych prostě nemusel bejt  
57 vykopnutej, no. Já jsem měl zezačátku problémy s kouřením, takže teďka mám prostě už za to  
58 body, takže já nesmím prostě kouřit a je to i v pravidlech, že jsou jen dvě místa, kde se smí  
59 kouřit a na to si musím dávat pozor, no.

60 A: Když už mluvíš o tom kouření, tak se pojďme zaměřit na užívání drog. Jak jsi se dostal k  
61 drogám?

62 Z: K drogám i alkoholu, no. No na začátku jsem vlastně bral drogy na gymnáziu na střední  
63 škole asi od šestnácti let, kdy jsem se setkal i s cigaretama a alkoholem. Pak to přešlo v extáze  
64 a LSD. No a pak to končilo tou léčbou v roce 2003, kdy jsem byl závislej na LSD...asi. Od tý  
65 doby jsem přestal zhruba do roku 2011...asi, kdy jsem poprvé vyzkoušel piko a po pěti  
66 dávkách jsem se nechal vlastně léčit v tý komunitě.

67 A: Hm, hm.

68 Z: Já jako nemám rád drogy, já bych je nechtěl jako užívat, proto jsem prostě proti tomu.

69 A: A jak ti v tom bylo? V těch drogách?

70 Z: Já ani nevím, já jsem byl hrozně opilej, spíš mě to zaneslo hlavu nějakým šumem z okolního  
71 světa a takovým jakoby nějakým blahodárným šumem, ale já jsem se dost bál v tu chvíli.  
72 Myslel jsem, že se mi rozkočí hlava a myslel jsem, že to nepřežiju, no.

73 A: Takže na jednu stranu to byl blahodárný šum a na druhou jsi se bál.

74 Z: Měl jsem strach, no. Bál jsem se v tom zůstat v nějakým tom...prostě, jak jsem si dal, tak už  
75 jsem věděl, že se půjdu léčit. Protože už jsem se v té době léčil ambulantně. Jako jak sem se  
76 léčil, tak jsem si myslel, že mi pomůžou někde.

77 A: Věřil si, že ti léčba z toho pomůže ven. A chápu to tedy tak, že jsi ze začátku různě  
78 experimentoval s LSD, alkoholem cigaretami, pak pervitin a do toho alkohol. Co bylo asi tak  
79 nejvíc?

80 Z: Ten alkohol asi nejvíc, no. A častější než pervitin byla u mě i marihuana.

81 A: Hm. A jak to máš s tou diagnózou závislosti? Kdy ti poprvé někdo řekl, že máš diagnózu  
82 závislosti?

83 Z: No nejvíc mi to cpal do hlavy právě pan doktor (významný český psychiatr), že bych si po  
84 toxický psychóze měl nechat napsat důchod a já jsem měl vlastně nějakou práci už splněnou,  
85 tak to nějak vyšlo, ale ten důchod jsem dostal vlastně až v roce 2010 na paranoidní schizofrenii.

86 A: Jaký to pro tebe bylo, když ti pan doktor tu diagnózu řekl?

87 Z: No nebylo to moc příjemný pro mě, nevěděl jsem, co říct. Já jsem se vlastně ani jako  
88 nemohl dokázat bavit s lidmi kolem sebe a bavil jsem se vlastně jenom s mámou a tátou a táta  
89 v té době taky pil a já jsem pil taky, takže jsme si s panem doktorem moc nerozuměli a já  
90 jsem to teda odmít v roce 2003.

91 A: Teď tomu moc nerozumím, co jsi odmítl?

92 Z: Ten důchod, že si ho nechám napsat. No ale ne že bych zanevřel na léčbu, to ne, ale chodil  
93 jsem do stacionáře, k psychologovi. Taky k němu a pak to byl pak doktor X. a tam jsme si  
94 taky moc nerozuměli. Ale chodil jsem tam, ani jednou jsem snad nevynechal, nebo jsem  
95 vynechával, ale vynechával když jsem opravdu jako nemohl přijít.

96 A: No a to, že jsi si s nimi nerozuměl to souviselo s čím?

97 Z: Já jsem neudržel téma, no vlastně, co to znamená co? Neměl jsem o tom informace,  
98 nevěděl jsem, jak se to projevuje, pak mi to došlo až později.

99 A: A co teď konkrétně máš na mysli?

100 Z: Tu paranoidní schizofrenii. Já jsem byl vždycky méněcennej. Byl jsem prostě ve svym  
101 světě, v toxický psychóze a uvědomoval jsem si, že kdybych nejezdil k doktorovi, že by mě to  
102 asi pohltilo na furt. Cejtíl jsem a věřil jsem, že se vyléčím. No a jediný, co mi šlo byly

103 kognitivní hry, kdy se mi ta paměť zlepšovala. Měl jsem špatnou paměť. Byl jsem ve svém  
104 světě, někde mezi hudbou a východním náboženstvím a nemohl jsem se toho pustit.

105 A: Hm. A co pro tebe je vlastně ta diagnóza závislosti? Jaký to pro tebe bylo, když ti jí poprvé  
106 někdo diagnostikoval?

107 Z: Myslel jsem, že to není tak jako moc hrozný jako lidi na heráku, na piky. Myslel jsem si,  
108 že na tom nemám závislost. Pravda je, že jsem si od té doby nic takového nedal. Zase jsem se  
109 začal léčit. Ta závislost pro mě není trvalá, i ten alkohol pro mě není trvalej. Trvalej smysl  
110 nějakýho žití. Je to vlastně pro mě teďka nákej nebezpečnej přítel.

111 A: Jak tě poslouchám, tak tam slyším, že je to něco, co není pro tebe trvalý. Je to něco, co tě  
112 potkalo, co mělo nějaký průběh, ale netrvá to. Je teď čas se s tím loučit, nebo...

113 Z: Jo asi jo, ale i taky, že jako odehrává se to ve mě tady na té léčbě, že se snažím přestat, ale  
114 že jako já nedokážu pochopit pořád proč bych to neměl dělat. Ještě jsem si nenabil hlavu, ale  
115 prostě věřím tomu, že si nemusím dát. Můžu jít ven a nedát si. Věřím tomu, že mi ten režim a  
116 a tady ty úkoly, co tady dostávám, ty pracovní i skupinový pomůžou k tomu abych ještě třeba  
117 nějak čas si vedl třeba jako čistej člověk, jo. A samozřejmě se připravuju s psychoterapeutem  
118 na další zkoušky, že jo. Takže si plánuju volnočasový aktivity i cokoliv jinýho. Plánuju si  
119 další následnou péči, připravuju si doktora, budu chodit na terapie. Kdybych měl náhodou jít  
120 pryč, tak jsou jiný společnosti si myslím, který by mi mohli pomoci. Vím, že třeba na  
121 anonymních alkoholických jsou třeba lidi, co nepijou 40 let, to je velká výzva no. (Hluboký  
122 povzdech)

123 A: Jak jsi se v tom cítil, když ti někdo diagnostikoval závislost?

124 Z: Když mi někdo řekne, že jsem závislý, tak mu řeknu, že nejsem, nebo je to tak jako trochu  
125 o mně, no. To si přiznávám asi jenom sám sobě no, ale jinak bych chtěl být asi trochu tvrdší,  
126 no.

127 A: V jakým smyslu?

128 Z: Ve smyslu, že by se to neměl nikdo dozvědět, že by se to mělo rozšiřovat zase jenom mezi  
129 lidmi, kterým věřím.

130 A: je pro tebe něco, co by se mělo skrývat?

131 Z: Asi ano. (povzdech)

132 A: Je to něco, co tě před okolím nějak stigmatizuje?

133 Z: To zase ne, já nevyhledávám zase společnost lidí, který prostě to jak berou, nebo berou to  
134 tak, že si choděj tajně něco dávat. Ale vyhledávám spíš společnost lidí, který neberou a který  
135 dokážou říct, jak se měli ten den s tím, že překonali tu závislost dál. Řeknou, jakej měli  
136 problém a jak ho překonali.



137 A: Že vlastně lidé kolem tebe...

138 Z: Nemusej bejt věčně...nemusej bejt jako závislý, že jo. Můžou bejt přímo závislý, nebo

139 můžou bejt jenom závislý, co to tajej.

140 A: Hm. Co si o té diagnóze závislosti vlastně myslíš?

141 Z: Je to pravda, no. A vzhledem k tomu, že už jsem hodně dlouhodobě uživatel alkoholu, tak

142 si říkám, že už je na čase, no. Ta závislost mě zezačátku dostávala, no. Necejtíl jsem se mezi

143 svejma kamarádama moc dobře. Postupně jsem je opouštěl, no.

144 A: Ses jich postupně stranil...

145 Z: Ta závislost to dělala i tak no.

146 A: A jaký k tý diagnóze závislosti máš postoj? Měnil se ti nějak?

147 Z: Ne nezměnil, mám furt stejnej.

148 A: A můžeš mi ho prosím trochu přiblížit?

149 Z: No tak já nevim...kvůli tomu, že se ty drogy vůbec vyráběj je zle a protože se marihuana

150 nekouří a je stále nelegální tak k tomu taky mám odpor a protože se léčit se s tím ani

151 nechci...se s tím konfrontuju no, ale říkám si...nějak jsem to i omlouval v minulosti.

152 A: Že jsi...

153 Z: Omlouval jsem se i svý známý...kamarády. Ale je to jejich věc, ať si dělaj, co chtěl, ale no,

154 ale musel jsem se jich stranit, no.

155 A: Tě ta jejich závislost od nich oddálila.

156 Z: Ano.

157 A: A jak si myslíš, že vnímali ostatní tebe, když jsi bral drogy?

158 Z: Dost špatně to přijímali. Já měl holku, tenkrát. Ta holka se ode mě odstěhovala a už se se

159 mnou vůbec nebaví no a má děti, že jo a já jsem teďka na léčbě a stále nejsem hotový,

160 správně zařazený člověk, i když jako v uvozovkách, protože lidi, kteří se léčej zase maj

161 nadhled na ten svět. Dostává se jim pohledu na svět, takže já možná po týhle komunitě budu

162 připravený odejít někam do svýho, no. Ven do čistýho.

163 A: Ano, ano a jak si myslíš, že se změnil pohled ostatních na diagnózu závislosti? Změnilo se

164 to nějak?

165 Z: Já jsem přestal čím dál víc komunikovat se svými kamarády, takže já když se pokusím o

166 nějaký kontakt tak to většinou neskončí dobře.

167 A: Máš s tím špatnou zkušenost. A co rodina?

168 Z: Rodina dobrý, rodina se s tím vyrovnala celkem dobře. To že nevidí žádný,ňáký jiný

169 projevy, nějakýho těžšího bludu nebo bláznivín, což si říkám, že je super teda. Ale zase na

170 druhou stranu tam byly halucinace a taky sluchový halucinace, takže léčba léky, to rodina

171 jako přijmula, ale psychiatrické léčebny ve Středočeském kraji, nebo do jiný léčebny mě  
172 poslat nechtěla.  
173 A: Takže léky jo, ale léčba...  
174 Z: Léky jo, ale léčba ne.  
175 A: Změnilo se to nějak?  
176 Z: No, jsem tady.  
177 A: A rodina?  
178 Z: Rodina podporuje.  
179 A: Takže se to změnilo. To je velkej krok ze strany rodiny.  
180 Z: No, no.  
181 A: Vnímáš nějakou souvislost mezi závislostí a diagnózou paranoidní schizofrenie?  
182 Z: No...ano ne?  
183 A: Hm?  
184 Z: No vlastně jo, vlastně sluchový halucinace, samota, konflikty, nedůvěra že jo.  
185 A: Ty věci, který vyjmenováváš vnímáš jako společný pro schizofrenii a závislost?  
186 Z: Ano  
187 A: Ono to totiž často bývá tak, že ten alkohol, nebo jiná droga co si dáš...  
188 Z: To spouští no.  
189 A: Tuhle souvislosti tam vnímáš.  
190 Z: No, no.  
191 A: A kdy poprvé jsi měl pocit, že tě někdo pronásleduje?  
192 Z: 2005 třeba.  
193 A: 2005...a jaký to pro tebe bylo?  
194 Z: Hm...hodně alkoholu, byl jsem jak rozjetej vlak, docela mladej ještě, kolem pětadvaceti,  
195 takže nepřijmutí kolektivu možná a domluva nade mnou, že jo ňáká, ňáký psychický  
196 problémy, halucinace, alkohol, deliria.  
197 A: A jak ti v tom bylo?  
198 Z: Nepříjemně no, to bylo nepříjemný. Nijak zvlášť sem se v tom necejtil. No v těch oparech  
199 no a...taky jsem potom následně usnul, že jo. Vždycky se to odehrávalo až v posteli někdy  
200 umytej, když jsem byl tehdy, naučenej do školy, ležel jsem v posteli, tak jsem míval takový  
201 halucinace, no. (hluboké povzdechnutí)  
202 A: Jak se to vyvíjelo dál?  
203 Z: No přestávalo to.  
204 A: Co ti v tom pomohlo?

205 Z: Tyjo, cestování k babičce, léčba ambulantní, doktor, léky a omezení. Teda potom  
206 postupem času omezení alkoholu. A léčba v komunitě, po tom střízlivění těžkym. Zase ono  
207 po tom střízlivění alkoholu přišlo zase něco jinýho, takže to byla taková nepřetržitá jízda toho,  
208 že se chci vyléčit a že to nejde.

209 A: Podnikal si k tomu spoustu kroků.

210 Z: Podnikal jsem kroky a pak se cejtil zase dobře, ale nepřipraveně, takže jsem zase  
211 zrecidivoval, takže to nešlo, no.

212 A: Mně přijde fajn, že teď o tom víš, že je to důležitý. A tak se můžeš snažit to nepodcenit a  
213 připravit se na to.

214 Z: Jo, to je supr, no. Jsem vlastně teď půl roku úplně bez alkoholu, protože ještě minulý  
215 půlrok jsem si dovoloval půl roku Birrel jednou za tři měsíce. Nepil jsem ho moc často, no.

216 A: A teď už teda ani Birell.

217 Z: Teď už ani Birell.

218 A: Když se vrátíme k té schizofrenii, tak kdy ti vlastně poprvé někdo řekl, že máš diagnózu  
219 schizofrenie?

220 Z: Až soudně, když mi řekli, že budu mít důchod.

221 A: Až tam jsi se to dozvěděl.

222 Z: Až přesně tam no, ale předtím mě k tomu úkonu přemlouval pan doktor.

223 A: Doktor X (významný český psychiatr).

224 Z: No, já jsem si myslel, že se to zlepší, ale nezlepšilo se to, no.

225 A: Hm. A jaký to pro tebe bylo, když ti někdo dal tuhle diagnózu?

226 Z: No, já jsem chvíli začal pít dál no, ale to už jsem si neuvědomil, co dělám no.

227 A: To pro tebe bylo tak silný.

228 Z: No asi jo. Takový věci já moc neumím.

229 A: Co máš na mysli?

230 Z: Ty síly, nebo jak bych to řekl, že když se cejtim hodně slabej, tak si myslím, že to je proti  
231 mně hodně silný. Snažil jsme se tehdy recidivovat. Teďka to mám trošku jinak. Snažim se to  
232 rozebírat no, takže mě to teďka i občas vychází...ale uvidíme venku, no.

233 A: Slyším, že už na to jdeš jinak, sis našel jiný strategie, jak se s tím vyrovnávat.

234 Z: Hm...tak no.

235 A: A jak se ti s diagnózou schizofrenie žije teď?

236 Z: Teďka úplně super, no. Přemejšlim o tom a snažim se něco vymyslet, diagnózu mám, tak  
237 s ní žiju, no. Tak většinou, jak je stres, jak sem nervózní, tak se to rozjíždí, jak sem neklidnej,

238 nebo hodně kouřím, tak se mi to rozjíždí, takže takovýhle různý spouštěče tam sou a já si píšu  
239 krizový plány, píšu si strategie, píšu si, no prostě do toho du, no.  
240 A: Máš nějaký svoje osvědčený strategie, který ti pomáhaj se s tím líp vyrovnat.  
241 B: Tak no.  
242 A: Jak ti je teď, když o tom všem takhle otevřeně mluvíme?  
243 B: Už sem utahanej, ale nutí mě to přemejšlet.  
244 A: Klidně si můžeme dát pauzu, jestli chceš.  
245 B: Jo, tak jo.  
246  
247 PAUZA  
248  
249 A: Co si vlastně o tý diagnóze schizofrenie myslíš?  
250 Z: Schizofrenie je pro mě trošičku bájná věc, která se dříve odsuzovala, teďka je rozřazená na  
251 ty psychotičtější, myslim, stav a takový, myslim, i schizoidnější stavy, ňáký podle mě. Já  
252 mám teda ten psychotičtější stav...No a občas mi to pomáhá a občas ne...Dám příklad, že  
253 nemůžu do těžký práce nastoupit, nemůžu na třisměňnej provoz, což sem jednu dobu  
254 preferoval, protože mám technickou školu a myslel sem si, že budu takovej bohém, kterej  
255 nastoupí do těžký práce a vydělá si peníze. Přitom to takhle vlastně vůbec není. Jednak sem  
256 do práce vůbec nemusel a za druhý sem potkal eště lidi, který by mě pomohli.  
257 A: Hm.  
258 Z: A který sou stejný jako já, takže sem se více seznámil s tou nemocí. Nebyl sem v tom sám.  
259 A: Máš kolem sebe lidi, který tě podporujou. A Měnil se ti nějak postoj ke schizofrenii?  
260 Z: Jo, měnil no. Dříve jsem to spíš odmítal, teďka je to lepší, no, A změna k lepšímu, dá se  
261 z toho tou terapií vymyslet líp, no. Člověk je nabitější tou energií po skupině a nemyslí na  
262 nemoc.  
263 A: Takže ty skupiny ti vlastně pomáhají v tom, aby ses cítil líp.  
264 Z: Jo, pomáhají, hodně pomáhaj. A je to i vlastně taková hodně společenská věc a sou to lidi  
265 se stejnou nemocí, no.  
266 A: Nejseš na to sám.  
267 Z: Nejsem na to sám, je tam i vedení tý terapie, ňáký téma, obsah ňákej. A i když neni ňáký  
268 hluboký, tak se občas najde i ňáký hluboký téma a je to i zajímavý, a je to i zajímavý,  
269 motivující a prostě je to takový.  
270 A: Skupina, nebo ty lidi ti pomáhají nemyslet na nemoc a...

271 Z: Ne, to jenom ta skupina. Taky musim myslet na nemoc, ale po skupině, nemyslím na  
272 nemoc, ale přímo na tý skupině na to docela i myslím, že se zapojují do debat, zapojují se  
273 prostě takhle různě, to jo, no.

274 A: Hm a když mluvíš o tom myšlení na nemoc, tak to jsou nějaký stavy, nebo...

275 Z: Jsou to trochu stavy takový jakoby bych přirovnal k volnosti, takovýmu daru.

276 A: Můžeš mi o tom povědět víc?

277 Z: Je to úplná zábava vždycky. Buď to sem takovej jako klidnej volnej, je to asi trochu tou  
278 psychózou, ale cejtím, že je to působením léků, kdy se cejtím líp, než ostatní, občas. Sem  
279 výřečnej, nemluvim blbosti, mluvím prostě líp, snažím se myslet řečí, že jo. De mi to, sem  
280 nabítej energií, ale sou taky doby, kdy si připadám strašně nervózně a začnu hodně kouřit.  
281 Začínám bejt takovej trochu manickej, takže to se mi střídaj dvě takový nálady, který bych  
282 přirovnal k tý schizofrenii.

283 A: Co nějaké pronásledování, pocity ohrožování?

284 Z: No, já sem to tehdy panu doktorovi říkal, že sice tam něco takovýho je, ale mě to vůbec  
285 nevadí, nevšímám si toho. Nějak sem to přešel prostě a životem a cestováním k babičce a nějak  
286 sem se tomu snažil utéct, když se to tak vezme. Cestováním po Praze, všude možně. Nějak mi  
287 to nevadilo.

288 A: Jak často ty pocity máš teď?

289 Z: Méně často, ale nějaký projevy těch hlasů tam sou.

290 A: Hm a co ti třeba říkaj?

291 Z: Že za to můžu já, nějaké téma, nebo mě chtěj nějakym způsobem napadnout slovně, nebo  
292 se prostě společensky ukazujou hlasy, nebo prostě je nějakej špatnej den a myslím na tu  
293 závislost.

294 A: Takže mají různé projevy.

295 Z: Hm, mají různé projevy.

296 A: A jak myslíš, že ostatní vnímají tu tvojí diagnózu schizofrenie?

297 Z: No...já sem takovej hyperaktivní trošičku a sem takovej hodně pracovitej. Doufám, že jim  
298 jako nevadím, že jako cejtím s ostatníma lidma, co maj sdílet, snažím se vcítit do jejich  
299 problémů, protože si myslím, že...no jsem takovej jakoby nevšímavej a sem takovej trošičku  
300 tupej k jejich nemoci no, ale všímám si toho, jo. A opravdu se omlouvám. Mluvim s nimi,  
301 s kýmkoliv. Pokud teda není v recidívě, pokud nehledá nějakej fet u mě, tak já na takovýhle  
302 lidi kašlu a uzavírám se do sebe a odcházím. Ale jakmile jsou tady v komunitě, tak se s něma  
303 snažím bavit.

304 A: Pokud tedy neberou, tak jim jdeš naproti.

305 Z: Snažím se, no.

306 A: A jak myslíš, že celkově vnímají ostatní schizofrenii?

307 Z: No pokud člověk není feťák, tak se s tím dá žít. Zařadit se do společnosti to je asi to  
308 nejtěžší, protože i u mě byl takovej problém, protože já sem málo pracoval, že jo a snažím se  
309 pracovat i teďka, ale (povzdechnutí) všeobecně by to chtělo asi ani nevím...lepší nemocnice  
310 možná.

311 A: Hm a jak vnímáš druhý ve vztahu k tobě? Jak na tebe nahlížejí?

312 Z: Na mladýho kluka, na pečlivýho kluka, pracovitýho, kamarádskýho. Co tady vim,  
313 poslední dobu.

314 A: A Měnilo se to nějak?

315 Z: Nemění se to, ale sou tam různý omyly, který si říkáme rovnou za pochodu.

316 A: Hm a jaký třeba?

317 Z: V práci, nebo ve volným čase, když neumeju hrnek, tak mi řeknou umej ten hrnek,  
318 omluvim se a du ho umejt. Zavírání dveří, když je zima, tak zavíráme dveře, aby tu bylo  
319 teplo, vyhřálo se to. Takže takhle, no.

320 A: Se nějak snažíte spolu vycházet.

321 Z: Snažíme se spolu vycházet, no.

322 A: A jaký vliv má podle tebe DBT terapie na to, jak vnímáš svy diagnózy?

323 Z: U mě to je trošku uvědomění toho, kde vlastně sem. Hledání nějakýho rozporu, kde se to  
324 přičí a kde je naopak schůdnější cesta. A všechny ty mindfulness jak vztahy, tak pocity sou  
325 úplně super, no. Z tý nervozity, to je trošičku těžší téma, ale po ní následujou ty pocity a já to  
326 mám tak jako seřazený genealogicky, ty stránky. Podle sebe a většinou se zaobírám těma  
327 pocitama, no. A to není špatný, no.

328 A: A jak ti to pomohlo s tvym nahlížením na tu diagnózu?

329 Z: No, tak normálně sem o tom uvažoval, uvažoval sem o smysluplných věcech. Jakoby  
330 psychologie, která je pro lidi s duální diagnózou trošičku rozvrstvená, taková jakoby  
331 jednoduše řečená, ale zase na druhou stranu udělaná skvěle. No a přijímám věci od ostatních  
332 lidí. A je to takovej jakoby test, test na to napsat nějaký úkol, napsat a nějak se myšlenkově  
333 zapojit úplně snadno. Přitom úplně na takových logických zásadních věcech, který maj  
334 člověku docházet a maj mu docházet správně, maj se vstítit a má přicházet k těm pocitům,  
335 který by měly bejt naučený už jako od rodiny, že přijde radost, když je oslava, přijde smutek,  
336 když je nějaká nepovedená akce, takže...

337 A: Pomáhá si to uvědomovat...

338 Z: Pomáhá si to uvědomovat takový základní věci plus to, že když se nic neděje přijde stres,  
339 tak tam sou zase návody, jak odstranit stres, jak se zabavit, jak žít šťastnější život, přítomnej  
340 okamžik, nebo prostě jenom zvládnout tu danou situaci v tu danou chvíli.

341 A: A to ti pomáhá.

342 Z: A to mi pomáhá, no.

343 A: Hm, to je super. A jak to jde třeba s tou nervozitou?

344 Z: S nervozitou to pomáhá, že jo. Třeba sem neklidnej, nervozita ke mě přichází, tak já  
345 okamžitě беру míček, začnu pumpovat do sebe (společný smích), začnu ho rychle mačkat,  
346 nebo jednoduše odejdu do jinýho pokoje a koukám do nějaký knihy, nebo se věnuju poslechu  
347 muziky, nebo du ven. Nejčastěji odklánim nervozitu někam stranou a věnuju se jiným věcem,  
348 když je to hodně takový prudký napětím. Zajímavý, no.

349 A: Funguje ti to. Tak jsme u konce, máš ještě něco, co by tě napadlo k tomu dnešnímu  
350 rozhovoru?

351 Z: Ani ne už.

352 A: už toho bylo dost, vid'?

353 Z: už toho bylo dost.

354 (společný smích)

355 Z: Ale bylo to pěkný, mělas to pěkně připravený, některý otázky tam byly podobný, tak sem  
356 si vzpomněl na ty odpovědi z předchozího.

357 A: Jo jo nejdřív jsem se ptala na jednu diagnózu, pak na tu druhou.

358 Z: Mně přijde, že si nejdřív měla závislost a pak schizofrenii.

359 A: Ano, přesně tak.

360 Z: Tak jsem v obraze.

361 A: Ano ano. A jak ti teď je? Jsi v pořádku?

362 Z: Jo jo, díky moc.

363 A. Já děkuju.

1 A: Nejdřív bych se tě chtěla zeptat, jak jsi se sem dostal a jak jsi tady vlastně dlouho?  
2 Z: V Chrpě sem tři měsíce, předtím sem byl 2,5 roku v psychiatrické léčebně ve  
3 Středočeském kraji.  
4 A: 2,5 roku...a kde jsi byl v té léčebně?  
5 Z: Nejdřív na soudním, pak sem si začal dělat ochranou léčbu. Byl sem přložený na  
6 psychiatrickej pavilon, tam sem byl rok a půl, protože sem si myslel, že mě tam člověk zabíjí,  
7 že má pistoli, prostě, že de po mně, tak sem prostě šel na příjem k doktorce a tý sem se zeptal,  
8 jestli mě může přendat na jinej pavlon, tak mě přendala, po půl roce to odešlo, tak mě přendali  
9 zpátky a vydržel sem tam až do teďka.  
10 A: Hm. A co bylo předtím?  
11 Z: Předtím sem byl na ulici, na squatech, na ubytovnách, bral sem drogy, pil sem alkohol,  
12 nebral sem léky, protože sem si myslel, že sem král rovnováhy. Sem si vymodelovat takovou  
13 postavu, sem myslel, že pomáhám ženám, dětem prostě, jako prostě s nákupem, dětem  
14 s kočárkem do tramvaje, jako prostě takovej činorodej. Nebo prostě když se někde prali, tak  
15 sem tam naběhl a sem to prostě koučoval. Myslel sem, že dělám právo prostě, na tý ulici, že  
16 dělám prostě dobrý věci. Taky druhá věc byla, že sem krad v krámech kosmetiku většinou a  
17 to sem si myslel, že mám tajný posláný prostě, že dělám pro policii prostě, že maj nějaký věci,  
18 co na ně prodávaj a já to беру kvůli těm štítkum a oni z toho dostávaj důkazy. Jakože prostě  
19 vyšší moc chce to, abych to dělal, i sem se v tom cejtil, bylo mi v tom dobře, se dá říct.  
20 Vlastně bylo to vabank protože když sem něco přines, tak ostatní při mě stáli, byli kamarádi,  
21 ale kdybych nic nedones a šli po mně, tak mi nepomůžou. Takže sem tam byl sám a prostě mě  
22 se v tom dařilo, sem v tom byl docela obratnej a vlastně vznikli mi tím dluhy na celní správě,  
23 ty sem všechny uhradil, teď mám výpis z katastru dlužníků nula, mým ménem, takže sem  
24 všechny svý dluhy celní správě, úřadům, dopravnímu podniku, Providentu, prostě všechno  
25 mám splacený. Takže prostě za ty dva roky sem na sobě udělal dost práce a mám celou řadu  
26 lidí, doktorů, primářů psychiatrické léčebny ve Středočeské kraji, co mi to přejou, co za mnou  
27 stojej, že když mám problém, jako včera sem měl problém, ze skupiny sem si něco odnes,  
28 volal sem pani doktorce, ona mě uklidnila, , dodala i energii prostě a mám takový jištěný záda  
29 v tom, že zaprvý můžu jít domu k mámě a za druhý, když by se něco dělo, tak se můžu vrátit  
30 do psychiatrické léčebny na otevřenej pavilon. Kde prostě budu moct do města jak chci, jinak  
31 se musím hlásit a tak, ale je to otevřený. Ten otevřenej pavilon je otevřenej, takže prostě.  
32 A: Takže máš takovou jistotu, že kdyby něco, tak...  
33 Z: Že prostě ty dva roky abstinence to k něčemu je, že mám za sebou závěs lidí, co prostě  
34 kopou za mě, prostě.



35 A: A když mluvíš o tý abstinenci, na čem si byl hlavně závislý?

36 Z: Tak hlavně na pervitinu, nástřely injekčně a na marihuaně tak od těch čtrnácti. A teď

37 v poslední době se k tomu přibral alkohol a ten, no, to nebyla taková ta závislost, že bych po

38 tom bažil, spíš aby se mi změnil stav prostě, ale nepotřeboval sem to, neměl se abst'áky,

39 delirium, nic takovýho, prostě. Prostě sem chtěl být v jinym stavu, abych se nemusel dívat na

40 to, že žiju na squatě, sem špinavej a tak.

41 A: Ses tak snažil vyrovnávat s tou realitou.

42 Z: Jak jako? Tomu nerozumum.

43 A: No, že ta realita, squat, špína byla těžká, tak ty drogy ti pomohli se s ní líp vyrovnat.

44 Z: Tam to zase nebylo tak špatný na tom squatě. My sme měli barák, který nám policajti řekli,

45 že když se o něj budem starat, takže tam můžem bydlet, když se budem chovat jako tým, tak

46 to pude. My sme se semkli a jeden chodil, já nevím, na jídlo k Albertu, prostě, druhej chodil

47 tam, třetí tam. Takže já sem byl mezi mladejma lidma, to většinou byli mladý lidi a bylo to

48 v pohodě. Akorát prostě teď když na to koukám zpětně , tak se mi tam nechce vrátit, ale

49 v daný situaci to bylo ještě štěstí, že sem dopad takhle, protože jinak sem mohl zůstat někde

50 v lese. Sám v zimě, prostě a jako to má spousta jiných lidí, co sou na ulici, jako bezdomovci,

51 že jo. Tak sem byl chráněnej, že měli psi a tak, tak si na nás nikdo nedovoloval.

52 A: Měl jsi tam lidi kolem sebe, určitý pocit bezpečí.

53 Z: Měl sem tam postavení, protože sem tam přinášel kladný věci, jídlo a drogy a prostě mě

54 měli rádi za to a stáli při mně. Takže, to si myslím, že vidim jako pozitivně. Já si myslím, že

55 spousta umělců, terapeutů, co znám, co sou pankáči, znaj ňáký čundry a tak, to je podobný

56 jako když je někdo na squatě, že jo, ňáký cesty do Santiaga, to sou věci , co se k tomu daj

57 přirovnat. Vždyť Milada to byli všichni vysokoškoláci. Ne všichni teda, no trošku si možná

58 teď bráním ten svůj squat...

59 A: To je v pořádku, aby nedošlo k nějakému nedorozumění, tak sama pracuji s klienty

60 v terénu a obdivuji to, jak svůj život, v kontextu všeho toho, co se jim v životě stalo, zvládají.

61 Z: Hm hm. (souhlasné kývání)

62 A: Tak a jak si se vlastně k tomu pervitinu dostal?

63 Z: Přes kamarády.

64 A: Hm, v těch čtrnácti letech.

65 Z: Jo.

66 A: A jakej to mělo průběh?

67 Z: Cítil sem se dobře, byl sem uznávanej v partě prostěs tím že sem v prostě věděl, no

68 věděl...První den, co sem si dal sem si říkal: „ty vole já sem feťák, to snad neni možný.

69 Zrovna já a sem feťák“ a vyčítal sem si to prostě a nemoh sem se s tím dlouho smířit a pak se  
70 to užívání tak vykrytalizovalo, že prostě sem na tom byl závislej a nedalo se s tím nic dělat.  
71 To bylo z léčby do léčby a průsery samý a půjčky.  
72 A: To mělo takovej spád.  
73 Z: Hm, rychlej a mně se to stalo, byl sem jak se to říká v uvozovkách na dně, ale takový to  
74 dno, když ti na to přijdou rodiče, uděláš průser a udělaj takový to bububu, tak tak vypadala  
75 moje první léčba. Ale protože já sem byl vždycky tak jako životně sem se snažil respektovat  
76 starší, tak sem si tam hodně odnes i z tý první léčby, prostě. Minimálně to, kam přijít, když  
77 budu zase na ulici a prostě sem to využíval tak.  
78 A: A kdo ti poprvý řekl, že máš diagnózu závislosti?  
79 (ticho)  
80 A: Hm?  
81 Z: No, pan doktor na psychiatrickym pavilonu, že nevidí u mě duševní nemoc, ale spíš  
82 fyzickou závislost. Jako prioritní.  
83 A: A jaký to pro tebe bylo?  
84 Z: No byl sem rád, protože tam to bylo hrozný.  
85 A: Můžeš mi to přiblížit?  
86 Z: Tam si třeba lidi si povídali sami pro sebe , jeden mi dal facku, když sem s nim hrál karty,  
87 protože si myslel, že mu vidim do karet.  
88 A: Takže si to vnímal pozitivně, že nepatříš mezi ty na psychiatrickym pavilonu.  
89 Z: Jo.  
90 A: A jak si se s tou diagnózou závislosti vyrovnával?  
91 Z: S tou diagnózou závislosti, nebo duální?  
92 A: Závislosti.  
93 Z: Tak já sem jí přijal docela brzo, protože sem se řídil směrnicema, co nám dává pan  
94 psychiatr v psychiatrickém zařízení Středočeského kraje a prostě lidi kolem něj. Jak je to  
95 s chutí, jaký sou spouštěče, co nám může vyvolat bažení a tak. Takže tyhle věci sem měl  
96 nastudovaný v elaborátech a v deníku. Vždycky sem se snažil mít někýho rivala mezi těma  
97 terapeutama, tak sem měl takovej hnací motor, takže sem se dost učil o tom. A Až teď za  
98 těch 14 let mi došlo reálně, co to znamená spouštěč v realitě, jakože když potkám kamaráda  
99 ze squatu a řeknu čau, tak je to první krok k tomu, aby sme se začli bavit a pak mě může  
100 sebrat třeba zásahovka za to, že se bavim třeba s vaříčem, že jo. Takže prostě sem si  
101 uvědomil, jaký sou rizika, jaký sou spouštěče, co mi vyvolává chutě. Jako nevím všechno,

102 protože těch příčin je několik, ale prostě snažím se to rozpoznávat, abych se do těch chutí  
103 nedostal. Abych to všechno odbourával. Taky se mi o tom často zdá, je mi to nepříjemný.  
104 A: Ty věci, co Vám říkal pan doktor si časem začal vnímat v realitě.  
105 Z: Já sem si udělal takovej svůj svět tý nemoci, ti můžu říct, že, nebo v tý závislosti...já sem  
106 nikdy neměl tátu a prostě, teď už ho mám teda, už ho mám dvacet let, ale já sem byl strašně  
107 nešťastnej, ale v pubertě sem ho nerespektoval a prostě byl sem tak sám a vždycky sem si  
108 dělal vzor ve svejch vzorech sem si tahal to nejlepší a dělal sem si takovou imaginovanou  
109 strukturu postavu mého táty. Když sem například byl zavřenej na policii, tak sem si přál, aby  
110 můj táta byl šéf policajtů a aby můj táta dal příkaz ať mě pustěj a tak. Já sem pak začal věřit  
111 tomu, že to tak je a vlastně sem si sestavil mého tátu ze samých superlativ a teď prostě když  
112 potřebuju, tak se k němu modlim a ty věci mi jsou samotnému, protože mám snahu, když o  
113 tom mluvím, daří se mi, ale hodně silná je ta víra k tomu tátovi kterou sem si za ta léta  
114 vybudoval, že mi pomáhá prostě. Náš kaplan v Bohnicích, pak Hynek, magistr, říkal to jak  
115 sem si to udělal, že to takhle lidi věřej v Boha. Prostě a studujou na to, nebo prostě učeť se na  
116 to mnoho let, aby mohli dojít k nějakýmu stavu moudrosti a že já sem si to vybudovat takhle, že  
117 to je hodně cenný, no. Z toho mám radost, na to si nenechám šáhnout.  
118 A: Hm, táta je pro tebe hodně důležitěj.  
119 Z: Právě se mě ptali stážisti, co pro tebe znamená svoboda, když si byl zavřenej na oddělení,  
120 kde byla jenom chodba a kuřárna, tak jako: „jak ses tam cejtil svobodně?“ Tak já říkám: „Sem  
121 si pustil prostě svojí písničku, podíval sem se z okna, ten čerstvej vzduch a prostě sem se  
122 oprostil od toho, jestli tam sem, nebo ne. Prostě sem prožíval tu písničku jako kdybych byl  
123 s někým koho mám rád a bylo mi najednou dobře i tam, když sem byl zavřenej. Takže  
124 prostě...  
125 A: Jsi tam uměl být svobodně.  
126 Z: Jo.  
127 A: Co si myslíš o diagnóze závislosti obecně, jaký k tomu máš postoj?  
128 Z: Tak, že to je jako rakovina, jenom 3 procenta lidí se dá vyléčit.  
129 A: Opravdu si to myslíš?  
130 Z: Jo, to je napsaný v Mementu.  
131 A: Věříš tomu.  
132 Z: Věřim.  
133 A: Myslíš si, že seš mezi třema procentama?  
134 Z: Myslim si, že jo. Teď už si to myslim, no, nebo já si to nemyslim, já dělám kroky k tomu,  
135 aby to tak bylo.

136 A: Hm.

137 Z: Jako sem z toho takovej v rozpacích, když se mě na to ptáš, protože se mě na to ještě nikdo  
138 neptal. Jako kdo by řek, že ne, vid'. Ale já cejtím teď ve 31 letech, že už s tím končím prostě.

139 A: Taky jsi na sobě udělal spoustu práce a víš, že to není jen tak se z toho dostat.

140 Z: Hm.

141 A: A změnil se ti nějak postoj k drogám?

142 Z: Já sem si to omlouval, protože sem si myslel, že dělám pro stát jako maskování, jo, takže  
143 sem si vybudovat drogy, perník, že to je vojenskej materiál, že to je prostředek, abych ve tmě  
144 viděl, byl ostražitej a vydržel dlouho. Tak sem si to dopředu takhle hodil. Říkám dopředu, že  
145 to je omlouva toho, že sem ho bral, ale mě to přišlo v tu chvíli logický, protože sem byl  
146 v bludu, ve schizofrenii, v závislosti a bál sem se z toho ven. Vždycky do léčebny někam, pak  
147 zase ven, bylo to na prd, prostě.

148 A: Teď to máš jinak.

149 Z: Teď to mám jinak. Teď už sem prostě stabilní. Prostě, vim, co chci, vim, že chci mámě  
150 finančně pomáhat, taky to dělám prostě. Mám taky nějaký našetřený peníze, tak si je střežim,  
151 dělám si finanční plán, strukturuju výdaje, šéfuju baráku, kouřim tabák a ne ciga, i když  
152 dneska sem ho teda zapomněl na baráku.

153 A: Tak seš takovej zodpovědnější.

154 Z: Jo sem, no. Teď mám tu šéfovskou funkci, tak to taky vidim jinak, protože mám  
155 zodpovědnost. Mohli by mi říct: „hele di do prdele“, ale neřeknou, sou hodný, dělaj všechno  
156 pro to, aby mi to usnadnili, tak to si jich moc vážim a říkám jim to. Je to pro mě čest dělat  
157 s takovejma lidma. Myslim si, že sme fakt v dobrým složení.

158 A: Si vzájemne vycházíte vstříc. A Jak si myslíš, že ostatní vnímali, že si bral pervitin?

159 Z: Tak to se dozvěděli až od lékařů, že sem užíval. Do té doby o tom nic nevěděli a vim, že  
160 jednou sem takhle šel spát a viděl sem na co se dívá strejda v televizi, protože sem bydlel u  
161 něj a tam šel nějaký dokument o drogách, tak se na to díval a asi se inspiroval tím, že na mě to  
162 pasuje no, proto mě poprvé odvez do psychiatrické léčebny ve Středočeském kraji. Je to  
163 jediný štěstí, protože tato léčebna je moje. To už sem teda jednou říkal, ale je místo, kam se  
164 hodlám vrátit, když budu mít problém. A ne abych bydlel na ulici, no já si budu muset sehnat  
165 ubytovnu, nebo podnám, levnější, dobrou, ale ta léčebna je dobrá, že prostě když mě budou  
166 trápit ty strachy o mámu a ta moje nemoc, tak vim, že mě tam zaléčeje, že budu mít přínos léků  
167 a tak, takže sem na nich prostě závislej trošku.

168 A: Je to pro tebe taková jistota, že se tam o tebe postaraj.

169 Z: Hm.

170 A: Hm, dál bych se chtěla zeptat, jestli se změnil názor ostatních na to, že bereš, nebo si bral.  
171 Z: Tak nevěřili tomu, prostě byli z toho zklamaný. Byli naštvaný, rezignovaný, po několika  
172 léčbách už házeli flintu do žita. Až teď po té dlouhé abstinenci, jak sem se z toho dostal, tak  
173 předtím sem taky dva roky abstinoval, protože sem byl na vozíku, tak už to teď prožívaj jinak  
174 prostě mě berou spíš, než když sem byl mladej, drzej, i prostě fracek, kterej fetuje.  
175 A: Změnilo se to tedy k lepšímu, rodina ti věří. A vnímáš nějakou souvislost mezi schizofrenií  
176 a závislostí?  
177 Z: Tak jako nevim, no. Co se říká, co říkaj doktoři, takže ten první signál, aby ta nemoc  
178 propukla sem si dal já sám tím, že sem si dal, ale já to tak neberu. Já to беру tak, že sem si  
179 dával do té doby, než mě začli sledovat prostě na určitých místech, kde sledovali třeba větší  
180 ryby a pak se na mě přilepili prostě a dělali mi z života peklo. Já sem je pak všude viděl.  
181 Myslel sem si o každym, že mě prostě pozoruje, že o mě něco zapisuje, fotí a tak a chtěl sem  
182 to řešit, prostě. Občas sem měl u sebe mačetu pak, jak sem byl hotovej, takže sem měl štěstí,  
183 že sem ještě nikomu nic neudělal. Já bych nikomu nic neudělal, ale prostě to bylo jako sem si  
184 myslel, že někoho zapíchnu, když mě budou obléhat a tak. No takže sem z toho byl vyřízenej  
185 a to mě zbláznilo prostě v tom, že sem zůstal v té nemoci, protože já sem to pak podporoval  
186 těma drogama furt dál a dál a tím se prohlubovala ta schizofrenie.  
187 A: Takovej bludnej kruh.  
188 Z: Hm.  
189 A: Kdy si měl poprvé pocity, že tě někdo ohrožuje, nebo pronásleduje?  
190 Z: Asi v sedmnácti už. Sem viděl strejdu, jak je všude kolem mě, protože sem mu vzal peníze.  
191 Šel sem si za to dát a prostě pak sem ho všude viděl a schovával sem se různě do křoví a tak  
192 (úsměv) No to bylo hrozný.  
193 A: Hm..Tak...(přerušeni)  
194 Z: Jestli můžu, tak já sem byl od tří let psychologický poradně, protože sem byl hyperaktivní  
195 dítě, takže tu zkušenost s těma lékařema mám od malička. Takže to může bejt na mě i vidět  
196 v tom, jak ti odpovídám. Myslim, že si zatím vedu obstojně, ne?  
197 A: Vedeš si výborně.  
198 (Společný upřímný úsměv)  
199 A: Jaký to pro tebe bylo období?  
200 Z: Hrozný. Jediný moje šťastný období na drogách byl poslední půl rok před touhle léčbou  
201 A: Hm. A co to, že si vlastně šel do léčby, když to bylo šťastný období?  
202 Z: No protože, prostě byl soud, dostal sem podmínku, opatrovnice se odvolala a dohodli se, že  
203 dostanu ochrannou léčbu. Tak se tam prostě šel sám, abych prostě...prostě sem tam šel sám.

204 Mě k tomu vždycky dovedl takovej nákej pud sebezáchovy, že sem šel do léčby, mě nikdo  
205 nemusel přemlouvat. Já sem prostě věděl sám, kdy už nemůžu, kdy mám strach o život a tak.  
206 A: Zafungoval ti pud sebezáchovy.  
207 Z: Hm.  
208 A: Jak se to vyvíjelo dál s tím pronásledováním?  
209 Z: Já sem si pak začal myslet, že maj v kleštích mojí rodinu a všechno, co mám rád. A že  
210 prostě znásilňujou mámu, že jí házej do vězení, tam se na ní vozej dvacet chlapů najednou a  
211 tak, tak se mi o tom začlo zdát. Viděl sem to v takových reálných vizích, třeba sem se  
212 podíval do skla v metru a viděl sem mámu, jak brečí, jak nemůže, teče z ní krev a tak. Takže  
213 se mi to vrylo pod kůži tak, že sem jí všude viděl, slyšel a prostě nemohl sem se toho pocitu  
214 zbavit a furt sem jí volal a ujišťoval se, že je v pořádku. Jí to nervovalo. To nebylo dobrý, až  
215 teď ve středu budem mít individuál, kde si o tom promluvíme, tak od toho mám velký  
216 očekávání.  
217 A: Ve středu sem přijede máma a proberete to.  
218 Z: No mě se jedná hlavně o tu mámu, já sem nikoho jinýho...teda i o bráchy.  
219 A: Měl jsi strach o lidi, na kterých ti záleží.  
220 Z: No. (hluboký povzdech)  
221 A: A kdy ti vlastně poprvý někdo řekl, že máš diagnózu schizofrenie?  
222 Z: Hele, myslim si, že to bylo tak zhruba před deseti rukama. To asi míň, před sedmi, nevim  
223 přesně. Já sem měl nejdřív schizoafektivní poruchu a po přezkoumání mi zjistili paranoidní  
224 schizofrenii.  
225 A: Jaký to pro tebe bylo to přezkoumávání?  
226 Z: Abych řekl pravdu, tak já sem byl šťastnej, že sem nešel do kriminálu, ale do léčebny,  
227 protože tam to líp zvládám, takže sem to bral jako od té vyšší síly, na kterou sem věřil, že mi  
228 prostě dala náskou šanci.  
229 A: Hm a kdyby ti zjistili schozoafektivní poruchu, tak bys šel do vězení?  
230 Z: Jo, teda ono tam nešlo o tu poruchu, tam se jednalo o to, jestli sem přičetnej. Takže ten  
231 soudní znalec zjistil, že sem nemohl odhadnout důsledky svého chování, tudíž navrhuje  
232 ochrannou léčbu.  
233 A: Hm a jak jsi se vyrovnával s tím, že máš schizofrenii?  
234 Z: Sem to bral tak, jak to je. Sem věděl od malička, že vnímám jinak, ale já to vnímám jako  
235 dar. Já si prostě myslim, že si dokážu myslet, co potřebujou lidi, co maj nákej  
236 posttraumatickej šok, něčeho se bojeje, z něčeho maj prostě hrůzu a tak. Takže si myslim, že  
237 s mojí povahou, flegmatickou, je obměkčím a pomůžu jim v tom se s tím vyrovnat. Myslim

238 si, že to je dar. Já prostě cejtím z ženských úzkost prostě, mám to jinak než ostatní chlapi a  
239 mám to proto, že sem se bál tak o mámu a třeba dneska když sem ti řek, ať si půjčíš ty věci,  
240 jestli budeš chtít, tak X. vycházela, tak na mě koukala já říkám: „Promiň, já sem jí půjčil ty  
241 věci, tak se nezlob“ a ona: „Ne nezlobim se“ a myslim si, že ty si tu mohla cejtít, že sem se  
242 snažil, aby ses tu cejtíla dobře. Umim se v těch situacích chovat, protože sem takle  
243 vychovanej.

244 A: Víc vnímáš potřeby druhých.

245 Z: Ano. Ono je to teda hodně těžký se o tom bavit s lidma v léčbě a tak, protože ty holky, co  
246 sou tady si prošli třeba náky m násilim v sexu a a tak, takže prostě to může bejt pak jako nákej,  
247 co se v tom vyžívá a tak prostě, ale když o tom mluvím s někym rozumnym jako seš ty, tak to  
248 vždycky pochopí. Třeba Markéta (terapeutka, pozn. autorky) má pro to taky pochopení a říká:  
249 „A jak vlastně to vzniklo, že máš takhle rád lidi?“

250 (Společné zasmání)

251 A: To je hezký. A Jak se ti s tím teda žije teď?

252 Z: Tak kdybych to neměl, tak bych byl spokojenější, protože prostě to je logický. Nebál bych  
253 se o mámu, byl bych normální kluk, prostě. Třeba bych i začal víc cvičit a víc chodit na  
254 procházky, něco dělat s tou fyzičkou, abych mohl ještě někdy hrát fotbal a tak. Prostě bych se  
255 v těch činnostech snažil ještě projevit víc. Byl bych třeba v normální práci, měl bych bydlení  
256 a tak, ale takhle v rámci těch možností, který mám, tak nákou chráněnou práci, bydlení doma  
257 a prostě s tím, že prostě budu...v tom dění, že budu mít mámu na očích, takže budu vědět, že  
258 se jí nic neděje a to mě bude ujišťovat v tý nemoci a na tom stavím. Jinak kdybych byl  
259 normální, tak bych třeba bydlel sám, měl auto, holku a jezdil k mámě na víkend občas.

260 A: Hm. A změnil se ti nějak postoj ke schizofrenii během léčby?

261 Z: No, tak já sem třeba pochyťoval takový ty výrazy jako léky mě niče a tak, ale já vim, že  
262 když si nevezmu léky, tak půl hodiny potom mám takovej...Já sem to zažil venku, že nám  
263 někdo něco hodil do pití s jednou holkou. Ona říkala, že to je policejní trik, já sem se s tím  
264 moc nesetkával, občas, ale prostě je to takovej studenej pot, zúžený srdce a seš paralizovanej,  
265 tak to mám půl hodiny po tom, co si nevedu léky. Půl hodiny po tom mám stres, úzkost,  
266 studenej pot, zúžený srdce, víc dýchám...prostě je mi blbě. Sem na to závislej na těch lécích,  
267 bez toho už si to nedokážu představit.

268 A: Máš špatnou zkušenost z toho, když je nemáš, tak je radši bereš.

269 Z: no no, musím to přebíjet nějak, abych na to nemyslel. Ale jako čistej to nejde zvládnout  
270 bez léků. Hlavně se mi začnou dít i ty stavy, zase si myslim, že sem kápitán rovnováhy, že

271 prostě lidi na mě spolíhají, že nesu to břemeno všeho já sám. Já si myslím prostě, že si občas  
272 dávám moc zahulit, no.

273 A: Neseš pak moc velký břemeno a to se nedá zvládnout.

274 Z: Hm...hm hm.

275 A: A jak si myslíš, že tvoji diagnózu vnímají ostatní?

276 Z: Tak myslím, že mamce dlouho trvalo, než si zvykla, že sem nemocnej, ale zatím o tom nic  
277 moc neví, takže zatím to bere tak, že se někde stala chyba, která se dá napravit a věří mi.

278 A: Vlastně dalším krokem je i to, že sem za tebou přijede ve středu, vid'?

279 Z: Jo, jo.

280 A: A Ostatní?

281 Z: No, pak mám bratrance, kterej se mnou hodně funguje, se kterým se máme asi nejradši  
282 z rodiny, ale on se měl ptát třeba, jestli budu moct někdy přestat brát prášky a já sem mu říkal,  
283 že asi ne, tak byl z toho takovej přepadlej. No, taky by chtěl, abych byl prostě normální.

284 A: Co je normální?

285 Z: Právě. (zachechnutí)

286 A: Mění se nějak to vnímání druhých tvý diagnózy?

287 Z: No myslím si, že lidi už sou opatrný na mě s tím, že mi nedělají vtípky o rodině, že přede  
288 mnou kluci, jakože mu to třeba někdy dělá pusou a tak prostě. Jakože ty vtípky si nechávají,  
289 když sou beze mě, protože já sem na tohle vztahovačnej. Jednak kvůli holkám, že je chráním  
290 jako rytíř, že to je moje poslání a jednak kvůli tý mámě, se o ní chronicky bojím.

291 A: Takže se vlastně nějak víc přizpůsobili tomu, co ty potřebuješ.

292 Z: Hm.

293 A: Co si myslíš, jaký vliv má DBT terapie na to, jak ty vnímáš ty diagnózy?

294 Z: No, nevím jakej vliv to má na to, jak vnímám diagnózy, to je pro mě těžký si představit, ale  
295 já si myslím, že to je prostě věc, která se dá vycvičit a dá se na ní zvyknout a díky který prostě  
296 získám řád a disciplínu v tom. Jakože když budu mít ataku, tak budu vědět, co udělám, Že to  
297 je hodně dobrý, ale moc mi to nejde. (zasmání)

298 A: Hm hm.

299 Z: Takhle sem to chtěl říct. Věříš mi to, jak ti říkám o těch holkách?

300 A: věřím.

301 Z: Sem rád že mi věříš, že to nejsou jenom nějaký plky, protože já sem to fakt dělal na ulici. Mě  
302 říkali třeba v městské části českého města pan X. a vždycky, když sem tam přišel, tak sem  
303 říkal: „co to tady je? No co to tady je?“  
304 (společně pousmání)



305 A: Tak jsme u konce, tak bych se chtěla zeptat, jestli tě napadá něco, co bys chtěl dodat?  
306 Z: Tak já bych chtěl, aby se mi splnilo, že jednou budu prostě něco na úrovni léčitelství a  
307 firmy provozovat prostě to, že posttraumatickej šok vyrovnám tím vnitřním svým klidem a  
308 teplem, který rozdávám lidem. Nemusí to být ve velkym, stačí, když to budu moct dělat  
309 doma mámě a budu šťastnej.  
310 A: Hm, to vlastně může být pro tebe nějaká únosná a forma tvojí touhy někomu něco  
311 poskytovat a ještě tě udělá šťastnym.  
312 Z: Právě, právě.  
313 A: Tak ti přeju, aby se ti to povedlo.  
314 Z: Tak jo, tak děkuju.  
315 A:A Jak ti je?  
316 Z: Sem v pohodě, já jenom, že to bylo opravdu potěšení na duši, tohleto.

1 A: Nejdřív bych se tě chtěla zeptat na to, jak jsi se sem dostal a jaký to mělo průběh?  
2 Z: Já už sem se léčil v minulosti a vlastně poslední léčení začalo teď v únoru 2017. To sem  
3 nastupoval do psychiatrického zařízení ve Středočeském kraji, pak sem pokračoval do  
4 terapeutické komunity v České republice, tam mi to nevyhovovalo. Prostě nevyšel sem tam  
5 s penězma, neměl sem na cigára, tak sem tam skončil, pak sem se vlastně vrátil do Prahy na  
6 ubytovnu...tam sem to nezvládl, jako s alkoholem, s drogama a šel sem do další komunity  
7 v České republice, to sem šel v červnu 2017. Vlastně tam sem dokončil úspěšně  
8 sedmiměsíční léčbu a nastoupil sem sem sem a tady už sem měsíc a půl, měsíc a třičtvrtě.  
9 A: Takže už toho máš za sebou hodně. Mluvil si o tom, že si se léčil ještě před tím v  
10 psychiatrickým zařízením v minulosti, tak bych se chtěla zeptat, co to bylo za léčbu? A kdy  
11 jsi vlastně začal být v kontaktu s nějakou léčbou?  
12 Z: V roce 2007.  
13 A: V roce 2007 seš v kontaktu s léčbou.  
14 Z: No.  
15 A: A s kým jsi byl v kontaktu jako první?  
16 Z: Nejdřív mě rodiče poslali v šestnácti na léčení do psychiatrického zařízení ve  
17 Středočeském kraji, tam sem to úspěšně dokončil, ale nechtěl sem se léčit, byl sem mladej.  
18 A: Hm.  
19 Z: A prostě tou léčbou sem proplul a potom sem začal zase brát. Pak sem absolvoval několik  
20 detoxů, párkrát sem byl nedobrovolně na psychiatrii. Sem vlastně zavolal policajty, že mě  
21 pronásledujou mafiáni a oni mě odvezli do psychiatrického zařízení ve Středočeském kraji.  
22 Jinak sem se léčil v komunitě v roce 2013, tam sem po měsíci skončil kvůli bažení.  
23 A: Hm a jak se ti tu zatím líbí?  
24 Z: Moc se mi tu líbí, je to tu bezva.  
25 A: Co je tady třeba bezva?  
26 (společný úsměv)  
27 Z: Ten přístup k nám klientům od terapeutů, že s náma doopravdy...,že se o nás zajímaj  
28 hodně, hodně o nás mluvěj spolu, předávaj si informace úplně skvělým způsobem. Vlastně to  
29 prostředí tady mi vyhovuje. I ti klienti a do party sem zapad. Jinak vybavení tady je v pohodě,  
30 program taky. Takže mi tady vyhovuje vlastně úplně všechno.  
31 A: Tak to zní jako ideální místo na léčbu. Mohl bys mi prosím říct něco o tom, jak jsi se  
32 vlastně dostal k užívání drog?  
33 Z: Dostal sem se k tomu tak, že já sem pracoval na stavbě. Když sem kvůli marihuaně  
34 nezvládl první školu, tak mě strejda zaměstnal u sebe na stavbě a tam sem vlastně fotil lidi bez

35 helmy a já sem tam vyfotil jednoho člověka bez helmy a on mi řekl, že když tu fotku smažu,  
36 tak že mi prodá pervitin. Tak sem si ho od něj koupil. Tak takhle sem se dostal k pervitinu.  
37 Pak sem zapadl do sídlištní party, tam to měli lidi...vlastně ten pervitin.  
38 A: Jak se to vyvíjelo dál?  
39 Z: Vyvíjelo se to dál tak, že sem začal brát, nák sem si neuvědomoval, že je to nebezpečný.  
40 Vlastně pak sem bral, vyhodili mě z druhý školy a třetí školu sem už zvládnul. To sem vlastně  
41 půl roku byl čistej od...pervitinu a jenom sem kouřil trávu, pak sem se k pervitinu vrátil, ale  
42 dodělal sem tu školu i tak.  
43 A: Hm a co to bylo za školu?  
44 Z: Elektrikář, silnoproud.  
45 A: Takže seš vyučenej elektrikář.  
46 Z: Sem.  
47 A: Chtěl by ses k tomu třeba někdy vrátit?  
48 Z: Chtěl no, ale kvůli tý diagnóze to není moc možný. Jako asi to bude možný v budoucnu,  
49 ale musím si udělat řidičák, ten sem nikdy neměl a vlastně pak by to asi bylo možný, kdybych  
50 se někdy osvědčil.  
51 A: Takže i přesto, že jsou tam nějaký kroky, který musíš postoupit, tak je to vlastně možný.  
52 Z: No je to možný, Když má někdo diagnózu schizofrenie, tak nesmí pracovat v noci, ale to  
53 mě by nikdy nečekalo, já bych nikdy v noci nepracoval.  
54 A: Takže by se to nějak dalo zvládnout.  
55 Z: Dalo.  
56 A: Když se vrátíme k tomu užívání pervitinu, tak jaké to období užívání pro tebe bylo, když  
57 se na to koukneš zpětně?  
58 Z: No tak bral sem 10 let, já sem zažil různý období. Ono vlastně to první období, kdy sem  
59 začínal bylo dost blbý. Já sem byl student, neměl sem peníze a vlastně byla to kvůli těm  
60 penězům rychlá cesta na dno. Že sem prodával svý věci a dělal sem průsery prostě ve škole,  
61 nešel sem do školy. Zatímco třeba po vyučení, když sem ty peníze měl, tak sem si mohl  
62 přesně rozvrhnout za kolik si mám koupit ten pervitin, že prostě sem si nekupoval za 200,  
63 300, ale třeba sem si koupil za 500 a věděl sem, že celou noc nemusím spát a ještě další den  
64 budu mít energii a třeba ten další den v práci zvládnou.  
65 A: Sis dával takový bomby.  
66 Z: No.  
67 A: Takže nejdřív to bylo pro tebe období, kdy jsi neměl moc peněz a rychle si padl na dno. Co  
68 znamená to dno?

69 Z: No, že sem skončil v léčebně, že sem vlastně byl zoufalej a prostě nic sem neměl a bylo to  
70 takový dost nepříjemný.

71 A: Hm, tak si se šel léčit.

72 Z: No tak mě rodiče dali v šestnácti do léčby a pak když sem...já sem totiž bydlel u rodičů u  
73 mámy a pak u babičky. U tý to bylo lepší. A u babičky sem vlastně nikdy nebyl na dně, ona  
74 mi kupovala cigára, vlastně. Když sem neměl peníze, tak sem si mohl aspoň zakouřit. A u tý  
75 mámy sem byl často bez peněz a babička byla prostě hodná, moc. Zatímco máma...to...ona  
76 měla mojí menší ségru vlastně na starost, takže se o mě nemohla tolik starat.

77 A: Už na tebe neměla tolik kapacity.

78 Z: Neměla.

79 A: A co táta?

80 Z: Táta je psychicky nemocnej a má taky důchod. Plnej. A vlastně je to alkoholik, teď teda  
81 nepije. Teď bydlí v pečovatelském domě a nikdy jako...on se ode mě ve dvanácti letech  
82 odstěhoval, vod nás s mámou. A vlastně párkrát sem s nim pil i alkohol, sme spolu pili, ale  
83 nikdy moc nebyl na tu rodinu.

84 A: To měl jinak.

85 Z: Jinak, no.

86 A: A jak ti teda celkově bylo v tom období toho užívání pervitinu bylo?

87 Z: Bylo mi v tom...když sem si dal, tak mi bylo dobře. Jinak...když...mi v tom nebylo  
88 jako...potom, co sem zjistil pozdějc, že to jde i bez pervitinu ten život, tak vlastně v tý  
89 závislosti mi nebylo tak dobře. Začal sem mít toxický psychózy, v těch mi bylo vlastně....dost  
90 špatně. Začal sem bláznit z toho pervitinu. Kdybych nikdy nebral, tak sem na tom mohl být  
91 líp.

92 A: Zpětně toho lituješ.

93 Z: Lituju, no.

94 A: Hm hm. Tomu rozumim, ale co se stalo, se stalo a teď seš tady a snažíš se to řešit.

95 Z: No, no.

96 A: A kdo ti vlastně poprvé řekl, že máš diagnózu závislosti?

97 Z: To mi řekli v roce 2007 v psychiatrickém zařízení ve Středočeském kraji.

98 A: Hm, hm. A jaký to pro tebe bylo?

99 Z: Bylo to pro mě...já sem to nebral moc vážně.

100 A: Hm.

101 Z: Vlastně stejně, jak když mi řekli, že mám schizofrenii, tak dokud se to nezačlo zhoršovat,  
102 tak sem tyhle věci nikdy nebral moc vážně.

103 A: Hm a to zhoršování pro tebe bylo co?  
104 Z: To zhoršování...u pervitinu, že sem prostě měl silný chutě a nedokázal sem se zabavit, že  
105 sem si musel furt něco dávat. U schizofrenie to bylo to, že sem musel už ty prášky brát přes  
106 den a že mě to začlo hodně lézt do života ta schizofrenie.  
107 A: Jak se to, že ti lezla do života projevovalo?  
108 Z: No, začal sem bejt hodně paranoidní furt a prostě už vím teď, že se nevyrovnám  
109 normálním lidem., že sem na tom mnohem hůř, než normální člověk, kterej není moc dobrej.  
110 A prostě nedokážu moc dobře mluvit s lidma, nenapadal mě myšlenky, často. Vlastně je to  
111 nic moc, ta schizofrenie.  
112 A: Není ti v tom dobře.  
113 Z: Není mi v tom dobře, no.  
114 A: A co léky, pomáhají?  
115 Z: Léky mi pomáhaj, akorát jako nevyřešej to úplně.  
116 A: Co jim třeba chybí?  
117 Z: třeba jak sem paranoidní, tak na to mi ty léky moc nezabíraj. Jak mě napadá málo  
118 myšlenek, tak s tím mi léky taky nepomůžou.  
119 A: Hm, to je možná taky o nějakým nácviku. To není o tom, že jsme se narodili vybavení  
120 komunikovat s druhými, ale je někdy fajn si to nacvičit. Já si to taky cvičím.  
121 Z: Asi jo, no.  
122 A: A jak si se v tom cítil, když ti dali diagnózu závislosti?  
123 Z: Když mi dali diagnózu závislosti, tak mi bylo šestnáct, takže...hm...cejtíl sem se v tom,  
124 jakože to nebude nic vážnýho.  
125 A: Jsi to bral na lehkou váhu.  
126 Z: Na lehkou váhu.  
127 A: A změnilo se to pak, když se zhoršily ty projevy?  
128 Z: No pak když to začlo jít k horšímu, tak už sem to bral, že to má váhu. V posledních třech  
129 letech jsem to bral, jakože to má velkou váhu, Že doopravdy z toho nejde jít ven. A že  
130 potřebuju prostě nějakou lékařskou pomoc.  
131 A: Hm, a jak si se s tou diagnózou vyrovnával?  
132 Z: Tak vyrovnával sem se s tím tak, jako to tak je a musím s tím něco dělat.  
133 A: To bylo tedy až po tom, co jsi si prošel tím zhoršováním.  
134 Z: No, tak.  
135 A: A bojoval jsi třeba s tím, že o tobě někdo řekl, že jsi závislý?

136 Z: No o mě to ani tak nebylo, já sem to všude tajil. Vlastně hodně. A jako nikdy ani nikdo  
137 moc neměl možnost.  
138 A: Že o tom nevěděli.  
139 Z: No nikdo o tom nevěděl.  
140 A: Jsi se za to styděl.  
141 Z: Já sem se spíš bál, že by mi mohlo bejt ublíženo nějak.  
142 A: Hm hm.  
143 Z: Skrz to, Protože to je dost nebezpečný jako říkat někomu, že sem závislej. Jako tady ne,  
144 tady můžu, ale venku vlastně to je dost taková negativní vlastnost. Takže kdybych to řekl  
145 třeba v práci, nebo nějakým dobrým přátelům, tak rodina by se bála, z práce by mě vyhodili.  
146 Dobří přátelé vlastně...pár dobrým přátelům sem to řek, ale jenom těm, kterejm sem věděl, že  
147 můžu. Těm sem to říkal celou dobu.  
148 A: Hm, hm.  
149 Z: Jinak sem měl toxi kamarády, ti to věděli no.  
150 A: Jak na to reagovali třeba ti dobří přátelé?  
151 Z: Ti už mě znali, ti vždycky jen mávli rukou. A můj nejlepší kámoš, když sem mu řekl, že  
152 sem v komunitě, tak mi řekl jako takovým tónem, že mi nevěří: „když si myslíš, že ti to  
153 pomůže“. Tak jako asi tuší, že se změním, ale jako já už sem kolikrát říkal, že končím  
154 s drogama, pak sem mu zase řekl, že sem si dal.  
155 A: Že už s tím měl víc špatných zkušeností, že tomu raději nechtěl věřit, aby nebyl zklamaný.  
156 Z: No, že už tomu moc nevěří.  
157 A: Hm hm. Jak to má teď?  
158 Z: No teď...my jsme v kontaktu furt. On v tom nevidí zásadní problém, že sem závislej a...teď  
159 to má tak, že by se mnou chtěl hrát nějaký hry jako na počítači proti mě a já mu předvedu, že  
160 sem si dokázal našetřit na novýho notebooka a budem moct hrát proti sobě hry. Pak akorát mu  
161 budu muset říct, že teda nepiju alkohol, že ho nebudu pít vůbec a myslím, že to bude  
162 v pohodě.  
163 A: Že mu vlastně dokážeš, že to zvládneš.  
164 Z: No, no.  
165 A: Co si vlastně o tý diagnóze závislosti myslíš?  
166 Z: No diagnóza závislost, vlastně to je...taková blbá diagnóza. Je to jako, že člověk se  
167 nedokáže ovládat, to co dělá, to, co si dává. Vlastně je to takový dost blbý se neumět ovládat,  
168 takže no...a zároveň člověk si za to může sám, co dělá, takže je to takový nebezpečný, že

169 člověk si to sám způsobí, pak se nemůže ovládat. Často si za to může sám za ty věci, co dělá,  
170 protože sou lidi pak bezbrzdění, když sou závislí. Je to takový dost nebezpečný ta závislost.  
171 A: Hm hm, A jaký k tomu máš postoj?  
172 Z: Teď k tomu mám takovej postoj, že musím změnit svůj život. Vlastně musím se hodně  
173 omezit v tom, co dělám. Musím si hodně dávat bacha na to, jak žiju a do toho ta schizofrenie,  
174 ale jako mám k tomu takovej postoj, že to nějak půjde, ale už to nebude jako dřív.  
175 A: Takže vlastně tak vzít život do svých rukou, mít nad ním větší kontrolu a pak to půjde.  
176 Z: No, tak tak.  
177 A: A změnil se ti nějak postoj k drogám?  
178 Z: Změnil. Dřív sem ty drogy měl rád, třeba sem si dal a pak sem vymejšlel básničky jako  
179 kterýma sem oslavoval drogy (smích) a měl sem elán prostě do nesmyslných věcí a teď už  
180 vůbec nemám ten elán. Teď to vidím tak, že drogy sou špatný a že s nima nemůžu mít nic  
181 společného.  
182 A: Máš s nima i špatnou zkušenost.  
183 Z: No no, mám hlavně špatnou zkušenost se závislostí.  
184 A: Hm hm. A jak si myslíš, že tě vnímali ostatní, když si bral pervitin? Mluvil jsi o tom, že jsi  
185 to hodně tajil, tak by mě zajímalo, jestli se to nějak měnilo?  
186 Z: No u rodiny u tý sem klesnul, hodně. Kamarádi, jako...ty sem ztratil kamarády, co nebyli  
187 tox. A toxí kamarády sem zase opustil, protože sem chtěl bejt sám a protože už sem si s těma  
188 lidma prostě nesed...a jako ty vztahy tam moc nebyli. Já sem vlastně byl hodně samotář, takže  
189 sem vlastně u lidí spíš klesnul.  
190 A: Hm hm. A jak to máš třeba s rodičema teď?  
191 Z: S rodinou se vídám, moje vlastně babička, to byl můj nejbližší člověk, ta umřela. A vídám  
192 se s mámou, volám si s tátou.  
193 A: Jsi s nima v kontaktu,  
194 Z: Sem s nima v kontaktu.  
195 A: Podporujou tě v léčbě?  
196 Z: No, jako jo, podporujou. Máma je ráda, že sem tady. Určitě sou všichni rádi, že nejsem  
197 venku, protože bych ani nezavolal, kdybych byl veku a bral bych a že určitě jako když sem  
198 tady, tak neprohloupim.  
199 A: (úsměv) A jak vnímáš druhý ve vztahu k sobě?  
200 Z: No...vnímám vlastně třeba rodinu, tu vnímám pozitivně, mý spoluklienty, ty vnímám taky  
201 pozitivně. Terapeuti se nám snažej pomoct. Jinak mám nejlepšího kámoše a bývalou

202 přítelkyni, s těma telefonuju. Jako pozitivně, i když kvůli tý paranoie mám často takový  
203 negativní myšlenky, tak jako normálně vnímám ostatní lidi pozitivně vůči sobě.

204 A: Když máš tu paranoiu, tak jak se to projevuje ve vztahu k druhým?

205 Z: Že si třeba myslím, že sem někoho naštvál. Že sem byl strnulej a zase sem nevěděl, co  
206 mám říct a že si ostatní myslěj, že jima opovrhju a tak to vůbec není. A mám takovýhle  
207 paranoidní stavy kvůli tý schíze, no.

208 A: To musí být nepříjemný. Zároveň si říkám, že do určitý míry máme takový myšlenky  
209 každej. Je to otázka tý míry, kdy už je to moc a třeba nás ten strach může ochromit.

210 Z: No, to mám já. Já to mám fakt hodně.

211 A Hm, hm a změnilo se to tvoje vnímání druhých?

212 Z: Určitě jo. Já sem bral od šestnácti, ted' mi je dvacetsedm, tak se to měnilo tím věkem.

213 A: K čemu?

214 Z: Jako k horšímu kvůli tý schíze se to venku měnilo k horšímu. Ale ted' už sem starší, ted' už  
215 vlastně mám úplně jinej náhled. Takže spíš než těma drogama se to měnilo věkem.

216 A: Co na tom ten věk měnil?

217 Z: No, že sem dělal různý chyby, špatný rozhodnutí, měl sem mnohem víc zkušeností a  
218 vlastně sem se dopracoval k tomu, že sem úplně jiná osobnost, než dřív.

219 A: Že si úplně jiná osobnost?

220 Z: No, že si třeba nemyslím...Dřív sem si myslel, že věci, co seženu zadarmo, že sou super, že  
221 sou zadarmo. No a ted' si myslím, že nejlepší věci sou ty, co si koupím, protože si kupuju  
222 přesně to, co chci. Tak takovýhle zkušenosti.

223 A: Hm.

224 Z: Tak takhle se to věkem měnilo.

225 A: Ses tak hezky napřímil, když si řekl, že si úplně jiná osobnost, jsi na sebe hrdej.

226 Z: No, trochu, docela jo. Že už sem jinej, než sem bejval. Já sem na tom byl dřív dost špatně,  
227 protože já sem prostě byl úplnej mimoň, blázen. Jako bezbrzd'ák sem nebyl, ale měl sem to  
228 v hlavě dost pomotaný. Jako co a jak právě tima drogama a tím prostředim, tak sem si třeba  
229 myslel, že zrekonstruuju barák, když nemám peníze, že věci na rekonstrukci seženu zadarmo.

230 A prostě dopracoval sem se k tomu, že už vidim věci normálně, ale bylo to tím věkem.

231 A: Seš víc nohama na zemi.

232 Z: No určitě. Dřív sem lital v oblacích furt.

233 A: Hm. Vnímáš nějakou souvislost mezi závislostí a diagnózou schizofrenie?

234 Z: Hm, no, souvislost...jako sou to úplně jiný diagnózy. Možná bych viděl tu souvislost, že  
235 člověk ztrácí kontrolu nad...třeba u schizofrenie jí ztrácí nad svym myšlenim a u závislosti



236 nad svým chováním. Taková ta ztráta kontroly. Že kvůli schizofrenii jsem mimo a kvůli  
237 závislosti třeba nedokážu splnit to, co sem si stanovil.

238 A: A třeba v životě nějaká souvislost mezi těma diagnózama tě napadá? Třeba když si byl  
239 závislej, jak to souviselo s tím, kdy si měl schizofrenii? Myslím časovou souvislost.

240 Z: No...souviselo to, no ono je to úplně něco jinýho. Třeba my tady jsme s komunitákama,  
241 s lidma s komunity a ti žádnou duševní nemoc nemaj a u nás převládaj, s lidma z tý Chrpy, u  
242 nás převládá schizofrenie a u nich převládá ta závislost, takže ono to spolu moc souvislost  
243 nemá. A řek bych, že závislost je mnohem lehčího charakteru, než schizofrenie, protože  
244 schizofrenie je mnohem závažnější.

245 A: V čem?

246 Z: V tom, že se toho mnohem hůř zbavuje. Na závislost se neberou léky, zatímco na  
247 schizofrenii se jich bere hromada.

248 A: Hm hm. Já jen proč sem se ptala na tu časovou souvislost, tak se stává, že lidi začnou brát  
249 a že jim to spustí tu schizofrenii. Člověk k tomu má třeba nějaký predispozici, ale tím, že  
250 začne brát, tak tu schizofrenii to vyvolá, tak jestli s tihle máš nějakou zkušenost?

251 Z: Jo, to jo. Tak já sem měl predispozice od táty a s tím mám zkušenost, že mi závislost  
252 vyvolala schizofrenii. Vlastně pervitin.

253 A: Takže tuhle souvislost tam vnímáš.

254 Z: Vnímám.

255 A: Hm. A kdy poprvé si měl pocit, že tě někdo pronásleduje?

256 Z: To bylo...asi už hned na začátku braní. Sem měl takový lehký pocity. Vlastně po čtyrech  
257 letech braní sem začal mít hlubší pocity, že mě někdo pronásleduje.

258 A: Hm.

259 Z: obzvlášť při velkejch dávkách, to sem měl ty pocity.

260 A: Se to tím ještě prohlubovalo.

261 Z: Jo.

262 A: Hm a Jaký to bylo pro tebe období?

263 Z: takový dost negativní. Někdy to bylo, někdy to nebylo. Jako když už sem to měl to  
264 pronásledování, tak to bylo dost negativní.

265 A: Hm, v čem?

266 Z: To, že sem si myslel, že mi jde o život, nebo že jde o život někomu z mí rodiny.

267 A: Jsi v tom měl stále strach.

268 Z: No, takovej strach, hodně.

269 A: Jak se to pak vyvíjelo dál s tou paranoiou?

270 Z: S tou paranoiou...měl sem toxickou psychózu. Vlastně pak sem ztrácel zábrany v tom...já  
271 sem jezdil do práce na čtyři dny v týdnu. Vlastně čtyři dny v tejdnu sem dělal  
272 dvanáctihodinovky a já sem...udělal ty čtyři dny a pak sem měl tři dny volno a celý ty tři dny  
273 volna sem frčel na pervitinu a pak sem jednu noc spal.

274 A: Hm, zase takový bomby.

275 Z: No (smích), v práci sem usínal na kabelech a vlastně měl sem hodně toxickou psychózu  
276 v tý době, ale já sem chtěl nák využít ty tři dny volna, abych to měl prostě, co nejpříjemnější a  
277 to mi to rozjelo nejvíc.

278 A: Hm, hm.

279 Z: Vlastně pak sem přišel o práci, tam jim došla trpělivost, když mě fotili, jak tam spim,  
280 posílali fotodokumentaci, jak tam ležim na kabelech. Pak sem byl na podpoře a vlastně další  
281 práce, tak o tu sem přišel ještě ve zkušební lhůtě. Pak sem byl zase na podpoře a vlastně pak  
282 už sem se úplně zbláznil, protože to už sem fakt pil jen alkohol, nebo bral pervitin.

283 A: Hm, hm.

284 Z: No a když sem se úplně zbláznil, tak mi stanovili schizofrenii. Měl sem takovou velkou  
285 ataku, ale po nasazení léků mi to vlastně všechno odeznělo, nějak sem to nemapoval tu  
286 schizofrenii moc, tak sem to nebral moc vážně.

287 A: Takže takovej bouřlivej vývoj. A pamatuješ si, kdy ti poprvé někdo řekl, že máš  
288 schizofrenii?

289 Z: No poprvé, vlastně pak sem přišel o tu práce a pak tam byla hlavní ataka. Poprvé mi řekli,  
290 že mám schizofrenii.

291 A: V tom psychiatrickém zařízení ve Středočeském kraji?

292 Z: V té psychiatrické léčebně ve Středočeském kraji a vlastně, že se bude žádat o důchod. Ať  
293 si požádám o důchod, tak k tomu mě babička dokopala ať vlastně si hned zažádám o důchod.  
294 Ten mi vyšel, dostal sem docela vysokej důchod, 11 700 a takže to byla taková velká pomoc.  
295 To byla moje záchrana.

296 A: A jaký to pro tebe bylo, když ti to řekli?

297 Z: Když mi to řekli, tak to pro mě bylo takový, že to nemůže bejt pravda. Že ten důchod  
298 klidně brát budu, ale žádněj schizofrenik nejsem. Vlastně nebyl sem na tom až tak špatně,  
299 byla to ta první ataka a až časem když sem bral ještě potom co mi to už diagnostikovali, tak  
300 pak se to začlo zhoršovat.

301 A: Hm a měnil se ti nějak ten postoj ke schizofrenii?

302 Z: Měnil. Pak se vlastně začal mít problémy...pak sem si začal říkat, že je to vážný Ted', co už  
303 se léčím posledně, tak už si říkám, že je to hodně vážný.

304 A: Tomu teď kladeš větší váhu, než dřív.  
305 Z: Jo.  
306 A: A jak si se cítil v tom, když ti někdo poprvé řekl, že máš diagnózu schizofrenie.  
307 Z: Bylo to pro mě takový urážlivý.  
308 A: Urážlivý.  
309 Z: Nebo jako prostě takový...  
310 A: Se tě to dotklo.  
311 Z: Dotklo no. Že to nemůže bejt tak vážný, že sem měl reálně toxickou psychózu, že to není  
312 žádná schizofrenie, že sem měl jenom toxí psychózu a sem normální. Ale nějak sem to  
313 nepozoroval, že prostě беру léky a že už to bude trvalý, to sem si nemyslel. Pak už sem to  
314 věděl pozdějc, že už to bude trvalý.  
315 A: To přišlo časem.  
316 Z: Časem, no.  
317 A: A Jak si se s tou diagnózou teda vyrovnával?  
318 Z: S diagnózou...nejdřív sem se s tím vyrovnával rychle, protože sem to nebral vážně a pak  
319 sem se s tou diagnózou byl už srovnanej. Pak vlastně, když už mi začly ty horší problémy,  
320 tak...no, sem už s tím byl nějak srovnanej, že už sem blázen a už to nebylo tak těžký se s tím  
321 srovnat.  
322 A: A jak se ti s tím žije teď?  
323 Z: Se schizofrenií, s tou diagnózou...jako sem rád za ten důchod, že ho mám. To je pro mě  
324 vlastně nejdůležitější, protože vim, že se nechytну v normální práci. Asi bych se někde  
325 chytnul, ale třeba jako popelář, nebo nevim, ale jako s tou schizofrenií se mi nežije tak dobře,  
326 no.  
327 A: A co si vlastně o tý diagnóze schizofrenie myslíš?  
328 Z: O diagnóze schizofrenie si myslím, že je to závažná diagnóza. Že to je taková dost blbá  
329 zpráva. Že je to vlastně takový velký ohrožení.  
330 A: Čeho?  
331 Z: Ohrožení toho člověka, že má tu diagnózu.  
332 A: A v čem? Promiň, že takhle vyzvídám, jen bych tomu chtěla líp porozumět.  
333 Z: V čem? Ohrožení je to v tom, že je značně omezenej ten člověk, že se mu už nebude žít  
334 lehce. Už to nebude tak skvělý, už nebude zažívat takový dobrý pocity jako normální  
335 lidi....bude to slabší...ten život.  
336 A: A do tý doby, než ten člověk získá tu diagnózu, tak se mu žije líp?  
337 Z: No, než mu diagnostikujou schizofrenii, tak se mu žije žije určitě líp.

338 A: Hm, i přesto, že má ty projevy schizofrenie.  
339 Z: Jo, tak to je začátek. To je takový, že se mu žije třeba líp, ale pak to nabere rychleji spád.  
340 Nějak ta první ataka a pak se octne najednou v nemocnici třeba bez peněz. Po té první atace je  
341 to takový dost nepříjemný. Vlastně získávání toho důchodu a sžití se s tím, že člověk má  
342 nějakou nemoc, která se bude zhoršovat. Protože schizofrenie se vlastně jenom zhoršuje.  
343 A: Máš pocit, že se to u tebe jenom zhoršuje?  
344 Z: No ono to je o té nemoci známý. Když to vypukne, tak se to pak časem s věkem zhoršuje,  
345 ta nemoc.  
346 A: Hm a máš pocit, že teď je ti hůř, než třeba před pár lety s tou nemocí?  
347 Z: No, s tou nemocí je mi určitě hůř, než když to bylo po té první atace. Je mi hůř psychicky.  
348 A: Hm. A jaký máš k diagnóze schizofrenie postoj?  
349 Z: Postoj k diagnóze mám, že je to vážný. Já ani nemám postoje k té diagnóze jako k té  
350 nemoci. Já to na sobě pozoruju. Vim, že to není jednoduchý a jako šíl sem se s tím, takže  
351 jako postoj k té diagnóze mám jako, že je to určitě na místě.  
352 A: Je to součást tebe.  
353 Z: je to součást mého života.  
354 A: Měnil se ti nějak ten postoj?  
355 Z: No, dřív sem to bral na lehkou váhu. Později už sem to bral jakože to je fakt pravda.  
356 A: Hm, hm. A jak si myslíš, že tvoji diagnózu vnímají ostatní?  
357 Z: Ostatní jí vnímají jako...třeba tady terapeuti se mi snažej pomoci a venku mě vnímají, že  
358 sem takovej uzavřenější, ale já to nedávám moc znát. Já se nesvěřuju, že mám nějaký  
359 problémy se schizofrenií. Já chci, aby se o tom vědělo co nejmíň venku.  
360 A: Tě to nějak ohrožuje.  
361 Z: No, je to takový, že prostě mě mají za blázna pak lidi.  
362 A: A to nechceš bejt.  
363 Z: To nechci bejt. Já vim, že to ostatní nepoznají, že si můžou myslet, že sem takovej  
364 uzavřeněj, ale rozhodně nutně nemusím dávat znát, že mám schízu.  
365 A: A jak vnímají tebe a tvou diagnózu ostatní? Mění se to nějak?  
366 Z: Jako máma mě bere. Mění...mění se to...sem takovej uzavřenější před ostatníma, takže na  
367 schizofrenii často nedojde ani řeč před ostatníma. Tady to řeším všechno ty problémy, ale  
368 venku o tom nemluvim.  
369 A: Hm hm. A jak vnímáš druhý ve vztahu k sobě?  
370 Z: Druhý ve vztahu k sobě? Tak jako individuálně, někdo je kámoš, někdo je kolega v práci,  
371 někdo je rodina, tak jako různě, tak jak má.

372 A: A ve vztahu k tvý diagnóze?  
373 Z: Ve vztahu k mý diagnóze vnímám ostatní, že někdo o tom ví, někdo o tom neví, tak různě.  
374 A: Co si o tobě a tvých diagnózách myslí nejbližší?  
375 Z: Tak jako sou na pochybách, určitě si říkaj, jestli to teď zvládnou a jako držej mi palce.  
376 A: Cejtíš od nich podporu.  
377 Z: Jo, cejtím. Já vim, že i kdybych to nezvládl, tak by stáli při mně, ale nebylo by to moc  
378 dobrý, kdybych to nezvládl.  
379 A: Ale pořád by tam ta podpora byla.  
380 Z: No jako podpora...spíš to, že by mě neposlali do háje. Jako oni mě zas tak zvlášť  
381 nepodporujou zase.  
382 A: Palce ti drží.  
383 Z: No, to jo. Jako, že by třeba, že by do mě vráželi nějaký peníze nebo takhle. Já mám ten  
384 důchod, takže naštěstí můžu vyjít sám.  
385 A: Hm a mění se to nějak u těch ostatních, co si o tobě myslí a o tvý diagnóze? Teď jsi říkal,  
386 jak to bylo teď, tak jak to třeba bylo dřív?  
387 Z: No...nemění se to zatím moc.  
388 A: Vnímáš, že je to stejný.  
389 Z: No, jako já moc ty psychický potíže před nima nemám, protože mi sou blízcí, ty lidi. Já to  
390 mám spíš, když je někdo cizí, nebo když mám z někoho strach. Já třeba z mámy a táty strach  
391 nemám, nebo ze ségry.  
392 A: Máš sestru?  
393 Z: No, mám dvě sestry.  
394 A: A jak ty tě podporujou?  
395 Z: Držej mi palce.  
396 A: Hm, to je pro tebe důležitý.  
397 Z: Jo...jo.  
398 A: A jaký vliv má podle tebe DBT terapie na to, jak vnímáš svý diagnózy?  
399 Z: DBTéčko je dobrý, tam se vlastně učíme o pocitech. Teď se tam učíme nějaký druh  
400 chování. Vnímám to, že mi to dost pomohlo, že vlastně to, co sem se nenaučil kvůli tomu, že  
401 sem bral drogy, tak to nás tam teď učeť, jako takový normální lidský chování.  
402 A: A má to nějaký vliv na to tvoje vnímání diagnózy?  
403 Z: Spíš jako na znalosti. Na vnímání diagnózy má vliv to mindfulness. Jinak vnímání  
404 diagnózy, to si řeším spíš na individuálech s Petrem.

405 A: Už jsme u konce, tak bych se chtěla ještě zeptat, jestli bys chtěl ještě něco dodat? Něco, co  
406 tě k tomu všemu napadá, co je pro tebe třeba nějak důležitý a co bys chtěl, aby tady zaznělo?  
407 Z: No...asi nic.  
408 A: Dobře, dobře. A jak se teď cítíš?  
409 Z: No, některý otázky na mě byli dost všeobecný, ale jinak se cejtím dobře.  
410 A: Díky moc za rozhovor, bylo to fajn.  
411 Z: Tak jo.

1 A: Nejdřív bych se tě chtěla zeptat na to, jak jsi se sem dostal a jaký to mělo průběh?

2 Z: No, já už sem tady jednou byl jako, ale to sem byl takovej nadšenec i do těch drog, takže

3 sem to prostě dělal spíš pro ty rodiče, no. Ale já sem tady nevydržel, pak sem jakoby odešel,

4 zase sem začal fetovat a teďka sem dostal ústavku, protože tam byl nákej problém. Jakoby na

5 tý léčbě, která trvala dva roky, sem se rozhod, že když už sem byl čistej asi nákej čas jako, tak

6 sem říkal jako, že půjdu sem, abych začal jinej život, abych nezačal hnedka fetovat a zase

7 opakoval ty chyby, tak sem šel prostě sem a tady se mi asi daří, no. Dneska sem měl takovou

8 chvilku, ale jinak to je dobrý tady. A sem tady asi osm, nebo devět měsíců.

9 A: Hm a v kolikátý seš fázi?

10 Z: Ve druhý, teďka půjdu do třetí za měsíc, no.

11 A: Takže tě čeká velká odpovědnost.

12 Z: No, docela to utíká. Za chvíli bude 21.3., takže bude jaro, tak se těším. I rodiče budou rádi,

13 když to dodělám. Já sem jim taky ublížil, hodněkrát. Ti z toho byli špatný. A potom ty drogy

14 teda...

15 A: Jo, promiň, já tě teď zastavím. K tomu se dostaneme, asi bych to vzala postupně.

16 Z: Jo.

17 A Tak jaký to mělo průběh to, než jsi se sem dostal?

18 Z: No, byl sem na psychiatrii ve Středočeském kraji a trvalo to rok a půl tam, protože vlastně

19 první rok mě měli pouštět, ale já sem tam měl relapsy, takže vždycky mě to prodloužili. Sem

20 vydržel i půl roku a pak sem to zkonil, tak mi to prodloužili a od toho podzima sem si řekl :

21 „ne končím, nebudu podvádět, dokážu bejt čistej“ a nevim, prostě sem si vzpomněl tady na to

22 a nějaká nabídka tam byla, tak sem si říkal, že tady na ty duálky, že jsou jednodušší a že se

23 sebou chci něco dělat, že samotná ta závislost mi přijde taky jako špatná vlastnost, ale jako

24 no, sem měl hlavně psychický problémy a takhle.

25 A: Hm a jak se tady celkově máš?

26 Z: No dobře, tím, že mám ty koníčky. Tvořím, kreslim občas.

27 A: Co kreslíš?

28 Z: No, to nevim, no.

29 A: Nějaký abstrakce?

30 Z: Ne zas tak abstrakce, spíš takový...pro mě nějak já bych řekl psychedelický, nebo

31 surrealistický věci. Prostě čmáranice, ale některý sou dobrý, no. Dělal sem školu, tu sem

32 nedokončil...

33 A: Jo, k tomu se dostaneme. A jak si se dostal k užívání drog?

34 Z: Sem začínal nějak jako, měl sem nějaký empirie s těma s těma halucinogenama a ty  
35 zážitky byly fakt někdy a tak. A přečet sem pak ještě pozdějc všelijaký knihy Timothy  
36 Learyho a pak ty další následníky a experimentátory. Věřim, že jeden druh těch drog dokáže  
37 povýšit to myšlení a že to není jenom jako o tom, že to je špatný, ale...  
38 A: Takže si začal na těch experimentech a pak?  
39 Z: Pak právě já sem se nějak přetáh. Dostal sem se do tý nemocnice, měl se nějaký  
40 halucinace. A pak nevim...měl sem dost deprese, byl sem z toho špatnej, že sem jako skončil  
41 na psychiatrii a začal sem vlastně experimentovat s tím pervitinem od jednoho kamaráda,  
42 jako...nebo známýho.  
43 A: Hm a jakej to mělo další průběh?  
44 Z: No ty experimenty ze začátku prostě byly takový, že se mi to ani nelíbilo, bylo to tvrdý,  
45 bolela mě hlava potom, bylo to prostě silný ta droga, ale pak už se byl v tý nemocnici a měl  
46 sem ty problémy a tak, přišel sem o školu a začal sem se stýkat s klukama. Jako s kamarádem,  
47 kterej...prostě sem zjistil, že má ty kontakty, že taky jako bere něco, takže sem prostě utratil  
48 všechny peníze a pořád sem prahnul po tom pervitinu jenom kvůli tomu, že sem poznal nákou  
49 tu extázi, že jo, kterou to přenáší a měl sem prostě vždycky dobrou náladu, takže prostě takhle  
50 se u mě vytvořila ta závislost, že potom sem začal bažit a hledat tu drogu, no.  
51 A: Hm, a jaký to pro tebe bylo období?  
52 Z: No, docela ošklivý, no, protože já sem byl prostě...ve třinácti mě srazilo auto, možná, že  
53 sem i dospěl trochu opožděně, nebo nevim přesně...  
54 A: To období?  
55 Z: Jaký bylo...no bylo dost šílený no, bylo dost šílený. Ono to vlastně na jednu stranu  
56 pomáhalo, na druhou stranu mi to prohlubovalo tu schízu a ty věci, takže no...bylo to divoký  
57 období. Protože prostě děly se různý věci, já sem taky vlastně experimentoval sám se sebou,  
58 s tím myšlením a to...sem rád, že už z toho sem venku, takže jako ani toho nějak nelituju.  
59 Teda pár věcí teda lituju občas, ale na druhou stranu toho nelituju, protože sem si to prostě  
60 prošel a sem rád, že to takhle dopadlo, že sem z toho venku. Protože já sem byl opravdu  
61 takovej jako když bych se měl nějak omluvit, tak sem měl hnusný ty deprese a ta melancholie  
62 byla taková, že prostě já sem neměl ten smysl života a...  
63 A: Ti to pomáhalo... (přerušení)  
64 Z: Mi to pomáhalo překlenout tu úzkostnost.  
65 A: A jak to máš teď? Co ti pomáhá?



66 Z: No teďka je to takový, že já mám tu schizofrenii, takže to myšlení je nějaký prostě trošku  
67 specifičtější, ale teďka už sem přes rok čistej a zjistil sem, že ty věci jdou dělat i jiným  
68 způsobem, než se zfetovat.

69 A: Se z toho umíš dostat i jinak.

70 Z: A sem z toho docela jako radostej, no.

71 A: To zní fajn. A kdy to vlastně bylo poprvé, kdy jsi se dostal k užívání?

72 Z: Tyjo, já prostě nevím. Já sem tam měl předtím jednu slečnu, sem poznal a teďka  
73 nevím...Mně bylo šestnáct a teďka je mi divný, že by to bylo v těch šestnácti, ale myslím, že  
74 to bylo v těch šestnácti. Ono...my jsme sklidili nějakou marihuanu, nebo co a pak tam byl u  
75 nás sound systém a já sem se tam nějak zapojil do toho kamarádství s tím jedním klukem,  
76 kterej mě nějak doprovázel a my jsme hledali nějaký tripy nebo co a teď jsme dostali...X.  
77 říkal, že ví o tom perníku, už to bylo zařízený, tak nějak sem nechtěl prchat, tak říkám jako,  
78 když to zkoušel oni, tak to taky zkusim. Tak sem to zkusil a no vypil sem hrozně moc toho  
79 alkoholu a pak ty dojezdy byly hrozný, bolela mě hlava. Ale pak sem se na to nějak naučil,  
80 nevím, nevím ani...

81 A: Je zajímavý, že říkáš, že jsi to vyzkoušel, bolela tě hlava a přesto si v tom byl.

82 Z: No ono to bylo takový, že nevím...tyjo...no, že on ten kamarád byl asi o osm let starší,  
83 takže mě spíš zasvěcoval. Říkal, že mi bude líp. Začaly takhle nějak ty experimenty a pak  
84 vlastně rok...no...nějakej na to sem potom experimentoval dál s těma halucinogenama a s tím  
85 pervitinem.

86 A: Ten kamarád na tebe měl vliv.

87 Z: No, prostě jako nikdo mě nenutil jako, ale asi, že sem zvědavej, sem to chtěl asi vědět ty  
88 věci, no.

89 A: Tak já jen abych tomu správně rozuměla, tak nejdřív byly experimenty s halucinogenama,  
90 pak si se dostal k pervitinu a pak všechno dohromady.

91 Z: No pak už byly experimenty, pak už bylo všechno tak nějak i ty opiáty proběhly.

92 A: Co konkrétně?

93 Z: No opium přímo, jsme jezdili na pole a to bylo teda nepříjemný, já sem to měl vlastně  
94 místo pervitinu, hlavně abych byl nějakej jinej. No, hodně jsme toho brali, takže pak když už  
95 nic nebylo, tak sem si prošel ty hnusný abst'áky. Fakt to bylo hnusný a od tý doby sem na to,  
96 ne nešáhl, ale dal sem k tomu takovej respekt, k těm drogám. A hodně lidí, který sem znal, tak  
97 na tom skončili.

98 A: Je zvláštní, že si nahradil pervitin opiem, který má úplně jiný účinky, hlavně abys byl jinej,  
99 jak jsi říkal.

100 Z: Jo jo. No hlavně abych neměl taky tu realitu, že jo. A bych se cejtil dobře. Já sem se  
101 samozřejmě dobře necejtil, že jo, tak sem si dával víc.

102 A: Takovej začarovanej kruh.

103 Z: No, no právě, no. Ale myslim si, že sem měl tu lepku jako rozbitou...(přerušeni)

104 A: Jako čím, teď se trochu ztrácím.

105 Z: No, jak mě srazilo to auto.

106 A: Jo, aha.

107 Z: A potom ještě ty halucinogeny, že sem měl to vědomí trošku rozšířený a pak právě ten  
108 stihomam a ty halucinace, který sem měl, než mě zavřeli do nemocnice tak spíš já sem si  
109 jistej, že za to spíš mohl ten pervitin, než ty halucinogeny, tak za to mohl ten strach a byla  
110 tam...

111 A: Paranoia.

112 Z: No a ještě ta agrese. Já si myslím, že to je spojený s tím užíváním pervitinu, no.

113 A: Máš to s tím spojený.

114 Z: Hm.

115 A: Hele a kdy ti poprvé někdo řekl, že máš diagnózu závislosti?

116 Z: No, no to nikdo nějak neříkal. Tak asi sem registovanej jako závislej. Já sem si taky říkal  
117 jako nejsem nejsem, ale vlastně sem byl, no. A rodiče, pak si toho všimli rodiče, já sem je tím  
118 hodně otravoval, tak...jo to bych mohl říct, že když sem ještě bydlel u rodičů, tak to byl  
119 hroznej problém a vždycky sem byl nějak divnej, nebo prostě...S tátou sem se vždycky  
120 nějak nepohodl a on mě vždycky odvez právě třeba na tu psychiatrii, nebo tak, aby mě  
121 pomohl. Pak sem vlastně vydržel nějak dva roky taky vlastně čistej. Jako hulil sem trávu,  
122 občas pivo, ale nebral sem trvdý, ale pak sem se vrátil zpátky domů a už sem bydlel sám  
123 v ubytovně ve svém bytě a to a jakoby sem ty drogy začal zvládat a v pohodě, no. Jakoby i  
124 s těma drogama nemusel sem se bát toho dozoru, že na mě někdo kouká, nebo, že mě nějak  
125 hodnotí jako ty rodiče.

126 A: Bez rodičů to vedlo k tomu, že jsi ty drogy líp zvládal?

127 Z: No, no celkově, prostě, že sem mohl být sám sebou. Stejně to bylo vždycky...rodiče měli  
128 vždycky výhrady, že sem tam měl vždycky nepořádek a že mě museli todleto a támdleto, ale  
129 nevim no, ale tak jako....

130 A: Ve svém sem cejtil svobodněji, nikdo tě nekritizoval.

131 Z: No, ale že jako, že to bylo fakt pozdějc, že to bylo i příjemný někdy ty drogy.

132 A: Doma to takový nebylo.

133 Z: Doma to bylo spojený s tím strachem, no. Perzekucí, jakže mě ten táta někam sleduje.

134 A: Tyjo, říkám si, jaký to pro tebe bylo, když tě ty rodiče takhle třeba odvezli na psychiatrii?  
135 Z: To už je těžký trošku...  
136 A: Hm.  
137 Z: Jaký to pro mě bylo?  
138 A: Jaký to pro tebe bylo.  
139 Z: Tyjo, ani nevím, tyjo, Já sem to období prožíval tak jako ryzí skutečnost, že to tak nějak je.  
140 Ten odraz sebe. Nevím, no. Bylo to takový plný jako ty naděje ty božskosti, ty extáze,  
141 statický po těch drogách a pak ty bolesti a toho nechutenství prostě třeba v tý léčbě potom.  
142 A: Hm a přímo v tý situaci, kdy tě rodiče vzali a vezli na psychiatrii?  
143 Z: tak sem byl hodně naštvanej. Byla tam ta agrese a zároveň strach z toho, abych někomu  
144 neublížil, nebo aby se mě něco nestalo. Bylo to hodně nabitý.  
145 A: Hodně těžký. A jak jsi se cejtil v tom mít diagnózu závislosti?  
146 Z: No závislost...já sem to slovo nepoužíval. Až potom, když sem se dostal do tý léčby. Já  
147 sem měl první léčbu asi ve dvaadvaceti v té terapeutické komunitě v České republice. Tam  
148 mě vlastně taky nějak drželi proti mojí vůli, ale rodiče to vyřešili tak, že mě zbavili  
149 svéprávnosti vlastně, protože ty moje názory a to moje vystupování bylo fakt jako trošku  
150 odlišný, než od normální normy, takže sem byl potom prostě no...No asi 5 let mám  
151 opatrovníka.  
152 A: Takže od pětadvaceti?  
153 Z: No možná dýl, už od těch dvaadvaceti, takže asi osm let. Já sem nevěděl jak to chodí, že jo.  
154 A oni mi říkali, že jestli tam nevydržím, takže mě zavedou do klícky, jako (smích).  
155 A: Ty jo.  
156 Z: Jako do nemocnice, protože no, jako já sem jim taky ubližoval hodně, víš. Protože oni  
157 nevěděli, co se mnou, protože já sem byl zbavenej smyslů, zbavenej rozumu, no.  
158 A: Jsi taky nevěděl, co se sebou.  
159 Z: No já sem tam jakoby vydržel, pak sem...no vůči těm rodičům to bylo těžký (povzdech),  
160 ale chovali se nakonec dobře, no.  
161 A: O tebe měli strach.  
162 Z: Asi jo, no. No a zároveň jako já sem jim dával hodně velké kouř, no. Protože vždycky,  
163 když sem měl halucinace, tak sem v nich vždycky viděl policajty, nebo něco, co mě bere tu  
164 mojí svobodu, nebo tak.  
165 A: Ještě k tý diagnóze závislosti, tak ty jsi říkal, že v tý době ti to nikdo neříkal a ani si to  
166 nebral a až později jsi to vnímal správně, chápu to tak dobře?

167 Z: Jo, já sem si říkal...já sem se cejtil, že sem v pohodě, že sem strašně chytrej, nebo já  
168 nevim...Asi jo a jakoby, že já mám pravdu a ti ostatní jsou blbý...

169 A: A kdy sis poprvé uvědomil, že seš závislej?

170 Z: Tyjo, uvědomil...no uvědomil sem si to...jako věděl sem to, že to povede v tom negativním  
171 světle, ale přesto sem po tom šel a držel sem se těch negativních látek.

172 A: A to uvědomění?

173 Z: Uvědomění to přišlo asi až teď v tom psychiatrickém zařízení ve Středočeském kraji, kdy  
174 sem si opravdu řekl, že přestanu, že to je problém. Vlastně přemýšlet o těch věcech sem začal  
175 až teď, vlastně. Do té doby sem byl pořád jako kluk nějakých sfér.

176 A: A jak jsi se v tom cejtil, když jsi vnímal, že to je problém, že jsi závislej?

177 Z: No, jako všeobecně...pravdu, jak to říct...no jako ty skutečnosti.

178 A: Ano?

179 Z: No, jakože si přestaneš lhát a zjistil sem, že to je problém a jako...

180 A: A citově to pro tebe bylo jaký?

181 Z: No, ono jsou to takový smíšený pocity, ja to ne to...

182 A: Zkus to nějak třeba popsat.

183 Z: No prostě sem si říkal už seš velkej už bys měl se sebou něco dělat a nebejt ten zasněnej  
184 kluk, nebo sfetovanej. To je jedno. A...ty, je mi líp prostě, samozřejmě, že...

185 A: Jsi vzal tu odpovědnost do vlastních rukou.

186 Z: No a ty věci se mi dařej, protože ono to není jednoduchý pracovat, nebo někoho poslouchat  
187 prostě proti své vůli, protože to ego se v tom pere pořád, ale pak když se podívám zpátky na  
188 ten rok, co sem tady, tak prostě vidím ty změny a vidím, že ty odborníci, nebo i ty terapeuti  
189 v týhlejší branži prostě, že to má nějakou váhu, že mají pravdu, no. Protože já když sem byl  
190 tenkrát jako kluk na té droze, tak všichni byli blbý, nikdo mě nerozumí, „vy jste blbý,  
191 nechápete to, to je důležitý prostě“, no takovej naivní a nevim a teď teprve tohle je nějaký  
192 uvědomění, pravda. Uvědomění si sebe sama.

193 A: Jsi za sebe vzal odpovědnost.

194 Z: No spíš ty okolnosti mě sem dovedli. Já se do toho nechci plíst.

195 A: V pořádku, nemusíš se pouštět do ničeho, v čem se necejtíš ok.

196 Z: No já prostě, kdyby se něco nestalo, tak já bych sem nešel. Já bych si užíval doma dál, ale  
197 zavedlo mě to sem, no...Dalo mi to tady na výběr, jsou tady nové cesty, kudy jít.

198 A: Nabízej se ti nové možnosti.

199 Z: No a přemýšlím i o té závislosti jako jináč do budoucna a jaký by to mělo následky, kdyby  
200 zase něco to, nebo jestli už sem to pochopil. To sebevědomí je lepší, sebeuvědomění je lepší,  
201 no.  
202 A: A jak si se s tou diagnózou závislosti vyrovnával, či vyrovnáváš. Je to pro tebe asi čerstvá  
203 věc.  
204 Z: Už mi docházej slova (smích).  
205 A: klidně si můžem odpočinout a dát si pauzu.  
206 Z: Jo?  
207 A: Je to úplně v pořádku.  
208 Z: Hm, tyjo já nevim. Sem se s tím nějak nepral prostě. Jen třeba teďka mě napadlo skrz ten  
209 buddhismus, kterej sem jeden čas studoval, tak vlastně nevim, proč sem všechny ty věci dělal,  
210 protože jakoby...no, do toho sem čet i ty texty o svobodě a svobodomyšlnost a pořád sem se  
211 dostával dál a dál.  
212 A: Takže to tvoje vyrovnávání se s tím souvisí nějak s tím buddhismem?  
213 Z: No, nevim, nevim.  
214 A: Řkáš, že jsi se s tím nějak nepral.  
215 Z: Nepral, ale ono se to pralo se mnou, ale já sem si to pak vždycky odsral, protože sem se šel  
216 vždycky zfetovat, pak sem se dostal do nějakýho stavu, kdy se o mě báli, tak mě odvezli  
217 vždycky někam do nemocnice, zavřeli mě na tři měsíce, pak už i na dýl.  
218 A: Takovej bludnej kruh. A co si o té závislosti jako diagnóze myslíš?  
219 Z: Mě napadlo, že ta závislost člověka donutí aspoň něco dělat (smích). To jsem četl ty  
220 knížky, jako...že tam není jenom pasivní jakoby..  
221 A: No?  
222 Z: Komponent, nebo jak to mám říct. Když to srovnám s těma depresemi, tak já to znám  
223 z jedny knížky, ale, že vlastně než se plácát v tom srabu a čekat, co se stane, tak je dobrý vzít  
224 stříkačku a jako zkusit...to je blbost...jako nějakou změnu jakoby, aby to motivovalo.  
225 A: Jakože ta závislost oproti například depresi aktivuje?  
226 Z: Ale takhle to není, ale asi já to zároveň jako ne, že bych to propagoval, ale z jednoho  
227 hlediska, tak některý drogy, tak vidím i ty jejich pozitivní hlediska, který to má.  
228 A: Vidíš některý jejich pozitiva, i přesto...(přerušeni)  
229 Z: Počkej, já chtěl ještě něco říct. Já sem třeba hodně kouřil tu marihuanu hodně a byl sem  
230 třeba úplně blbej a byl sem introvertní, že sem jako i vyhejbal a že vlastně i skrz tu bolest  
231 spojenou i s tím pervitinem tak sem se dostal sem do tohohle bodu, kdy i tak nějak dokážu

232 obstat v ty práci, no a vyrovnat se sám se sebou, protože dřív sem byl prostě...No, nedávalo  
233 mi to smysl a bylo tam to přežívání a to prostě, jak si ulevit.  
234 A: Že i to, co jsi prožil a léčba ti nějak pomohly v práci i třeba ve společnosti, že seš třeba víc  
235 společenskéj.  
236 Z: No, jasný. A to třeba teď mi ty drogy vůbec nechyběj. Jsme byli na tom lyžáku a tam to tak  
237 to bylo dobrý, no...  
238 A: Tak ty drogy nám často nahrazujou to, co nám v tom životě chybí a teď vlastně mluvíš o  
239 tom, že ti například chybělo být víc společenskéj, ale to teď máš i bez nich, takže je vlastně  
240 ani nepotřebuješ.  
241 Z: No, ale samozřejmě přemýšlím, no. Venku sou a myslím si, že se s tím zase budu potýkat,  
242 ale myslím si, že když seženu nějakou práci, nějakou funkční věc, nějakej záměr, smysl, co  
243 přes den dělat, aby to člověka naplňovalo, protože já sem svym způsobem bohém, kterej si ten  
244 život fakt musí užívat, tak teď mě naplňuje jenom třeba ta tvorba, nebo když se povede něco  
245 hezkýho.  
246 A: A pak ty drogy nepotřebuješ.  
247 Z: No, že se mi vrátila ta citlivost, afilita, jak se říká v tom, že už třeba je příjemný i to kafe si  
248 dát po ránu a cejtit, že tě to normálně probere, protože ten pervitin je hrozně silnej, tak když  
249 sem bral, tak kafe sem bral prostě jen tak, protože se to dělalo. Jakože sem citlivější i k těm  
250 energiím, i ta potrava, jídlo a tak.  
251 A: Hm hm, že si víc umíš užívat život.  
252 Z: No, že je to jednodušší, no.  
253 A: Hm. Tak a jaký máš postoj k diagnóze závislosti?  
254 Z: (povzdech) Tyjo, nevim. No, asi jako...já nevim...tak určitě je lepší bejt nezávislej, než  
255 závislej, no.  
256 A: (úsměv) A jak myslíš, že tě brali ostatní, když si bral?  
257 Z: No jakoby u nás mě vnímali prostě byly tam ty předsudky. Jako jak kdo, no. Ale asi jako  
258 blázna, no. Prostě i to chování a vystupování bylo jiný oproti ostatním lidem.  
259 A: Hm a měnilo se to nějak?  
260 Z: Jo, pak sem to jakoby stárnul, tak to...(společný smích) Jakože, já si to nemyslím, že sem  
261 starej, ale jak šel ten čas, tak sem se začal jakoby lepšit, ale dřív, jak sem bydlel s těma  
262 rodičema a občas fetoval, tak sem byl prostě...sem se choval bláznivě. Sem chodil do tý  
263 hospody třeba pod vlivem a teďka ty lidi na mě koukali a já se tam snažil bejt jako no...  
264 A: Nebylo to ono.  
265 Z: No, na to ani nerad vzpomínám na to.

266 A: Hm, hm. A jak vnímáš ostatní ve vztahu k sobě?  
267 Z: Ve vztahu k sobě? To je těžký, tak jako já nevím no...já se snažím bejt jako nezaujatej  
268 jako...  
269 A: Nemít předsudky.  
270 Z: No jako, že nechci zastávat nějakou jako postoj. Myslíš si, že je to jako...teďka sem viděl  
271 teda nějaký mladý lidi třeba zřetovaný, tak je to teda hrozný teda.  
272 A: Hm a co tě přitom napadá?  
273 Z: Hm no vzpomněl sem si na sebe a nevím no...si ničej život, ty lidi.  
274 A: Hm a vnímáš nějakou souvislost mezi diagnózou závislosti a diagnózou schizofrenie?  
275 Z: No, změněnej stav vnímání, prostě. Vlastně ty drogy tě pouštěj do tý...jak se to říká...do tý  
276 psychózy vlastně. To je taková brána do tý psychózy bych řek, ty drogy. No...  
277 A: Drogy tu schizofrenii spouští.  
278 Z: No, takhle to nějak no..to zas věděj jiný, ale takhle to vnímám, no.  
279 A: Hm hm. Kdy jsi měl poprvé pocit, že tě někdo pronásleduje?  
280 Z: Jéžíšmarja, tak to bylo asi od těch dvaceti, no.  
281 A: S čím to bylo spojený?  
282 Z: S tím pervitinem, no.  
283 A: Hm, hm.  
284 Z: Ten stihomam a hlasy s tou nemocí, no.  
285 A: Hm a jaký to pro tebe bylo?  
286 Z: Ty jo já sem si vlastně teďka, když o tom mluvíme, tak já sem si toho prošel hrozně moc  
287 těch věcí. No přes den strach a přes ty sluchový halucinace, jakože všude na mě někdo čeká,  
288 nebo někdy ty prostě...ta paranoia, že...no já vím, že pár let potom sem si začal uvědomovat ty  
289 věci a tu iluzi, že to vlastně způsobuje a začal sem to líp chápat, no ale jako i ty drogy. Proto  
290 říkám, že bych asi normálně nepřestal, protože to bylo tou léčbou, že sem se dostal sem do  
291 tohohle bodu.  
292 A: Teď se trochu ztrácím. V jakým smyslu si začal drogy líp chápat?  
293 Z: Ne, ne jenom drogy, ale jako celkově všechno, ale ty taky, samozřejmě. Kde jsme teďka?  
294 A: Jsme u toho pronásledování.  
295 Z: Jo u toho pronásledování.  
296 A: Jak se to pak vyvíjelo dál?  
297 Z: No, jak sem říkal, je to iluze, jenom se mi to zdá. Vždycky sem takhle uklidňoval sám  
298 sebe: „neboj se, zdá se ti to, to nemusí bejt pravda“.  
299 A: Jsi měl vlastní zaříkadlo proti tomu strachu.

300 Z: No, no, ale já sem se bál, než sem šel to...než sem začal bydlet sám. Ty rodiče a tak.  
301 A: Když jsi bydlel sám, tak to nebylo?  
302 Z: Prostě já sem v nějakym tom bodu si řekl, že to přestanu poslouchat, že se přestanu bát,  
303 protože to je prostě nějak vymyšlený a jako já sem tohle to jakoby zvládnul sám sebe  
304 odpoutat od toho strachu a od té umíněnosti.  
305 A: Ti to nějak šlo a na jak dlouho ti to vydrželo?  
306 Z: No, to bylo jako napořád. Akorát teďka já nevím, nejsem nedůvěřivej, ale ty věci se mi  
307 dějou dál. Nechci zastávat žádný postavení, nebo nějaký principy jako, protože prostě si  
308 myslím, že všechno má svou podstatu a svý plus i mínus.  
309 A: Že vidíš věci komplexněji?  
310 Z: Jo a právě proto...to sou všechno ty věci, co se naučí člověk z těch starejch zkušeností.  
311 A: Hm, hm. Přejdeme teď na diagnózu schizofrenie. Kdy ti poprvé někdo řekl, že máš  
312 schizofrenii?  
313 Z: Ty jo, v devatenácti? Už v osmnácti? Já sem nemocnej už od osmnácti let, asi a s tím bylo  
314 spojeno právě i to užívání a to...Tyjo, já už sem asi unavenej.  
315 A: Klidně si můžeme odpočinout, chceš si odpočinout?  
316 Z: Já bych si dal cigáro.  
317 A: Tyjo, já nevím, jestli se to může, ale to asi ne, když nemáte vyhlášenou pauzu.  
318 Z: To asi ne.  
319 A: Ale chvilku volna si dát můžem.  
320 PAUZA  
321 A: Tak, skončili jsme u toho, kdy ti poprvé někdo řekl, že máš diagnózu schizofrenie. Říkal  
322 jsi, že někdy asi v osmnácti, či devatenácti letech.  
323 Z: Jako jo, no.  
324 A: Jaký to pro tebe bylo, když ti někdo řekl, že máš tuhle diagnózu?  
325 Z: No, to bylo právě docela nepříjemný, protože sem zase měl představu, nebo iluzi, že ti lidi  
326 jako...že sem prostě jinej, že sem prostě blázen a že ti lidi na mě budou koukat skrz prsty jako  
327 na blázna. Teďka sem si vzpomněl, že pár let na to se na mě opravdu ti lidi koukali jakože  
328 sem blázen. A proto sem potom začal bejt závislej na tom pervitinu, protože sem začal bejt  
329 závislej na tom, na té extázi, co to přinášelo.  
330 A: Byl to takovej únik z toho odsuzování těch druhých.  
331 Z: Spíš já sem se možná odsoudil trošku sám mi teďka přijde. Jsem měl prostě strach, nějakěj.  
332 Já sem totiž skončil se školou, se studiem, takže sem z toho byl depresivní, že už sem  
333 odepsanej.



334 A: A do toho ještě ta diagnóza.  
335 Z: No a do toho ještě ty drogy (smích). Ten můj život byl takovej jako sen, teď už to možná  
336 беру trochu vážně. Jenom sem chtěl říct, že teďka, když sem čistej, že prostě ani nepiju, tak  
337 cejtim, že tohleto je opravdový.  
338 A: Že už se necejtíš ve snu.  
339 Z: No.  
340 A: Jaký to je?  
341 Z: Je to docela dobrý!  
342 (společný smích)  
343 Z: Hm.  
344 A: Hm, hm. Jak dlouho si myslíš, že si byl v tom snu? Od těch osmnácti?  
345 Z: No, no, asi jo.  
346 A: A jak to vlastně probíhalo, když ti někdo řekl, že máš diagnózu schizofrenie?  
347 Z: Jak to probíhalo?  
348 A: Hm, hm.  
349 Z: No tu diagnózu mi stanovili potom a už sem byl schizofrenik, no.  
350 A: A jak to probíhalo, jak ti to třeba řekli?  
351 Z: S tím se člověk naučí žít, Já sem no...samozřejmě zezačátku sem to nechtěl připustit a  
352 dokazoval sem si to taky těma drogama, že sem byl pod vlivem a to sem říkal: „podívejte se  
353 na mě, vždyť sem v pohodě“, jenomže pak sem zase začal bejt v prdeli a hm...Sem si lhal sám  
354 sobě.  
355 A: A jak se to s tou diagnózou žije teď?  
356 Z: Jako nebudu říkat, že je to těžký, jako je to možná těžký, ale já to беру jakoby dar. Na  
357 jednu stranu je to těžký a na druhou jako dar, no. Dar od Boha. (pousmání)  
358 A: V čem třeba?  
359 Z: No protože tam sou... já tohleto asi neumím ani říct, ale takový ty filosofie s těma lidma i  
360 z těch nemocnic. Pár lidí sem znal opravdu chytřejch a s kterejma sme filosofovali některý  
361 věci. Ta schizofrenie je vlastně jinej...no...já nevim, co to znamená. Jakože, že to právě tyhle  
362 lidi chápou líp. Sou třeba citlivější.  
363 A: Jinak vnímáte.  
364 Z: No, no. Je to hodně spojený i třeba s tím osvícením, že lidi, který zažili osvícení, nebo  
365 nějaký stavy, tak skončili právě v blázinci potom.  
366 A: Jo, jo. A jaký k tomu máš postoj k tý diagnóze?

367 Z: Jako nevím, to prostě...já si tu diagnózu jako nedávám, takže no normální jako. Myslím si,  
368 že to nic nemění.

369 A: A ten postoj se ti k tomu měnil během onemocnění?

370 Z: Tyjo, to byla další věc...prostě já nevím. Já sem byl jako schizofrenik potom. Já to nějak  
371 nesoudil prostě.

372 A: Hm, hm a jak si myslíš, že tvou diagnózu a tebe berou ostatní?

373 Z: No tak, hm...tyjo.

374 A: Hm?

375 Z: už sem z toho nějakěj hotovej z toho.

376 A: Klidně si můžem zase odpočinout.

377 Z: Ne, klidně mi to řekni, já už to vim.

378 A: Jak si myslíš, že tvou diagnózu a tebe berou ostatní?

379 Z: No sou lidi, co mně nesouděj a maj mě rádi a pak sou lidi, který třeba proti mě něco maj,  
380 nebo cokoliv a ať si trhnou nohou.

381 A: Jo jo.

382 Z: A jak sem říkal, že už se za to nestydím, teď. To mám takhle jakože občas sem litoval  
383 nějakých věcí, ale v samotným závěru je pravda, že to takhle je a litovat těch věcí nemá cenu.  
384 Co tě nezabíjí, to tě posílí. Teď sem tady a je to fajn docela.

385 A: Teď to máš celkem jasný a jak jsi to měl třeba dřív?

386 Z: No hodně sem...ten pervitin mi dával pocit, jakože chvíli i, že sem jakoby někdo, že ty lidi  
387 sou dobrý, jenomže já sem chodil třeba do těch hospod, kde sem třeba byl celou noc a snažil  
388 sem se jakoby ty lidi...no bavil sem se tam třeba s úplně cizíma lidma a já sem se jim tam  
389 svěřoval třeba s věcma, který se normálně ani takhle normálně svěřovat nemaj a ty lidi potom  
390 jakoby šli proti mně.

391 A: Hm, jsi s tím sdělováním cizím lidem neměl dobrou zkušenost. A teď to s tím sdělováním  
392 máš jak?

393 Z: Teď to mám jak...no, člověk si to asi nejdřív musí vyřešit sám v sobě nejdřív a pak to může  
394 pouštět nějak ven, protože to, jak sem chápal předtím ten život, to jak sem vystupoval, to byla  
395 jedna známka tý schizofrenie a vim, že to bylo špatně. Nebo, co je špatně? Nic není špatně,  
396 ale že bych to teďka udělal asi jinak.

397 A: Jasně, chápu. A co si tobě a tvých diagnózách myslí tvoji nejbližší?

398 B: Moji nejbližší a ti, co mě znaj, nebo i těch pár kamarádů, tak si o mě myslí jako docela  
399 dobrý věci, jako (smích). Jako tak (společný smích). Mám hodně zájmů a nevím, no. Já si  
400 myslím, že si myslí to dobrý, no.

401 A: Hm a v souvislosti s těma diagnózama?  
402 Z: S těma diagnózama to mě berou normálně, ty lidi. Právě, že nemám rád ty předsudky, co  
403 tam byli dřív, ty lidi, co mě odsoudili za to, že sem prostě někdy něco fetoval a teďka když  
404 sem normální, tak dobrý. To já jako taky znám některý lidi, co sou padlý na hlavu, nebo, že se  
405 ti nezdáli a pak jako si o nich třeba jako něco myslíš takhle, ale jako to už je pak problém těch  
406 lidí.  
407 A: Jasně, jasně. A jaký vliv má podle tebe DBT terapie na to, jak vnímáš ty své diagnózy?  
408 Z: Hm..DBT? Dialekticko behaviorální terapie.  
409 A: Ano, tu mám na mysli.  
410 Z: No my se učíme vlastně pracovat s těma pocitama, všímat si toho myšlení, co se člověku  
411 děje v tý hlavě a já s tím pracovat právě jako neumím. Jako umím, ale nevím o tom. Já  
412 z toho používám akorát to...  
413 (přerušeni)  
414 A: Mindfulness?  
415 Z: Mindfulness, to dýchání, to je správný. Je to podobný jakoby krátký meditaci. To dýchání  
416 teď a tady, ta přítomnost a jinak nevím, co bych k tomu dodal.  
417 A: A má to vliv nějak na to jak vnímáš své diagnózy?  
418 Z: To ne. Já je nějak nevnímám jako (smích). Ta skutečnost prostě a to dejchání, že...že mě to  
419 možná dokáže víc koncentrovat, víc se soustředit třeba na nějaký problémy, vyřešit ty  
420 problémy třeba jinak, než bych je řešil dřív. Třeba dneska sem dostal nějaký body tam za to,  
421 že sem neměl nějaký věci, tak sem z toho byl vyndanej a vyřešil sem to taky. Teďka už je mi  
422 dobře. Dřív bych se z toho asi zhroutil. Teďka jdu dál. Tak ten posun tý osobnosti, že ta léčba  
423 je opravdu...pomáhá a DBT je jedna ta část včetně tohohle programu a je to fajn, no. A že ti  
424 to vlastně pomůže zpřítomnit si nějaký problémy a pak...  
425 (přerušeni)  
426 Z: Já sem rozvíjel ten buddhismus, nebo tu psychedelii, že prostě ta přítomnost je důležitá, jak  
427 se ten člověk cejtí teď, jak bere sám sebe a to je myslim to nejdůležitější. Už už...  
428 A: Už je toho moc, co?  
429 Z: Už jo.  
430 A: Už jsme na konci.  
431 Z: Tak to je super.  
432 A: Chtěla bych se zeptat, jestli bys chtěl třeba ještě něco dodat, co tě třeba napadalo  
433 v průběhu toho rozhovoru a chtěl by ses o to podělit?

434 Z: (zívnutí) No asi hodně štěstí všem (smích). Jako přišlo mi to jako docela dobrý nápad tady  
435 ten...jak se to říká...pohovor s tebou. Sem dlouho takhle nemluvil a každému, co si zaslouží,  
436 no. (smích) Nevím, nevím, co bych dodal. Asi, asi, asi prostě hodně štěstí a díky. Stejně těm  
437 mladejm, no děckám to stejně nevysvětlíš, to má každej svojí hlavu a asi to je tak správný.  
438 (povzdech)  
439 A: Už tě nechám, bylo toho hodně, děkuju moc a chci je ještě zeptat, jak ti teď je?  
440 Z: No, je mi docela dobře. Teďka ke konci si mě dostávala někam do zóny Y, že jsem  
441 nevěděl, co říct, víš. Najednou sem se zastavil, no a ten závěr, už sem trošku zaskočenej, že  
442 nemůžu už najít slova, co bych řekl víc ještě, ale jinak to bylo docela příjemný, no.  
443 A: Já jsem se snažila ti dát prostor a zároveň to strukturovat tím, že jsem ti tam občas  
444 vstoupila, ale pak jsi často chtěl něco dodat.  
445 Z: Jo, to je taky tou nemocí, jakože takovej sem prostě.  
446 A: Tak kdyby jsme spolu příště měli třeba nějaký další rozhovor, tak ti do toho budu víc  
447 vstupovat, jo?  
448 Z: Jo, jo, tak díky už je půl a můžu si jít zakouřit

1 A: Nejdřív bych se tě chtěla zeptat, jak jsi se sem dostal a jaký to mělo průběh?

2 Z: Tak já sem prodělal několik léceb a mám jako diagnózu nákou schizoidní poruchu a dostal

3 sem se sem přes pana doktora X., protože je to můj psychiatr ve Středočeském městě, chodil

4 sem se k němu jako doléčovat, ambulantně. Takže sem se sem dostal přes pana doktora.

5 A: Hm, hm, takže pan doktor ti to tady nabídl.

6 Z: Ten mi to doporučil, no.

7 A: A jak se tady máš?

8 Z: Ze začátku se mi tady jako moc nelíbilo, teď sem se nějak usadil a je to dobrý.

9 A: Hm hm. A jak seš tady dlouho?

10 Z: Dva měsíce.

11 A: Dva měsíce seš tady.

12 Z: Hm.

13 A: Hm. No a jak jsi se vlastně dostal k užívání pervitinu?

14 Z: Dostal sem se k tomu na škole...to už tam jako bylo, tak sem to vyzkoušel na tý škole a

15 táhne se to se mnou takhle od školy, od střední školy.

16 A: Hm, takže od střední školy. A jaký to pro tebe bylo období?

17 Z: No, pro mě to bylo dobrý období, Ten pervitin mi jako hodně dával.

18 A: Hodně ti toho dával.

19 Z: No, tak jako spoustu energie, nemusela si spát, nemusela si jíst.

20 A: Hm.

21 Z: Hodně energie a prostě komunikativnější sem na tom byl. Dobrý to bylo.

22 A: A přesto seš tady.

23 Z: No až potom v pozdější době to bylo...sem začal brát, sem přicházel o práci. Sem přišel o

24 práci kvůli tomu. Začal sem mít toxický psychózy, začal sem mít prostě psychický potíže,

25 deprese, úzkosti. Musel sem začít brát prášky a vlastně bez těch prášků teďka neusnu.

26 A: Hm.

27 Z: Já kdybych si nevzal prášek, tak se kroutím v posteli. Neusnul bych bez toho.

28 A: Takže nejdřív to pro tebe bylo nějak celkem příjemný období, měl si hodně energie, byls

29 komunikativní a postupně to vedlo k tomu, že ses musel léčit...

30 Z: Že sem se musel léčit. Hroznej dopad na psychiku to mělo.

31 A: Hm, tomu rozumím. A Jak ti v tom bylo?

32 Z: Těžko. Začal sem přicházet jako o přátelé. Že prostě sem ztrácel přátelé, ztrácel sem

33 rodinu.

34 A: Si byl sám.

35 Z: Na ulici sem pak byl, byl sem sám. Prstě byl sem závislej, oni mi pak dávali pokaždý  
36 novou a novou šanci. Byl sem závislej na drogách, byl sem závislej na nich. No prostě nejsem  
37 samostatnej, nebo nebyl sem samostatnej.  
38 A: A zároveň si byl sám.  
39 Z: A zároveň sem byl sám a na drogách a když sem neměl drogy, tak sem měl abst'áky, měl  
40 sem psychický potíže a v žádný léčebně...nebo já sem dvě léčebny dokončil.  
41 A: Jaký?  
42 Z: Dvě komunity v České republice sem dokončil.  
43 A: Hm.  
44 Z: A nějak sem nedokončoval léčby, protože sem byl prostě v psychicky hroznejch stavech a  
45 nedalo se to vydržet.  
46 A: Ty psychický potíže byly tak silný, že se to nedalo.  
47 Z: Hm.  
48 A: A kdo ti poprvé řekl, že máš diagnózu závislosti?  
49 Z: No...řekli mi to poprvé v Praze v káčku, kde mi doporučili vlastně první léčbu  
50 v psychiatrický léčebně v Jižních Čechách.  
51 A: Hm.  
52 Z: Tak tam mi to řekli, no.  
53 A: A jaký to pro tebe bylo, když ti to řekli?  
54 Z: Já sem to věděl.  
55 A: Věděl si to, takže to pro tebe nebylo žádný překvapení.  
56 Z: Překvapení to pro mě nebylo.  
57 A: A co jsi u toho cítil?  
58 Z: No nic, akorát to, že du do léčby.  
59 A: Hm.  
60 Z: Já nevim no. Nic jinýho.  
61 A: A jak jsi se s tou diagnózou vyrovnával?  
62 Z: Vyrovnával? Já nevim no, do teďka. Prostě sem se s tím nedokázal vyrovnat. Nedokázal  
63 sem přestat užívat. Až teďkon se mi to podařilo, že sem přes rok čistej.  
64 A: Přes rok.  
65 Z: No, já sem čistej. Já sem...sem měl teda jeden relaps a předtím relapsem sem byl další rok  
66 čistej, takže já sem skoro dva roky čistej, kdybych nepočítal ten relaps.  
67 A: To je dlouhá doba.  
68 Z: Hm.

69 A: A co si vlastně o té diagnóze závislosti myslíš?  
70 Z: Co si o tom myslím? No, že je to problém.  
71 A: Problém?  
72 Z: No, je to můj problém.  
73 A: Hm, a jaký k tomu máš postoj k té diagnóze?  
74 Z: Postoj? Tak snažím se teď kon, snažím se tomu porozumět a no nějak z toho jako vybruslit.  
75 A: Seš z toho teď nějak smutnej.  
76 Z: No, trochu.  
77 A: Trochu.  
78 Z: No, smutnej, že to tak dlouho trvá.  
79 A: Už je to na tebe dlouhá doba.  
80 Z: No.  
81 A: A ten postoj se ti k té diagnóze nějak měnil?  
82 Z: Ten postoj. Já sem ze začátku vůbec nechtěl přestat brát drogy. Já sem šel do léčby prostě  
83 proto, že mě k tomu donutily okolnosti. Skončil sem na ulici, bez práce, bez peněz, špinavej.  
84 Takže mě k tomu donutily tyhle centy okolnosti a vždycky sem se těšil až vyjdu ven z léčby a  
85 dám si. Teď to tak nemám.  
86 A: Teď to tak nemáš. Teď už to chceš jinak?  
87 Z: Teď už chci přestat, no.  
88 A: Co se stalo?  
89 Z: Už toho je moc na mě.  
90 A: Hm, už sis toho zažil s drogama dost, odřetoval sis to svý, jak se říká.  
91 Z: No. Asi jo, ty jo!  
92 A: Hm, je u tebe čas na změnu.  
93 Z: No, asi jo.  
94 A: A jak si myslíš, že tě brali ostatní, když si bral?  
95 Z: No, jako feťáka. Odsoudili mě za to.  
96 A: Hm. Všichni?  
97 Z: No, jako všichni ne. Jeden dva kámoši mi zůstali.  
98 A: A teď to máš jak s ostatníma? Změnilo se to nějak?  
99 Z: S ostatníma se teď nevidám. Vlastně sem přerušil veškerý kontakt s nima. Akorát občas si  
100 zavolám s tím kámošem. S jedním, i s druhým si občas zavoláme.  
101 A: Takže seš s někým v kontaktu.  
102 Z: Hm, jo.

103 A: A jak vnímáš druhý ve vztahu k sobě?  
104 Z: Druhý ve vztahu k sobě...No, tak já si teďka docela začal telefonovat s mámou, táta za  
105 mnou přijede jako na návštěvu, se ségrou si volám. Moc lidí nemám, kterejm bych moh  
106 zavolat.  
107 A: Takže to se taky nějak měnilo.  
108 Z: No, oni mi vždycky když sem šel jako do léčby, tak mi dali novou šanci a já sem to  
109 vždycky pokazil, tak se teďka snažim to nepokazit.  
110 A: Máte snahu na obou stranách.  
111 Z: Hm.  
112 A: A vnímáš nějakou souvislosti mezi diagnózou závislosti a diagnózou schizoidní poruchy?  
113 Z: No, určitě je mezi tím nějaká...nebo ta psychika se odráží jako od těch drog, jo. Nebo mně  
114 aspoň, protože čím víc sem fetoval, tím víc sem byl psychicky rozebranej. A pro mě je  
115 důležitý, aby se mi ta psychika srovnala a zároveň abych abstinovál. Takže to má určitě  
116 nějakou souvislost.  
117 A: Vnímáš tam tu souvislost, že když si vezmeš drogu, tak ti pak není psychicky dobře.  
118 Z: No.  
119 A: A měl si někdy pocity, že tě někdo pronásleduje?  
120 Z: Měl no. Měl sem někdy pocity, že po mně každej kouká, že mě sleduje.  
121 A: Kdy to tak bylo?  
122 Z: Na dojezdech.  
123 A: Na dojezdech, hm. A jak ti v tom bylo?  
124 Z: Hrozně, no, protože sem nevěděl, co je realita a co ne.  
125 A: Hm, hm. A celkově to pro tebe bylo jaký období?  
126 Z: Já sem měl toxický psychózy, takže to období pro mě bylo hrozně těžký.  
127 A: Hm, hm.  
128 Z: Já sem vlastně nevěděl, co je skutečnost a co skutečnost není a hodně sem nad tím tápal.  
129 Tak když sem se jako probral z tý psychózy, tak sem nedokázal si říct, co byla skutečnost a  
130 co skutečnost nebyla.  
131 A: A jak se to pak vyvíjelo dál?  
132 Z: Tak já vim, že když sem pak pokaždý nějakou dobu abstinovál, tak se to jako zlepšilo. Ta  
133 psychóza jako ustoupila a bylo to lepší.  
134 A: Ta abstinence ti pomohla. A říkal jsi, že máš schizoidní poruchu osobnosti. Kdy ti to  
135 někdo řekl?  
136 Z: V komunitě v České republice.



137 A: A jaké to pro tebe bylo, když ti to řekli?

138 Z: Já sem o tom nevěděl, já sem se to dozvěděl až když sem si přečetl papíry z komunity  
139 v České republice, ale, no....sem nevěděl, co to je pořádně.

140 A: Hm hm.

141 Z: Do teďka vlastně nevím, co to je pořádně.

142 A: Co si o tom myslíš?

143 Z: Já nevím, tak mě se neděje nic jako, že bych měl nějaký sluchový halucinace, nebo jiný  
144 halucinace, nebo paranoiou. Jako občas mám paranoiou, ale já nevím, co to vlastně je ta  
145 schizoidní porucha osobnosti.

146 A: Hm a jak se v tom cítíš, když ti někdo řekne, že máš tuhle poruchu?

147 Z: No, tak jako chci vědět, co to je, no.

148 A: Bys chtěl vědět o tom víc informací.

149 Z: Jo.

150 A: A máš za tím nějaký představy, co by to tak mohlo bejt?

151 Z: Já si myslím, že by to mohlo bejt to, že se v jednu chvíli chovám tak a podruhý jinak. Jako,  
152 že by to mohlo bejt...i nějaký nálady. Já nevím.

153 A: Hm. Jak tady mám otázku, jak jsi se s tou diagnózou vyrovnával, tak nevím, jestli bys mi  
154 k tomu chtěl něco říct?

155 Z: No, tak já sem jako....mně to tak ňák je celkem jedno, protože já se necejtím, že bych kvůli  
156 tomu byl nějakěj vomezenej, že bych nemohl chodit do práce, nebo prostě ňákej jinej, nebo  
157 odlištej se necejtím.

158 A: Že to pro tebe není nějakěj handicap.

159 Z: No, jasně no.

160 A: A jak s tím žiješ teď?

161 Z: Jak s tm teď žiju?

162 A: Hm.

163 Z: Já se tím nezabejvám.

164 A: Máš k tomu nějaký důvody? Protože na jednu stranu si říkal, že bys o tom chtěl víc  
165 informací, na druhou stranu říkáš, že se tím nezabýváš.

166 Z: No nemám ty infomace, protože se tím nezabejvám.

167 A: Hm. A k tomu máš nějaký důvody.

168 Z: Ani ne. Já se tím budu teď zabývat až si asi budu chtít zažádat o důchod. A jestli mi ho  
169 schválej, tak se tím budu jako zabývat, co to vlastně je a proč to mám a proč mám na to  
170 důchod.

171 A: Hm, hm.  
172 Z: Tak se tím začnu zabývat, no.  
173 A: Jasně. Důchod tě pak v tom bude motivovat.  
174 Z: Jo.  
175 A: A jaký k té diagnóze máš postoj?  
176 Z: Tak jako asi nezodpovědný. Že když sem venku, tak neberu léky, tak jak bych měl, beru  
177 akorát na spaní a postoj? Nevím no, řekl bych, že nedozpovědnej postoj.  
178 A: A čím si myslím, že to tak může bejt?  
179 Z: Že je mi to asi jedno, že to mám. Nebo teda není mi to jedno. Když se jako necejtím  
180 psychicky dobře, tak mi to není jedno. Sem radši, když se cejtím dobře psychicky, takže teď  
181 sem začal užívat tak jak se to má užívat a doufám, že to jako nic nenabourá.  
182 A: Ten postoj se ti nějak teda změnil, už ti to není jedno.  
183 Z: No.  
184 A: A jak si myslíš, že tebe a tvou diagnózu vnímají ostatní?  
185 Z: Nijak, protože vůbec nevědí, že to mám. Ani ségra vlastně neví, co to je. Táta taky neví.  
186 Jako vědí, že mám něco s psychikou, mám nějaký úzkosti, deprese, ale že nějaká schizoidní  
187 porucha osobnosti, to vůbec nevědí o čem to je.  
188 A: Hm, hm a o závislosti?  
189 Z: O tom jako vědí, no. O tom vědí a vědí, že je to těžký.  
190 A: Ti v tom nějak rozumí.  
191 Z: Hm.  
192 A: Říkal jsi, že ti druzí to moc nevědí, tak se chci zeptat, jestli máš nějaký důvody, proč o tom  
193 neví?  
194 Z: Tak protože o tom nemluvim. Já se s nikým už dlouho nestýkám, docela.  
195 A: Hm a co ti tvý kamarádi?  
196 Z: Ti to nevědí. Ti vůbec nevědí, co je to léčba, nebo o čem ta léčba je. Vůbec nějaký režim  
197 léčebnej a to dleňcto, oni neznaj a nějaký diagnózy taky ne.  
198 A: Hm a vědí, že seš v léčbě?  
199 Z: Jo, to ví.  
200 A: Hm. Taky by mě zajímalo, jestli se třeba měnil ten pohled ostatních třeba na tebe a na tvý  
201 diagnózy?  
202 Z: No, určitě se postupně času jako měnili. Když sem nezvlád první léčbu, druhou a třetí, tak  
203 už ostatní nade mnou zanevřeli. Že už sem ztracenej případ, beznadějněj. Takže proto mi i  
204 zbylo tak málo přátel.

205 A: Teď někoho kolem sebe máš.  
206 Z: Teď mám jenom ty dva přátele a rodinu. Jinak taky nikoho nemám.  
207 A: Nějakou podporu teď máš.  
208 Z: Já jim akorát jednou za čas zavolám, tak mi jako řeknou, že by mě rádi viděli, tak jim  
209 řeknu, že až dokončím léčbu.  
210 A: Jsi s nima v kontaktu.  
211 Z: No, ne tak často, tak jako jednou za tři měsíce.  
212 A: Občas.  
213 Z: Občas, no.  
214 A: A jaký vliv má podle tebe DBT terapie na to, jak vnímáš své diagnózy?  
215 Z: Jaký vliv to má na na to?  
216 A: Hm.  
217 Z: To débétéčko, já nevím. Já sem tady zatím krátce a těch DBT skupin sem měl jenom pár a  
218 neměl sem ty hlavní skupiny. Sem vlastně přišel koncem takovýho kola. Tady se jedou v tom  
219 débétéčku takový kola, že začátek něčeho a konec a pak se to jede znova to kolo a trvá to  
220 třeba šest měsíců. Já sem přišel ke konci toho kola.  
221 A: A co se zrovna probíralo?  
222 Z: Vina, hamba a...  
223 A: Stud?  
224 Z: Stud, myslim.  
225 A: Takže říkáš, že si toho ještě moc nezažil.  
226 Z: Nezažil, no.  
227 A: A myslíš si, že to může nějak ovlivňovat třeba to, jak vnímáš ty diagnózy?  
228 Z: Asi možná jo, no.  
229 A: A v čem?  
230 Z: Nevím. Nevím v čem by to mohlo ovlivňovat. Možná v tom, že si začnu uvědomovat věci,  
231 prostě. Třeba to bude mít vliv na psychiku a na věci, kterejma sem se dřív nezabýval, nebo by  
232 mě vůbec nenapadlo se tím zabývat.  
233 A: Takže je to takovej prostor pro to, nějak si uvědomit nějaký věci a nějak se nad nima  
234 zamyslet.  
235 Z: No, jasný no.  
236 A: Tak už jsme u konce, chtěla bych se zeptat, jestli tě ještě něco k tomu všemu napadá, co  
237 bys chtěl třeba chtěl dodat?  
238 Z: Ani ne.

- 239 A: Hm a jak ti teď je?  
240 Z: Jo, dobrý.  
241 A: Jo?  
242 Z: No, tak jako normálně mi je, jako po rozhovoru.  
243 A: Tak fajn.  
244 Z: Tak to je všechno?  
245 A: Tak to je všechno.

## BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autorky: Saša Hašková

Studijní program: N7701 Psychologie

Studijní obor: Psychologie

Název práce: Prožívání a postoje lidí s duální diagnózou ke svému onemocnění

Počet stran (bez příloh): 61

Celkový počet stran příloh: 66

Počet titulů české literatury a pramenů: 28

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 14

Počet internetových odkazů: 3

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Michal Slaninka, PhD.

Rok dokončení práce: 2018



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

Jméno a příjmení studenta/-tky: Bc. Saša Hašková

Obor studia: Psychologie

Název práce: Prožívání a postoje lidí s duální diagnózou ke svému onemocnění

Vedoucí/opedent práce: Mgr. et Mgr. Michal Slaninka, Ph.D.

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): 61

Počet stránek příloh: 66

Počet titulů v seznamu literatury: 45

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

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

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

Oborová příléhavost 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	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 – nepospěl/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:

1. Môže autorka bližšie priblížiť fakt, že ľudia s diagnózou schizofrénie ju vnímajú ako dar?

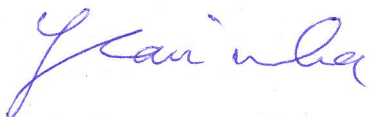
Celkové hodnotenie práce (klady, nedostatky):

Bc. Hašková sa v práci venuje problematike prijatia a postoja pacientov k ich diagnóze. V teoretickej časti pokrýva celú problematiku. Oceňujem tiež, že sa venuje i zahraničným výskumom v tejto téme. Náročnosť práce vnímam v tom, že pokrýva veľmi široký rozmer tejto problematiky. Neodkrýva len prežívanie faktu, že je pacientom pridelená diagnóza, a ich postoj k ich diagnóze, ale aj to, ako prežívajú svoju nemoc, ako v nemoci vnímajú svoje okolie apod.. Napriek tejto obsiahlosti sa Bc. Hašková svojej úlohy zhostila adekvátne. Práca prináša mnohé cenné informácie o tom, ako pacienti s duálnou diagnózou vnímajú skutočnosť ohľadne ich diagnózy. Prácu odporúčam k obhajobe s výsledkom výborne.

Doporučení k obhajobe: doporučuji/nedoporučuji\*

Navrhovaná klasifikace: 1

Datum, podpis: 13.5.2018





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

Jméno a příjmení studentky: Bc. Saša Hašková

Obor studia: Psychologie

Název práce: Prožívání a postoje lidí s duální diagnózou ke svému onemocnění

Oponent práce: Mgr. Johana Růžičková

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): 68

Počet stránek příloh: 66

Počet titulů v seznamu literatury: 42

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

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

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

Oborová přiléhavost tématu

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

Originalita tématu a jeho zpracování

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

**Formální zpracování**

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

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

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

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

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

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

**Metody práce**

Vhodnost a úroveň použitých metod

			3	
--	--	--	---	--

Využití výzkumných empirických metod

			3	
--	--	--	---	--

Využití praktických zkušeností

0				
---	--	--	--	--

**Obsahová kritéria a přínos práce**

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

0				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

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

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

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

Návaznost kapitol a subkapitol

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

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

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

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

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

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

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

1. Jak jinak (lépe) je podle Vás možno zjišťovat postoje, než otázkou: „Jaký máš postoj ke své diagnóze?“ ?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autorka si za téma své závěrečné práce zvolila problematiku duálních diagnóz. Jde o téma jistě zajímavé, aktuální a oborově příléhavé.

V teoretické části se zabývá duální diagnózou, její etiologií, prevalencí a léčbou, dále jednotlivým diagnózám zvlášť. Kapitulu věnuje dialekticko behaviorální terapii, coby metodě, s níž se její participanti v léčbě setkávají. Text je přehledný, čtivý, po obsahové stránce vyhovující, ovšem poměrně stručný, cituje známé autory a nepřináší příliš nového.

O něco horší se mi jeví část empirická. Problém vidím především v rozsahu otázek a jejich nekonkrétnosti a vágnosti. Při četbě prepisů se mi zdálo, že především sami participanti si s nimi někdy neví zcela rady a jejich odpovědi jsou pak podobně vágní a nicneříkající („A jaký k té diagnóze máš postoj?“, „A jak vnímají tebe a tvou diagnózu ostatní?“). Problematická je také analýza, která je spíše soupisem výpovědí participantů, nikoliv výsledkem vhledu autorky.

Po formální stránce je práce v pořádku, pomineme-li chybu v názvu práce (zeugma).

Práci doporučuji k obhajobě. Vzhledem k nedostatkům v empirické části navrhuji hodnocení velmi dobře až dobře dle obhajoby.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: velmi dobře – dobře dle obhajoby

Datum, podpis:

