

**Pražská vysoká škola psychosociálních studií**



**Nefarmakologická intervence v rámci léčby schizofrenie**

Anežka Pondělková

**Bakalářská práce**

Studijní program: Psychologie

Vedoucí práce: Mgr. Ing. Eva Dubovská, Ph.D.

**Praha 2023**

**Prague College of Psychosocial Studies**



**Non-pharmacological Interventions for Schizophrenia**

Anežka Ponděliková

**Bachelor Thesis**

Field of study: Psychology

The Bachelor Thesis Work Supervisor: Mgr. Ing. Eva Dubovská, Ph.D.

**Prague 2023**

**Prohlášení:**

1. Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala 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:**

V první řadě bych ráda poděkovala vedoucí bakalářské práce Mgr. Ing. Evě Dubovské, Ph.D. za všechny podnětné rady, připomínky, podporu a čas, který mi věnovala při vypracovávání této práce. Velké díky patří také MUDr. Janu Pokornému za podporu a opakované konzultace práce. Nakonec bych ráda poděkovala všem participantům výzkumu za důvěru a sdílení svých příběhů.

## **Anotace**

Práce pojednává o možnostech nefarmakologických intervencí, jejich využití a efektivitě v rámci léčby schizofrenie. Práce je rozdělena do dvou částí (teoretická a metodologická). Teoretická část se věnuje základnímu vymezení samotné diagnózy schizofrenie a jednotlivým postupům v rámci léčby s důrazem na nefarmakologickou intervenci. Metodologická část vychází z hloubkových rozhovorů s osobami, kterým byla diagnostikována schizofrenie a dlouhodobě využívají služeb nefarmakologických intervencí. K vyhodnocování rozhovorů byla použita tematická analýza. Na základě této analýzy bylo popsáno šest hlavních témat.

**Klíčová slova:** psychosociální intervence, nefarmakologická intervence, nefarmakologická léčba schizofrenie, léčba schizofrenie, otevřený dialog, Slyšení hlasů, psychotherapie pro léčbu schizofrenie, sociální rehabilitace

## **Abstract**

The thesis discusses the possibilities of non-pharmacological interventions, their use and effectiveness in the treatment of schizophrenia. It [the thesis] is divided into two parts (theoretical and methodological). The theoretical part is devoted to the basic definition of the diagnosis of schizophrenia itself and the different treatment approaches with emphasis on non-pharmacological intervention. The methodological part is based on in-depth interviews with people who have been diagnosed with schizophrenia and have been using non-pharmacological intervention services long term. Thematic analysis was used to evaluate the interviews. Six main themes were described based on this analysis.

**Key words:** psychosocial intervention, non-pharmacological intervention, non-pharmacological treatment for schizophrenia, treatment for schizophrenia, open dialogue, Hearing voices, psychotherapy for schizophrenia, social rehabilitation

# OBSAH

ÚVOD .....	8
<b>TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>10</b>
1 TERMINOLOGIE .....	11
1.1 SCHIZOFRENIE A PSYCHÓZA .....	11
1.2 POZITIVNÍ A NEGATIVNÍ SYMPTOMY .....	11
1.3 PREMORBIDNÍ STAV A PRODROMÁLNÍ OBDOBÍ .....	12
1.4 ATAKA A PRVNÍ ATAKA .....	12
1.5 REMISE A RELAPS .....	13
2 SCHIZOFRENIE .....	14
2.1 KLASIFIKACE PODLE MKN-10 .....	14
2.1.1 TYPY SCHIZOFRENIE .....	14
2.2 ETIOPATOGENEZE .....	15
2.3 STIGMATIZACE A SEBESTIGMATIZACE SCHIZOFRENIE .....	15
2.4 SUICIDALITA OSOB S DIAGNÓZOU SCHIZOFRENIE .....	16
2.5 POJETÍ DIAGNÓZY SCHIZOFRENIE .....	16
3 LÉČBA .....	17
3.1 ZOTAVENÍ, REHABILITACE, LÉČBA .....	17
3.2 FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA .....	17
3.2.1 ÚSKALÍ FARMAKOLOGICKÝCH POSTUPŮ LÉČBY .....	18
3.3 NEFARMAKOLOGICKÁ LÉČBA .....	19
3.3.1 KRIZOVÁ INTERVENCE .....	19
3.3.2 PSYCHOSOCIÁLNÍ REHABILITACE .....	20
3.3.3 PSYCHOTERAPIE .....	21
3.3.3.1 Psychodynamické směry psychoterapie .....	22
3.3.3.2 Humanistické směry psychoterapie .....	23
3.3.3.3 Kognitivně-behaviorální terapie .....	24
3.3.3.4 Systemické směry psychoterapie .....	25
3.3.4 KOMUNITNÍ PÉČE .....	25
3.3.4.1 Otevřený dialog .....	25
3.3.4.2 Asertivní komunitní léčba .....	27
3.3.5 SVĚPOMOCNÁ HNUTÍ .....	27
3.3.5.1 Skupiny slyšení hlasů .....	28
3.3.6 PSYCHOEDUKACE .....	28
3.3.7 ÚSKALÍ NEFARMAKOLOGICKÝCH POSTUPŮ LÉČBY .....	29
<b>METODOLOGICKÁ ČÁST .....</b>	<b>30</b>
4 METODOLOGIE VÝZKUMU .....	31
4.1 VÝZKUMNÝ CÍL A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	31

4.2 POPIS VÝZKUMNÉHO POSTUPU .....	31
4.2.1 VÝZKUMNÝ VZOREK.....	31
4.2.2 VÝBĚR RESPONDENTŮ .....	31
4.2.3 SCÉNÁŘ ROZHOVORU .....	32
4.3 VÝZKUMNÁ METODA .....	33
4.3.1 TEMATICKÁ ANALÝZA .....	33
4.4 ETICKÉ ASPEKTY VÝZKUMU .....	34
4.5 REFLEXE VLASTNÍ ZKUŠENOSTI S TÉMATEM A OČEKÁVÁNÍ .....	35
5 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	36
5.1 NEGATIVNÍ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ LÉČBU .....	36
5.1.1 STRACH .....	37
5.1.2 ZPOCHYBŇOVÁNÍ ZE STRANY ODBORNÍKŮ .....	37
5.1.3 SAMOTA A UZAVŘENÍ SE .....	38
5.1.4 NEPOCHOPENÍ ZE STRANY BLÍZKÝCH.....	38
5.2 KOMPLEXNOST LÉČBY .....	39
5.2.1 FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA .....	40
5.2.2 PEERSKÁ POMOC .....	40
5.2.3 SOCIÁLNÍ REHABILITACE .....	40
5.3 SPECIFIKA PSYCHOTERAPIE .....	41
5.3.1 BEZPEČNÝ PROSTOR A PŘIJETÍ V TERAPII .....	41
5.3.2 PRÁCE SE SYMPTOMY.....	42
5.3.3 BUDOVNÍ NÁHLEDU NA ONEMOCNĚNÍ A POCHOPENÍ SYMPTOMŮ V TERAPII .....	42
5.3.4 NEGATIVNÍ ZKUŠENOSTI S PSYCHOTERAPIÍ.....	43
5.4 PODPORA ZE STRANY BLÍZKÝCH.....	44
5.5 NEDOSTATEČNÁ PSYCHOEDUKACE .....	44
5.5.1 STIGMATIZACE.....	44
5.5.2 NEZNALOST SYSTÉMU PÉČE .....	45
5.5.3 NEPOCHOPENÍ DIAGNÓZY .....	45
5.6 VLASTNÍ PRÁCE NA SOBĚ .....	45
5.6.1 NÁHLED NA ONEMOCNĚNÍ A JEHO PŘIJETÍ MIMO TERAPII .....	46
5.6.2 VŮLE .....	46
5.6.3 VÍRA .....	46
5.7 ODPOVĚDI NA VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	47
6 DISKUZE.....	48
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>50</b>
<b>LITERATURA.....</b>	<b>51</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>57</b>

# ÚVOD

Schizofrenií podle Světové zdravotnické organizace WHO trpí celosvětově asi 24 milionů lidí, což tvoří asi 0,3 % populace (World Health Organization, 2022). Prevalence onemocnění na území České republiky však dosahuje 1–1,5 %, a nemocí tak trpí cca 100 000 jedinců (Markovič, 2012). V posledních desetiletích dochází na řadě míst k odklonu od tradičního čistě bio-genetického přístupu k léčbě a chápání psychotických onemocnění. Reforma směrem ke komplexní multidisciplinární péči o pacienty s psychotickými onemocněními je zájmem mnoha zemí (např. ve Skandinávii) (Alanen, 2009; Patel et al., 2014). V České republice, stejně jako i v řadě dalších států světa, se však léčba po většinou stále přiklání k čistě farmakologickým postupům, a psychosociální rovina léčby je tak mnohdy úplně přehlížena (Höschl et al., 2014; Markovič, 2012; Peč & Probstová, 2009).

I přes relativně vysokou prevalenci a dlouhou historii onemocnění v populaci se vědecká obec stále nedokáže shodnout na jednotné etiologii onemocnění, což s sebou přináší i nejasnosti a nejednotnost v postupech léčby a v samotném přístupu k pacientům (Patel et al., 2014). Skupina schizofrenních onemocnění je velmi heterogenní, a proto je zde individuální přístup více než žádoucí (Alanen, 2009).

Farmakologická léčba je bezesporu pro většinu pacientů neodmyslitelnou součástí léčby a případů, kdy je zvolen přístup bez užití jakýchkoli antipsychotik je malé množství. Psychofarmakologická intervence je zejména v průběhu první psychotické ataky a případných relapsů často nepostradatelná, umožňuje stabilizaci pacienta, a tak i otevírá prostor pro následnou psychosociální formu intervence a komplexní péči (Jarolímek, 2021; Patel et al., 2014). Tento následný krok však není běžně uplatňován a řada pacientů není obeznámena s dalšími možnostmi léčby po odeznění první ataky, kdy bývají odkázáni pouze na medikaci s neurčitou dobou vysazení (Jašík, 2019; Markovič, 2012; Peč & Probstová, 2009). Čistě farmakologická léčba s sebou zároveň nese mnohá úskalí, jak naznačují četné výzkumy. Studie poukazují na stagnující stav pacientů a sníženou adaptabilitu v rámci sociálního prostředí, která silně koreluje s dlouhodobým užíváním antipsychotik (Harrow et al., 2014).

Obrovská úskalí při aplikaci komplexní léčby schizofrenie s sebou přináší i nadměrná stigmatizace onemocnění. Právě ta totiž mnohdy osoby s touto diagnózou ostrakizuje, což velmi komplikuje zásadní kroky nefarmakologické části léčby v rámci sociální rehabilitace i v samotném sebehodnocení pacienta (Ocisková, & Praško, 2015).



Přestože má diagnóza schizofrenie jasně vymezená diagnostická kritéria a její definice se zdá být z pohledu MKN-10 relativně jasná, obecný pohled a zejména přístupy k diagnóze se značně liší (Insel, 2010; Patel et al., 2014).

Schizofrenie je onemocnění velmi heterogenní a multifaktoriální, jehož průběh bývá individuální a z perspektivy pacientů často odlišný od obecné definice diagnózy. Na jeho vzniku, průběhu i prognóze do budoucna se podílí mnoho faktorů, které od sebe nelze oddělit. Nejen proto by léčba měla zahrnovat komplexní, a hlavně velmi individuální přístup, jak po stránce farmakologické, tak po stránce širokého spektra jiných intervencí (Alanen, 2009; Jarolímek, 2021; Jašík, 2019; Patel et al., 2014; Peč & Probstová, 2009).

V této bakalářské práci se budu snažit poukázat na možnosti jiné než farmakologické intervence v rámci léčby schizofrenie. Práce je rozdělena do dvou částí (teoretická a metodologická část). Teoretická část se věnuje základnímu vymezení samotné diagnózy schizofrenie z klinicko-diagnostického pohledu a dále i z pohledů alternativních. Snaží se poukázat na komplexnost diagnózy v kontextu života jedince. Dále se práce zabývá jednotlivými postupy léčby z mnoha odlišných perspektiv, a to s důrazem na postupy nefarmakologické. Cílem je postihnout potřebnou komplexnost léčby z mnoha různých hledisek a poukázat na možnou problematiku spojenou s tímto fenoménem. Metodologická část vychází z hloubkových rozhovorů s osobami, kterým byla diagnostikována schizofrenie a dlouhodobě dobře využívají nejrůznějších služeb nefarmakologických intervencí. K vyhodnocování rozhovorů je použita tematická analýza.

## **TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 TERMINOLOGIE

Kapitola je věnována stručnému náčrtu základní terminologie, která se v této práci opakovaně objevuje. Věnuje se nejužšímu vymezení schizofrenie jako duševního onemocnění, a to spolu se zasazením do kontextu kategorie psychóz. Dále je zde vymezen základní průběh a jeho konkrétní fáze, které zpravidla provázejí onemocnění schizofrenního spektra.

## 1.1 SCHIZOFRENIE A PSYCHÓZA

Schizofrenie spadá do kategorie psychotických onemocnění. Mezi tzv. psychózy je vedle schizofrenie řazeno mnoho dalších onemocnění jako je např. schizotypální porucha, porucha s bludy, schizoafektivní porucha apod. Psychóza neboli psychotický syndrom je tedy obecnější a nadřazený pojem k pojmu schizofrenie (Peč & Probstová, 2009).

Schizofrenie je na klinické úrovni obecně brána jako chronické, často dlouhodobě omezující duševní onemocnění, které postihuje asi jedno procento populace (Insel, 2010). Mezi hlavní symptomy schizofrenie patří poruchy vnímání – halucinace, poruchy myšlení – bludy, dezorganizovaný mluvený projev či chování a narušení kognitivních funkcí (Patel et al., 2014; Insel, 2010). Chorobu dále doprovází narušení emotivity a osobní integrity. Všechny tyto projevy mění vztah nemocného k realitě, sobě samému i okolí (Vágnerová, 2014).

Psychotické symptomy jako jsou např. bludy, halucinace, dezorganizované myšlení apod., které poškozují kontakt s realitou a tím narušují i běžný život pacienta, se nemusí nutně objevovat pouze u diagnóz psychotického či konkrétněji schizofrenního okruhu (Orel & kolektiv, 2020). Tyto symptomy se mohou projevit v přechodné podobě u řady dalších onemocnění (např. bipolární porucha s psychotickými příznaky) nebo pouze jako následek abúzu návykových látek (toxická psychóza) (Peč & Probstová, 2009; Orel & kolektiv, 2020).

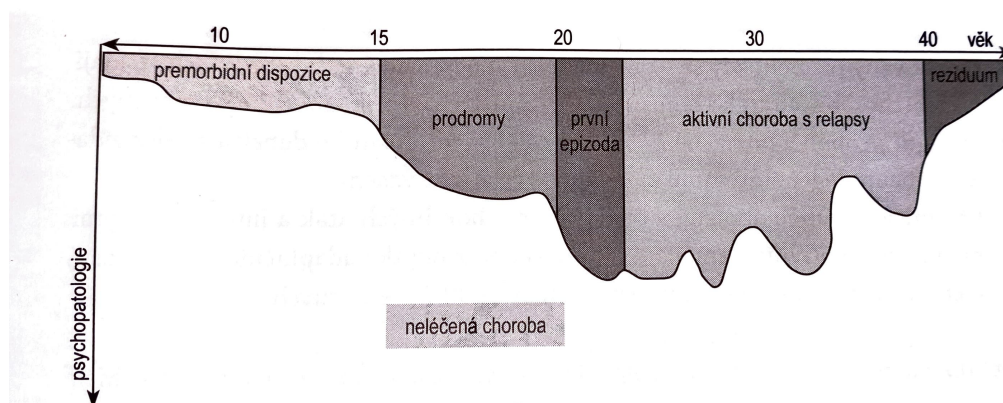
## 1.2 POZITIVNÍ A NEGATIVNÍ SYMPTOMY

Mezi pozitivní symptomy schizofrenie lze řadit halucinace, bludy, inkoherenci až dezorganizaci myšlení, insomnii a agresivitu. Tyto příznaky bývají (oproti příznakům negativním) zpravidla dobře farmakologicky ovlivnitelné. Negativní symptomy zahrnují hypobulii, emoční oploštělost, sociální stažení, anhedonii, zhoršenou sebepěči, alogii a hypomimii (Patel et al., 2014; Uhrová & Roth, 2020).

### 1.3 PREMORBIDNÍ STAV A PRODROMÁLNÍ OBDOBÍ

Již v dětství se mohou u řady pacientů vyskytovat jisté nápadnosti v prožívání, reagování, chování nebo výkonnosti. Toto období je nazýváno tzv. premorbidním obdobím, kdy výše uvedené projevy nemají přímo specifický charakter a onemocnění později nemusí propuknout. Ani tyto premorbidní signály samotné se v mnoha případech nemusí dostavit vůbec, případně díky své nízké intenzitě ani nevyvolají pozornost okolí (Orel & kolektiv, 2020; Vágnerová, 2014).

Prodromální období je období více specifické. Jedná se o období, které přímo předchází první psychotické atace, kdy se začínají objevovat nápadné negativní příznaky onemocnění (Orel & kolektiv, 2020; Vágnerová, 2014). Mezi nejčastější prodromální signály lze řadit zvýšenou senzitivitu, nápadné introvertní zaměření, omezenou schopnost osamostatnění a ztrátu spontaneity (Ross et al., 2010). Prodromy se mohou objevovat v řádech několika let před vypuknutím onemocnění a zároveň jsou důležitým ukazatelem pro možný počátek psychotického procesu a případnou včasnou intervenci (Ross et al., 2010; Vágnerová, 2014).



Obrázek 1 Schéma obvyklého průběhu schizofrenního onemocnění (Höschl et al., 2014)

### 1.4 ATAKA A PRVNÍ ATAKA

První psychotická epizoda neboli první ataka může mít nejen pozvolný nástup, ale může se také rozvinout prudce a rychle. Tato první ataka nabývá silné intenzity a ve většině případů tedy vyžaduje hospitalizaci. Stejně jako je tomu u průběhu onemocnění obecně, průběh ataky je taktéž u každého jedince velmi variabilní (Orel & kolektiv, 2020).

Během tzv. ataky nabývají na intenzitě pozitivní i negativní symptomy spojené s diagnózou schizofrenie (Orel & kolektiv, 2020). S nástupem ataky nemocný postupně přestává

rozumět světu, který se pro něj stává nesmyslným. Objevují se halucinace. V dlouhém řetězci nových významů a nepochopení vznikají první bludy, které náhle řadu věcí logicky vysvětlí. Pod vlivem těchto změn v různých oblastech kognice dochází k proměně chápání smyslu, což umocňuje odtržení od reality. Dále dochází k výrazným poruchám kognitivních funkcí, dostávají se afektivní symptomy a poruchy motivace a iniciativy (Vágnerová, 2014).

Nejčastěji se první epizoda schizofrenního onemocnění objevuje kolem 25. roku života. Toto číslo však může silně oscilovat podle typu schizofrenie. Schizofrenie v dětském věku je relativně vzácným onemocněním. Prognóza je však výrazně horší, postihne-li dítě v raném věku. (Orel & kolektiv, 2020; Vágnerová, 2014)

Průběh onemocnění po první atace se opět různí. Pokud se mluví o tzv. epizodickém průběhu, pak po odeznění první ataky dochází k uzdravení. Tento průběh zažívá asi 10 % pacientů s diagnózou schizofrenie. Opakovaný průběh, kdy po odeznění jednotlivých atak dochází k recidivám zažívá asi 60 % nemocných. V tomto období se střídají ataky a remise. Chronický průběh neboli chronicko-progrediální průběh s kontinuálním přetrváváním, které způsobuje neurodegenerativní změny organismu, zasáhne asi 30 % pacientů (Orel & kolektiv, 2020; Vágnerová, 2014).

## **1.5 REMISE A RELAPS**

Remisí se rozumí období mezi atakami. V těchto obdobích může dojít i k plnému navrácení do normálního života, ale většinou u pacientů zůstává určitá úroveň reziduálních symptomů. Přestože akutní příznaky onemocnění ustupují, nemocní často zažívají paradoxní smutek a prázdnotu. Často přetrvává silná únava a potíže s opětovnou adaptací na okolní svět (Orel & kolektiv, 2020; Vágnerová, 2014). V této fázi onemocnění mívají pacienti výrazně přijatelnější náhled na celou situaci a své prožívání. Nejen to otevírá větší prostor právě pro nefarmakologickou intervenci v rámci léčby (Jarolímek, 2021; Vágnerová, 2014).

Tzv. relaps je fáze, kdy se proces onemocnění vrací zpět do ataky. Relapsy se v rámci spektra schizofrenních onemocnění mohou výrazně lišit. Nejčastěji jim předchází problémy se spánkem a osobní hygienou, suicidální myšlenky a zhoršení či návrat pozitivních symptomů (Stuart & Bhandari, 2014). Jejich intenzita se po první atace nejčastěji snižuje a většinou přechází v reziduum kolem padesátého roku života. To ovšem nemusí být pravidlem (Kazadi et al., 2008).

## 2 SCHIZOFRENIE

Tato kapitola se věnuje bližšímu vymezení a symptomatologii schizofrenie. Definuje diagnózu nejen ze strany Mezinárodní klasifikace nemocí, ale i z hlediska jiných pohledů. Je zde stručně rozebrána etiopatogeneze onemocnění a téma stigmatizace a sebestigmatizace, které v rámci léčby i běžného života pacientů hrají obrovskou roli. Ke konci kapitoly je zmíněna rizikovost suicidálního chování u osob s diagnózou schizofrenie.

### 2.1 KLASIFIKACE PODLE MKN-10

Mezinárodní klasifikace nemocí řadí schizofrenii do kategorie F20-F29 – Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy. Schizofrenie (F20) je podle MKN-10 definována jako onemocnění, které je charakterizováno podstatnou a typickou deformací myšlení a vnímání. Afekty jsou nepřiměřené nebo otupělé. Vědomí a intelektuální kapacita jsou obvykle zachovány, ale mohou se vyvinout určité kognitivní defekty. Obvykle objevenými psychopatologiemi jsou: ozvučování myšlenek, vkládání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek, bludné vnímání a bludy ovládnutí, pasivita nebo ovlivňování, sluchové halucinace, které komentují nebo diskutují o pacientovi, poruchy myšlení a negativní příznaky (World Health Organization, 2016).

#### 2.1.1 TYPY SCHIZOFRENIE

Schizofrenii je možné konkrétněji diagnostikovat podle různých podtypů. Současná klasifikace zahrnuje schizofrenii paranoidní (F20.0), hebefrenní (F20.2), katatonní (F20.3) a nediferencovanou (F20.4). Dále pod kód F20 spadá postschizofrenní deprese, reziduální schizofrenie, schizophrenia simplex a jiná schizofrenie (World Health Organization, 2016).

Nadcházející klasifikace MKN-11 nerozlišuje jednotlivé podtypy schizofrenie (proto nejsou v této práci blíže popsány), nýbrž se přiklání ke specifikaci průběhu. Podle MKN-11 bude diagnostikováno, zda se jedná o poruchu s první epizodou, opakovanými epizodami nebo kontinuálním průběhem, dále zda je nemoc symptomatická a v plné nebo částečné remisi. Kódovat lze také převažující příznaky (pozitivní, negativní, depresivní, manické, psychomotorické, kognitivní) (World Health Organization, 2019).

## 2.2 ETIOPATOGENEZE

I přes vysokou prevalenci se výzkumy zatím jednoznačně neshodují na konkrétních a jednotných příčinách vzniku schizofrenie (American Psychiatric Association, 2015).

Teorie dispozice a zátěže hovoří o genetické predispozici či získané vloze maladaptivních struktur myšlení, které ústí do klinické manifestace. Studie na dvojčatech ukazují heritabilitu schizofrenie asi 80 %. Dědičnost je brána spíše v kontextu vyšší zranitelnosti a náchylnosti k propuknutí tohoto onemocnění. Znevýhodňující genetická dispozice není specifická a jedná se spíše o sníženou toleranci k zátěži, která se může projevit i propuknutím jiného než schizofrenního onemocnění či vůbec (Vágnerová, 2014).

Možnými spouštěči u jedinců se zvýšeným rizikem rozvoje schizofrenie mohou být i významné stresory či intoxikace psychoaktivními látkami. Vnější vlivy se na vzniku onemocnění podílejí asi z 20 % (Kelly & Murray, 2000; Vágnerová, 2014).

Neurochemická podstata schizofrenie se v současné době opírá zejména o dopaminovou hypotézu, která má základ v hyperfunkci a hypofunkci dopaminu v mozku. Dle této hypotézy souvisí nadměrná dopaminergní neurotransmise v subkortikální a limbické oblasti s pozitivními symptomy. Naopak nedostatečná mezokortikální dopaminergní projekce do prefrontálního kortexu může být zodpovědná za negativní symptomy a kognitivní poruchy (Grace & Gomes, 2019).

## 2.3 STIGMATIZACE A SEBESTIGMATIZACE SCHIZOFRENIE

Stigmatizace diagnózy schizofrenie dosahuje vysoké míry, a tak velmi negativně zasahuje do procesu léčby, zotavení a začlenění zpět do společnosti. Většina jedinců s touto diagnózou musí čelit negativním postojům, předsudkům a obavám ze strany okolí. Ty často vedou k diskriminujícímu chování a sociální izolaci. Veřejné stigma a následná sebestigmatizace (výsledek zvnitřnění veřejného stigmatu) mohou mít velmi poškozující vliv pro osoby s tímto onemocněním. V rámci tohoto fenoménu může dojít ke ztrátě sebevědomí a nižší míře spolupráce s odborníky. Na klinické úrovni je sebestigmatizace spjata s vyšší mírou depresivní symptomatologie a zvýšenou suicidalitou (Ocisková & Praško, 2015).

## 2.4 SUICIDALITA OSOB S DIAGNÓZOU SCHIZOFRENIE

Schizofrenie snižuje délku dožití průměrně o deset let. K tomu výrazně přispívá suicidální chování. Je to právě sebevražda, která je považována za nejčastější příčinu smrti u osob trpících schizofrenií. Následkem sebevraždy zemře asi 10 % pacientů s tímto onemocněním (Látalová et al., 2015; Sher & Kahn, 2019).

Hlavními rizikovými faktory v rámci suicidálního chování u tohoto onemocnění jsou: sociální izolace, postpsychotické deprese, imperativní halucinace, nezaměstnanost a stres v rodině. Sebevražedné pokusy u schizofrenních pacientů jsou obvykle závažné a vyžadují okamžitou hospitalizaci, jelikož je zpravidla sebevražedný záměr velmi silný a při neúspěšném pokusu většinou následuje pokus další (Látalová et al., 2015).

## 2.5 POJETÍ DIAGNÓZY SCHIZOFRENIE

Vedle klinického a bio-genetického kontextu (popsáno v předchozích kapitolách) zaujímá pevné místo také pohled psycho-sociální. K rozvinutí tohoto pohledu značně přispělo hnutí antipsychie v 60. letech 20. století, vycházející z myšlenek H. J. Sullivana. Duševní nemoci zasazuje do komplexního psychosociálního kontextu, kritizuje tehdejší jednostrannou psychiatrickou péči a tím zdůrazňuje nutnou sociální a psychologickou intervenci. Průkopníci hnutí Szasz a Laing kritizovali tehdejší ústavy a kladli důraz na svobodu pacientů, která přispívá k zotavení. Schizofrenie je podle hnutí ovlivněna více interpersonálními než intrapsychickými jevy. Szasz výrazně odmítal koncept schizofrenie jakožto onemocnění (Desai, 2005; Přikryl, 2010). Novodobé výzkumy potvrzují (ne však v takové míře jako hnutí) význam prostředí pro rozvoj schizofrenie a možných relapsů v rámci již propuklého onemocnění. Role vnějšího prostředí hraje důležitou roli u jedinců s možnou genetickou predispozicí schizofrenie, kdy stresující životní události mohou v rámci psychotického terénu spustit samotný psychotický proces (Kelly & Murray, 2000; Ocisková & Praško, 2015; Vágnerová, 2014).

Alternativní pohledy na diagnózu vyjímají ze schizofrenního spektra např. koncept tzv. psychospirituální krize, který je nutno od diagnózy schizofrenie odlišit. Tento stav vychází z dramatických životních událostí jedince, které se projeví ve stavu podobném psychóze, který však není ve skutečnosti patologií. Odhady zastánců tohoto konceptu stanovují, že až 30 % jedinců s diagnózou psychotického spektra zažilo ve skutečnosti právě psychospirituální krizi či mystický zážitek namísto patologického onemocnění (Grof & Grofová, 1999).



## **3 LÉČBA**

Kapitola se věnuje praktickému vymezení pojmů léčba, zotavení a rehabilitace, které jsou pro účely této práce zasazeny specificky do prostředí léčby psychóz. Dále se krátce dotýká farmakologické léčby a jejích úskalí. Poslední podkapitola je věnována přehledu možností nefarmakologické intervence. Výčet možností je obsáhlý a rozsah této práce neumožňuje pokrytí všech druhů péče, a proto byly vybrány zejména ty, které jsou aplikovány nejčastěji. Jednotlivé typy intervence se v mnoha případech vzájemně doplňují a fungují komplexně jako multidisciplinární celek.

### **3.1 ZOTAVENÍ, REHABILITACE, LÉČBA**

Koncept zotavení znamená něco jiného než vyléčení ve smyslu lékařském. Zotavení je bráno spíše jako osobní proces, ve kterém se jedinec snaží zapojit zpět do chodu společnosti, ale činí tak skrze reflexi svých vlastních možností. Součástí zotavení je aktivní přijetí nemoci a omezení s ní spojených. Jedná se o formu vlastní akceptace, ke které klient dochází sám nebo v rámci poskytované pomoci a podpory k zotavení (Peč & Probstová, 2009).

Rehabilitace se naopak zaměřuje na konkrétní oblasti života. Zasahuje do okruhů bydlení, práce, sociálních kontaktů a vzdělávání. Rehabilitaci lze zároveň chápat jako druhou součást procesu zotavení (vedle interního psychologického procesu). Rehabilitace ve své podstatě zajišťuje podporu funkčního zotavení a sociální emancipace (Peč & Probstová, 2009).

Léčbu je možné chápat jako zastřešující pojem, který by měl komplexně postihovat, jak čistě lékařskou intervencí, tak i zotavení a rehabilitaci (Peč & Probstová, 2009). Jiní autoři od sebe však léčbu a rehabilitaci jasně odlišují. Léčba je podle řady autorů záležitostí pouze lékařského prostředí (Anthony & Blanch, 1989).

### **3.2 FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA**

Farmakologická intervence je zejména v akutních fázích schizofrenního onemocnění naprosto zásadní a její využití má významný vliv na průběh ataky, prognózu a možnost aplikace dalších intervencí (Jarolímek, 2021; Mohr, 2017). Léčbou první volby jsou u většiny psychotických onemocnění antipsychotika, konkrétně amisulprid, risperidon a olanzapin. Přídavnou farmakologickou léčbou k terapii specifických příznaků jsou nejčastěji anxiolytika, antidepressiva, hypnotika a stabilizátory nálady. Délka užívání antipsychotik se liší dle etiologie

psychotického onemocnění, kdy je zpravidla nejdelší farmakologická léčba právě u schizofrenie. Celoživotní léčba antipsychotiky je doporučována pouze v případě opakovaných relapsů (Mohr, 2017). V případech jedné ataky či dlouhotrvající remise po atace druhé se doporučuje léky vysazovat. K tomu však v českém prostředí většinou nedochází a řada pacientů je odkázána na celoživotní užívání antipsychotik bez ohledu na charakter onemocnění (Jašík, 2019; Peč & Probstová, 2009; Mohr, 2017).

Mezi nežádoucí účinky antipsychotik patří symptomatika extrapyramidového syndromu, slinění, hyperprolaktinémie, sedace či negativní metabolický efekt (nárůst hmotnosti, diabetes). Tyto účinky se u různých antipsychotik liší na základě vazby na odlišné druhy receptorů. Atypická antipsychotika mají obecně nižší výskyt nežádoucích účinků a zároveň působí významně jako prevence relapsů (Kazadi et al., 2008; Mohr, 2017).

### 3.2.1 ÚSKALÍ FARMAKOLOGICKÝCH POSTUPŮ LÉČBY

Vedle nežádoucích účinků, které mnohdy vedou k odmítání medikace a následným relapsům má farmakologická léčba řadu dalších nedostatků, a to zejména v sociální a adaptační oblasti (Mohr, 2017; Peč & Probstová, 2009). Farmakologická léčba sice dokáže odstranit určité symptomy schizofrenie, ale zmírnění mnoha funkčních psychosociálních deficitů je mimo její pole působnosti (Peč & Probstová, 2009). Podobně jako řada jiných psychiatrických léků, působí antipsychotika symptomaticky, a přestože jsou v akutních fázích nezbytná pro redukci psychotických symptomů, nepůsobí na příčinu onemocnění (Höschl et al., 2004; Peč & Probstová, 2009).

Longitudinální studie „Chicago Follow-up Study“ porovnávala 200 pacientů užívajících antipsychotika, kterým byla čerstvě diagnostikována schizofrenie s pacienty, kteří tato farmaka postupně vysadili. První kontrolní studie po 2 letech ukázala, že mezi skupinami pacientů nebyly signifikantní rozdíly v míře symptomatiky. Bylo zjištěno, že pacienti, kteří antipsychotika užívali po celou dobu nevykazovali po 4.5, 7.5, 15 a 20 letech žádné zlepšení psychotických symptomů. Naopak měli nižší míru globálního fungování a přizpůsobení oproti skupině, která farmaka vysadila. Po 4.5 a 15 letech bylo 40 % pacientů, kteří farmaka vysadili bez významných negativních i pozitivních symptomů, nezaznamenali žádnou hospitalizaci v posledním roce, vykazovali vyšší míru adaptace a byli schopni práce v zaměstnání. Oproti tomu ve skupině, která léky užívala po celou dobu bylo takových pacientů pouze 6 % (Harrow & Jobe, 2007; Harrow et al., 2014).

### 3.3 NEFARMAKOLOGICKÁ LÉČBA

Nefarmakologická část léčby, ač je mnohdy přehlížena, má nepochybně své místo v rámci léčby schizofrenie. Psychofarmaka sice mají zásadní vliv na prognózu a akutní stav pacienta, ale rozhodně by neměla být jediným nástrojem v rámci léčby onemocnění tohoto typu. Na nefarmakologickou intervenci, jakožto součást komplexní léčby psychóz není kladen zdaleka tak velký důraz jako na intervenci farmakologickou. Mnohdy se naopak stává, že je psychosociální péče úplně přehlížena a její možnosti nejsou zahrnuty v plánu léčby nemocného (Peč & Probstová, 2009; World Health Organization, 1997).

Komplexní psychosociální léčba jako doplněk k léčbě farmakologické navíc výrazně zvyšuje complienci<sup>1</sup> pacientů k jednotlivým léčebným postupům (Perkins, 2002).

Mezi nefarmakologické postupy léčby by bylo možné zařadit i elektro-convulzivní terapii, která je součástí léčby pro řadu (zejména farmako-rezistentních) pacientů (Grover et al., 2019). Rozsah práce však neumožňuje rozpracování problematiky ECT, a tak je text cílen spíše na oblast psychosociální podpory.

Jak již bylo zmíněno výše, schizofrenie je onemocněním heterogenním a multifaktoriálním, jehož průběh bývá velmi individuální. Z perspektivy pacientů je vnímání vlastní symptomatiky a průběhu mnohdy odlišné od klinické definice diagnózy. Na vzniku, průběhu i prognóze schizofrenie se podílí mnoho faktorů, které od sebe nelze oddělit. Nejen proto by se tímto způsobem měla ubírat i léčba, která by měla zahrnovat komplexní a hlavně velmi individuální přístup, jak po stránce farmakologické, tak po stránce širokého spektra jiných intervencí. Etiopatogeneze, prodromální stavy, akutní fáze i prognóza vykreslují, jak různorodý průběh může být, což vyžaduje individuální přístup v rámci péče (farmakologické i nefarmakologické). (Alanen, 2009; Jarolímek, 2021; Jašík, 2019; Patel et al., 2014; Peč & Probstová, 2009).

#### 3.3.1 KRIZOVÁ INTERVENCE

Služby krizové intervence v rámci onemocnění schizofrenního okruhu častěji využívají klienti spíše při zhoršení aktuálního stavu než jako prvokontakt u propukajícího onemocnění. Krizová centra tedy mohou sloužit jako prevence hospitalizace při zhoršení stavu. V rámci

---

<sup>1</sup> Compliance s léčbou neboli adherence, se týká míry dodržování doporučených léčebných postupů pacientem.

propukajícího onemocnění většinou jedinec postrádá náhled na aktuální situaci, a tak si pod vlivem bludu možnost, že se jedná o onemocnění často nepřipouští (Gowda & Isaac, 2022).

Síť krizových center v České republice je poměrně rozsáhlá. Krizovou intervencí zde nabízí např. REMEDIUM, Linka důvěry, Linka bezpečí, CKI (Centrum krizové intervence), RIAPS a mnoho dalších. Klient má v rámci krizové intervence hned několik možností kontaktu s odborníkem. Centra mají nejčastěji možnost osobního setkání přímo v krizovém centru, krizový online hovor, bezplatnou telefonickou linku, která je dostupná 24 hodin denně a tzv. krizový chat. Metody krizové intervence umožňují navázání kontaktu s klientem, jeho vedení a posílení kompetencí. V rámci kontaktu s klientem dochází k vyhodnocení situace (Vodáčková, 2020).

Krizová intervence se díky svojí rozmanitosti velmi přizpůsobuje potřebám klienta, což může být zejména v rámci zhoršení psychotického stavu klíčové pro vyhledání pomoci. Vzhledem k častému postižení složky iniciativy může být pro klienta ve zhoršeném stavu nemyslitelné dopravení se na místo mimo své zázemí. V takových chvílích je telefonická krizová intervence ideální podporou (Adams et al., 2000; Vodáčková, 2020).

Krizová centra zároveň velmi elegantně propojují anonymitu s odborností, což lze považovat za specifikum oproti intervencím jiným, kde povětšinou platí pouze jedno ze zmíněných (Vodáčková, 2020). Anonymita je důležitým faktorem pro psychotické klienty, který může v řadě z nich vzbuzovat větší pocit bezpečí a důvěry, díky čemuž se spíše obrátí k odborné pomoci (Gowda & Isaac, 2022).

V zátěžových situacích je intervence formou kontaktu s krizovým centrem mnohdy upřednostňována nejen pacienty, ale i jejich rodinami. Vzhledem k sociálnímu stigmatu a možným negativním zkušenostem, které občas bývají spojeny s hospitalizací se krizová intervence jeví jako méně invazivní zákrok. Ve srovnání s psychoterapií je velmi dostupná, jak po stránce finanční, tak po stránce časové (možnost kontaktu bez ohledu na denní dobu či objednání), což přispívá k její oblíbenosti (Gowda & Isaac, 2022; Murphy et al., 2012).

### 3.3.2 PSYCHOSOCIÁLNÍ REHABILITACE

Psychosociální rehabilitace neboli psychiatrická rehabilitace navazuje na předešlou psychiatrickou léčbu, a to včetně léčby biologické i psychoterapeutické. Tato rehabilitace je

součástí komunitní péče a značně se tedy překrývá s dalšími uvedenými intervencemi, které od ní často nelze oddělit (Hejzlar, 2009; World Health Organization, 1997).

Cílem psychiatrické rehabilitace je snížení potřeby profesionální pomoci v každodenním fungování jedince (Rössler, 2006). Koncept psychosociální rehabilitace vychází z faktu, že současná psychiatrická léčba dokáže odstranit symptomy schizofrenie, ale zmírnění funkčních deficitů, způsobených onemocněním je již za hranicemi jejího působení (Peč & Probstová, 2009; Rössler, 2006).

Psychosociální rehabilitace v rámci plnění výše zmiňovaných cílů zahrnuje zlepšení schopností a kompetencí oslabených psychiatrickým onemocněním, zajištění bydlení, vzdělávání a práce. Nedílnou součástí psychiatrické rehabilitace je i sociální rehabilitace, která napomáhá orientaci v mezilidských vztazích a jejich udržování (Hejzlar, 2009; Rössler, 2006). Cíle rehabilitace jsou individuální, jejich charakter se liší na základě aktuálního stavu pacienta, ekonomického a rodinného zázemí, příslušné diagnózy a kompetencích jedince (Rössler, 2006).

Uvedených cílů je v rámci psychiatrické rehabilitace dosahováno prostřednictvím chráněné práce a pracovní rehabilitace v sociálně terapeutických dílnách, podpory bydlení a chráněného bydlení, sociálního a právního poradenství, nácviků sociálních dovedností a rehabilitačních pobytů (Hejzlar, 2009).

Z hlediska kvality života pacientů se schizofrenií hrají výše uvedené intervence zásadní roli, kterou v tomto případě nemůže kompenzovat samostatná farmakologická léčba prostřednictvím dlouhodobého podávání antipsychotik. Dlouhodobá farmakoterapie je sice mnohdy nezbytnou, ale téměř nikdy dostačující léčbou z pohledu zotavení, pracovních kompetencí a fungování v mezilidských vztazích (Harrow et al., 2014; Peč & Probstová, 2009).

### 3.3.3 PSYCHOTERAPIE

Psychoterapie je velmi důležitou, ale v našich podmínkách bohužel často přehlíženou součástí léčby schizofrenie. Psychoterapeutické služby na skupinové úrovni jsou často zahrnuty v rámci denních stacionářů či samotné hospitalizace, ale individuální forma často úplně chybí. Většina pacientů s touto diagnózou dlouhodobých psychoterapeutických služeb vůbec nevyužívá. Jedním z důvodů je bezesporu i dostupnost těchto služeb, kdy je nabídka nízkoprahové psychoterapie malá. Zásadní roli však hrají spíše jiné faktory (Peč & Probstová, 2009). Přestože se empirické poznatky potvrzující přínos psychoterapie pro schizofrenii

onemocnění značně posunuly, není psychoterapie běžně začleňována do postupů léčby. Její místo je v okruhu těchto onemocnění z pohledu řady odborníků stále bagatelizováno a upozadřováno (Dickerson & Lehman, 2011; Peč & Probstová, 2009).

Dokonce i v systémech pokročilé a komplexnější péče o psychotické pacienty často úplně chybí začlenění psychoterapie do procesu zotavení. Komunitní péče o psychotické pacienty většinou zahrnuje především farmakologickou léčbu, praktickou podporu v podobě podpory bydlení a pracovních možností či koordinaci v rámci poskytování sociálních služeb. Přestože uvedené intervence jsou pro pacienty se schizofrenií mnohdy nepostradatelným prvkem, je psychoterapie přehlížena neprávem a její přínosy pro tuto skupinu lidí často nejsou brány v potaz (Peč & Probstová, 2009).

V rámci psychoterapie se klienti snaží pochopit vlastní zkušenosti, dát význam jednotlivým obsahům halucinací a bludů a skrze to získat vlastní náhled na onemocnění. Jedinci získávají pochopení pro své problémy a skrze to, se naučí lépe zvládat např. své hlasy, deprese a úzkosti spojené s onemocněním. Zároveň se učí nadhledu na aktuálně prožívané pocity. Klient si v rámci terapie osvojuje postupy, které je schopen aplikovat při zhoršení stavu. Učí se, jak individuálně pracovat např. s agresivními hlasy nebo paranoidními myšlenkami. Každý takový postup si klient s pomocí terapeuta nachází sám. Vzhledem k heterogennímu charakteru onemocnění se jednotlivé prožitky velmi liší, a tak je i funkčnost postupů u jednotlivých pacientů rozdílná (Corstens et al., 2012; Peč & Probstová, 2009).

Psychoterapie pro psychotické pacienty probíhá na úrovni skupin i individuálních sezení, kdy obě možnosti mohou mít odlišné přínosy pro jedince. Jednotlivé psychoterapeutické směry se značně liší jak v přístupu ke klientovi se schizofrenií, tak v samotném pojetí diagnózy (Dickerson & Lehman, 2011).

Vzhledem k rozsahu práce jsou níže popsány pouze typy psychoterapie, které jsou v prostředí ČR nejužívanější.

### **3.3.3.1 Psychodynamické směry psychoterapie**

Klasické psychodynamické směry, zejména pak psychoanalýza jsou jedinými psychoterapeutickými směry, pro které by dle současných výzkumů měla schizofrenie být spíše kontraindikací k výkonu terapie. Psychoanalytický přístup se jeví jako nevhodný, jelikož časté návraty do minulosti a vhledy s ní spojené mohou být pro klienty velmi ohrožující. Hlubinná

psychoanalýza či techniky analytické psychologie jako je např. aktivní imaginace mohou stav pacienta dokonce výrazně zhoršit (Varvin, 2003).

Některé přístupy psychodynamické psychoterapie se zdají být vhodnější než jiné, ale obecně nebyly přínosy psychodynamické psychoterapie (v klasickém pojetí) pro léčbu schizofrenie prokázány (Adams et al., 2000).

Aktuálně se v rámci psychodynamických přístupů rozvíjí nové postupy pro intervenci s psychotickými pacienty. Například léčba založená na mentalizaci – MBT (Mentalization-based treatment), která vychází z psychodynamických teorií attachmentu se zdá být velmi úspěšná v rámci procesu zotavení schizofrenních pacientů. Přístup se zaměřuje zejména na oblast sociální kognice, čímž upevňuje globální sociální fungování (Bateman & Fonagy, 2012; Weijers et al., 2016).

MBT stojí na pěti základních principech. Těmi jsou:

1. Terapeut se zaměřuje na aktuální stav pacienta a jeho prožívání
2. Proces terapie je zaměřen na současné prožívání nikoliv na minulost.
3. Terapeut nemluví o možných mentálních stavech jedince, které přímo nesouvisí se subjektivně prožívanou realitou pacienta.
4. Terapeut nemluví o komplexním mentálním stavu pacienta.
5. Terapeut se zaměřuje na proces zotavení. Nevytváří tedy nové vhledy (Bateman & Fonagy, 2012).

Výzkumy potvrzují efektivitu tohoto přístupu jako doplňující intervence k další léčbě (Weijers et al., 2016).

### **3.3.3.2 Humanistické směry psychoterapie**

Humanistické směry psychoterapie se v rámci léčby schizofrenie zaměřují zejména na vlastní pochopení a akceptaci prožívání jednotlivých symptomů. Zpochybňování reality klienta není na místě, jelikož narušuje terapeutický vztah a může pacienta uzavřít či odradit od takové spolupráce. Důraz je kladen na empatii, motivaci, prožívání klienta a hledání jeho vlastního přístupu k jednotlivým symptomům (Pienkos & Sass, 2012; Stanghellini et al., 2013).

Zaměření na tady a teď, vnímání vlastního těla a emocí, na což směřuje svůj zájem např. Gestalt terapie se jeví pro jedince s onemocněním schizofrenního spektra jako velmi přínosné. Nehodnotící přístup je pro lidi s těmito potížemi naprosto zásadní, jelikož vytváří velmi bezpečné prostředí (Arnfred, 2012). Důraz kladený na sebeporozumění např. v rámci směru PCA je přínosným nástrojem k pochopení halucinací a bludů klientů. Projev empatie a pochopení přináší výsledky ve snižování intenzity symptomů. Klíčové je zde také bezpodmínečné přijetí, které dává pacientům prostor a zejména odvalu ke spolupráci v rámci psychoterapie (Rogers, 1998; Stanghellini et al., 2013)

Humanistické směry psychoterapie působí mimo jiné velmi podpůrně. Vedle pochopení pozitivních symptomů se v takové terapii zaměřují i na zvládání symptomů negativních, a to zejména v oblastech úzkostných stavů, spojených s onemocněním (Stanghellini et al., 2013).

### **3.3.3.3 Kognitivně-behaviorální terapie**

Kognitivně-behaviorální terapie (KBT) má beze sporu své místo v rámci léčby schizofrenie a v současné době je její přínos čteně potvrzován v podobě signifikantních výsledků v léčbě psychóz. Ze všech psychoterapeutických směrů má v současné době v rámci léčby schizofrenie nejsilnější „evidence based“ základnu. KBT má nejlepší výsledky v kombinaci s podáváním nízkých dávek atypických antipsychotik (Dickerson & Lehman, 2011; Turkington et al., 2004).

KBT se v rámci schizofrenního onemocnění zaměřuje zejména na trénink sociálních dovedností, case management a zvládání reziduálních symptomů u chronické formy. Dále se věnuje testování reality, copingovým mechanismům a práci s behaviorálními reakcemi na psychotické symptomy. Často integruje v rámci práce i techniky všímavosti (mindfulness) a samotnou kognitivní rehabilitaci. KBT má vyšší účinnost při práci s pozitivními spíše než s negativními symptomy schizofrenie (Turkington et al., 2004).

Důraz je v rámci kognitivně-behaviorální terapie kladen na konkrétní problém, který pacient formuluje v rámci vstupního vyšetření, na jehož základě je sestaven individuální terapeutický plán. KBT užívá v rámci terapeutického procesu různé techniky. Jednou z technik je pojmenování problému (s užitím vlastních pojmů) a jeho akceptace. Dále využívá techniku dotazování, kdy je např. v případě auditivních halucinací kladen důraz na otázky ohledně intenzity a charakteru hlasů, konkrétních sdělení a původu hlasů a prožívání při slyšení těchto halucinací. Podobným způsobem KBT pracuje i s bludy, kdy při tomto dotazování probíhá



velká část terapeutické práce. Další technikou je zapisování jednotlivých problémů v domácím či jiném prostředí (situace, intenzita, frekvence), čímž je klient vybízen k tzv. expozici, skrze kterou dochází k získání nadhledu (Peč & Probstová, 2009; Springer et al., 2010).

V rámci těchto technik je pacientovi nabízena představa o alternativních vysvětleních jeho symptomů a jejich návaznosti na situační podmínky. Při takové práci je vyzdvihována možnost kontroly nad jednotlivými symptomy. Terapeut také vysvětluje pacientovi model ABC, kdy A je tzv. spouštěč, B je pacientova interpretace a C zahrnuje důsledky v rámci chování a emočních prožitků (Springer et al., 2010).

### **3.3.3.4 Systemické směry psychoterapie**

Systemické směry pracují s jedincem v kontextu sociálního systému pacienta, na který se zaměřují. Mezi tyto směry patří i rodinná terapie, která se jeví jako velmi účinná v rámci léčby schizofrenie. Psychoterapeutická intervence v rámci rodiny působí zejména jako edukace a forma nácviků případných krizových situací. Zaměřuje se také na expresi emocí, kritiky a podpurnou péči všech členů rodiny. Jako doplněk farmakologické péče, má rodinná terapie pozitivní výsledky v rámci snižování stresu a prevence relapsů (Adams et al., 2000; Glick et al., 2011).

### **3.3.4 KOMUNITNÍ PÉČE**

Komunitní péče podporuje zapojení osob s duševním onemocněním do společnosti a vytváří kontext pro rehabilitaci a zotavení. Implikuje, že psychiatrická péče pomáhá pacientům v běžném prostředí. Komunitní péče zahrnuje intervence jako např. otevřený dialog, ACT, pracovní terapii (aktivace zájmů a koníčků, udržení jistoty, využití aktuálních dovedností) terapeutické komunity (specificky pro schizofrenii např. soterie) a mnoho dalších (Höschl et al., 2004; Peč & Probstová, 2009).

#### **3.3.4.1 Otevřený dialog**

Otevřený dialog vznikl za účelem snížení incidence schizofrenie. Vychází ze zásad včasné intervence a systemické rodinné terapie (Seikkula & Arnkil, 2013). Studie ve Finsku poukazují na velmi příznivé výsledky (tabulka 1) u lidí s první atakou schizofrenie (Bergström et al., 2018).

	<b>Všichni sledovaní pacienti (n=108)</b>	<b>Kontrolní skupina (n=1763)</b>
<b>Klinické příznaky schizofrenie</b>	52,8 %	53,3 %
<b>Užívání neuroleptik celoživotně</b>	54,6 %	97 %
<b>Užívání neuroleptik aktuálně</b>	33 %	81 %
<b>Invalidní důchod</b>	33 %	61 %

*Tabulka 1 Ověření výsledků Otevřeného dialogu po 19 letech (Bergström et al., 2018)*

Tento typ komunitní péče stojí na 7 hlavních principech, skrze které pomáhá lidem zejména v rámci psychotických atak (Bergström et al., 2018; Seikkula & Arnkil, 2013). Principy, které apelují na začlenění rodiny a prevenci hospitalizace jsou:

1. Poskytnutí okamžité pomoci. Výjezdní tým organizuje setkání do 24 hodin od prvního kontaktu. Zavádí nepřetržitou krizovou službu s cílem integrovat léčbu s každodenním životem pacienta a zamezit hospitalizaci.
2. Perspektiva sociální sítě. Pacienti, jejich rodiny a další klíčoví členové pacientovy sociální sítě jsou vždy pozváni k setkání jako možný zdroj podpory.
3. Flexibilita a mobilita. Způsob a forma terapeutických intervencí jsou přizpůsobeny potřebám pacienta např. se setkání často konají v domácím prostředí.
4. Odpovědnost. Zdravotnický profesionál, který je kontaktován jako první, je odpovědný za organizaci prvního setkání i za další pokračování léčebného procesu.
5. Psychologická kontinuita. Tým zůstává zodpovědný za proces léčby i ve chvíli, kdy dojde k přechodu od terénní do pobytové péče, kdy stále aktivně přizývá sociální sítě pacientů a integruje léčbu.
6. Tolerance nejistoty. V rámci síťových setkání nevznikají podrobné plány léčby ani rychlé závěry. Usiluje se tak zejména o navázání pevného vztahu s rodinou a vytvoření bezpečného prostředí.
7. Dialogismus. Primární snahou je vytvoření dialogu a následování témat rodiny a pacienta. Během dialogu je zvyšován pocit vlastní kontroly nad pacientovým životem a směřováním léčby tím, že interventi diskutují pacientovy obtíže i možný léčebný proces v přítomnosti pacienta. Mezi účastníky dialogu se buduje pochopení (Bergström et al., 2018; Seikkula & Arnkil, 2013).

### 3.3.4.2 Asertivní komunitní léčba

Asertivní komunitní léčba (ACT) je evidence-based přístup, který funguje jako multidisciplinární intenzivní případové vedení. Tým ACT se zaměřuje na 10 až 20 % osob s největšími omezeními, kterým poskytuje integrovanou psychiatrickou domácí péči v komunitě. Základními principy ACT jsou integrace, kontinuita a týmová práce. Tým funguje jako společný kontaktní bod pro pacienta, rodinu i sociální služby. Pomoc poskytuje v prostředí klienta a přizpůsobuje ji potřebám klienta (Adams et al., 2000; Peč & Probstová, 2009).

Studie ukazují, že jedinci při intervenci ACT zůstávají častěji v kontaktu s odbornou pomocí, jsou méně často hospitalizováni a případná hospitalizace je kratší asi o 50 % oproti jedincům ve standardní léčbě (Adams et al., 2000).

### 3.3.5 SVÉPOMOCNÁ Hnutí

Svépomocná hnutí představují pro účastníky bezpečné prostředí, kde mohou otevřeně sdílet jednotlivé zkušenosti s lidmi s podobným příběhem. V rámci těchto hnutí zaniká asymetrie vztahu mezi „odborníkem“ a klientem, což mnohdy přispívá k většímu pocitu bezpečí a autentickému projevu. Ve skupinách tohoto typu dochází k normalizaci problému skrze zjištění, že jedinec není v situaci sám (Matoušek, 2003).

Tato hnutí hrají v rámci péče o psychotické pacienty důležitou roli. Ačkoli se situace v mnohých psychiatrických zařízeních zlepšuje, přístup k pacientům v rámci léčeben je bohužel často velmi nepříznivý. Pacienti tak mnohdy ztrácí důvěru v systém a zejména odborníky, kteří jim mohou svou intervencí pomoci. Právě zde přichází na řadu svépomocné skupiny, kde pacient nemusí čelit strachům z hospitalizace či navýšení medikace, pokud se jeho subjektivně vnímaný stav zhoršil. V rámci bezpečného prostředí se může jedinec plně uvolnit a bez obav sdílet, co ho trápí. Svépomocné skupiny sice nepokrývají spektrum potřebné léčby, ale v některých případech jsou vzhledem k předchozím zážitkům jediným místem péče (mimo ambulantního psychiatra), které pacient vyhledá (Peč & Probstová, 2009).

### 3.3.5.1 Skupiny slyšení hlasů<sup>2</sup>

Skupiny slyší hlasů se (mimo výše uvedená obecná specifika svépomocných hnutí) neomezují pouze na jedince, kterým byla diagnostikována schizofrenie (přestože na skupiny dochází majoritní většina osob právě se schizofrenií). Jsou otevřeny všem, kteří mají zkušenost s hlasy (sluchové halucinace), vizemi (zrakové halucinace) a přesvědčeními (bludy). Skupiny používají vlastní slovník a na diagnózu pohlíží z trochu jiné perspektivy. Na tuto symptomatiku, která nejčastěji doprovází právě onemocnění schizofrenního okruhu je nahlíženo jako na zkušenost (Ruddle at al., 2011).

Hnutí je zaměřeno na hledání smyslu a významu zkušeností, což je léčivé. Snaží se emancipovat lidi, kteří slyší hlasy a tyto zkušenosti dávat do kontextu člověka (Corstens et al., 2012). Hodnoty hnutí aplikované v rámci skupin jsou:

1. Probíhá snaha normalizovat a nebagatelizovat zkušenost. Zkušenost patří danému člověku a souvisí s jeho životem.
2. Hnutí věří, že hlasy samy o sobě nejsou problém a symptom nemoci. Hlasy jsou brány jako smysluplná reakce na to, co se v životě osoby stalo.
3. V rámci skupin je vítána a vnímána jako rovnocenná jakákoli teorie a vysvětlení toho, co se člověku děje. Vlastní vysvětlení těchto zkušeností člověku pomáhá.
4. Je podpořena snaha, aby člověk, který slyší hlasy našel jejich smysl a sám pro sebe ho definoval.
5. Věří, že pokud jedinec přijme a akceptuje hlasy, čímž jim dává hodnotu, je to léčivé. Zážitky jsou reálné a opravdu existují. Mohou předat něco pozitivního a přínosného i negativní hlasy mohou mít smysl. Ignorance hlasů často zintenzivňuje hlasy.
6. Peerská pomoc pomáhá (sdílení vlastní zkušenosti) (Corstens et al., 2014).

### 3.3.6 PSYCHOEDUKACE

Psychoedukace se prolíná téměř každou z uvedených intervencí, jelikož je její role zásadní v rámci onemocnění tohoto typu. Psychoedukace ve smyslu osvěty a přiblížení okolností, které se pojí s onemocněním schizofrenie probíhá, jak u pacientů, tak na úrovni rodin nemocných i v rámci destigmatizace populace vůči onemocnění. Skrze edukaci může nemocný i jeho okolí lépe pochopit příčiny svého jednání a možné dekompenzace, a to bez případného

---

<sup>2</sup>Osobně působím více než rok na skupinách Slyšení hlasů jako facilitátor skupin, proto jsem pro přiblížení zvolila právě toto hnutí.

sebeobviňování či nepochopení určitého vnímání a prožívání. Psychoedukace zároveň zajišťuje dlouhodobou spolupráci a upevnění terapeutické aliance, a to v oblasti farmakologické i nefarmakologické (Höschl et al., 2004; Peč & Probstová, 2009).

Xia et al. (2011) uvádí na základě studie 5142 participantů vyšší spokojenost s lékařskou péčí při implementaci psychoedukace. Tito pacienti dále vykazovali lepší schopnosti v oblasti sociálního a globálního fungování oproti pacientům, kteří prošli standardní péčí bez důrazu na psychoedukaci.

Výsledky řady výzkumů poukazují na nízkou míru adherence v důsledku nedostatečné psychoedukace pacientů. (Higashi et al., 2013).

### 3.3.7 ÚSKALÍ NEFARMAKOLOGICKÝCH POSTUPŮ LÉČBY

Nefarmakologická léčba schizofrenie je většinou přímo podmíněna farmakologickou intervencí, a to zejména v akutních fázích onemocnění. V případě agrese, suicidálního chování či naprosté dezorganizace myšlení je sice na místě podpůrná psychologická péče, ale neobejde se bez farmakologického zásahu. Farmaka stabilizují pacienta natolik, aby bylo možné intervenovat i psychosociálně (Höschl et al., 2004; Jarolímek, 2021).

Patel et al. (2014) uvádí, že nefarmakologické postupy léčby by měly být použity jako doplněk k medikaci, nikoliv jako její substitute.

Zásadním úskalím je dále informovanost o jiných než farmakologických možnostech léčby a případná nedostupnost či dokonce bagatelizace těchto služeb. Nefarmakologická intervence je zároveň personálně velmi náročná a v samotném počátku finančně nákladná. Z dlouhodobého hlediska je však ekonomicky výhodná (Jašík, 2019; Peč & Probstová, 2009). V neposlední řadě jsou komplikací sebestigmatizační postoje, které často zabraňují jedincům ve vyhledání pomoci a vedou k uzavření se, což intervenci výrazně komplikuje. Stigmatizace onemocnění ze strany okolí negativně postihuje zejména pracovní a sociálně rehabilitační složku léčby, která je tak obtížněji realizovatelná (Ocisková & Praško, 2015).

## **METODOLOGICKÁ ČÁST**

## 4 METODOLOGIE VÝZKUMU

### 4.1 VÝZKUMNÝ CÍL A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Praktická část práce se zabývá kvalitativním zkoumáním zkušeností s nefarmakologickými intervencemi v rámci léčby z pohledu osob, kterým byla diagnostikována schizofrenie. Cílem je zmapovat zkušenost jedinců s různými postupy léčby, kterými za dobu od propuknutí onemocnění prošli. Výzkum se soustřeďuje na důležité okamžiky v rámci komplexní léčby schizofrenie z pohledu pacientů.

Výzkumná otázka zní:

*„Jaká je zkušenost osob s diagnózou schizofrenie s nefarmakologickými intervencemi v rámci léčby tohoto onemocnění?“*

Následné podotázky jsou:

*„Jak hodnotí léčebné postupy osoby s diagnózou schizofrenie?“*

*„Jak probíhala léčba z pohledu pacientů?“*

*„Jaké zásadní momenty ovlivnily průběh léčby z pohledu pacientů?“*

### 4.2 POPIS VÝZKUMNÉHO POSTUPU

#### 4.2.1 VÝZKUMNÝ VZOREK

Výzkumný vzorek tvoří 4 osoby, kterým byla diagnostikována schizofrenie a dlouhodobě využívají nefarmakologických intervencí v rámci léčby. Respondenti se pohybují ve věkové kategorii od 32 do 63 let. Skupinu tvoří 3 ženy a 1 muž.

#### 4.2.2 VÝBĚR RESPONDENTŮ

Všichni respondenti splňují několik výběrových kritérií. Vzorek respondentů tvoří jedinci, kterým byla diagnostikována schizofrenie, a kteří v rámci léčby dlouhodobě (alespoň jeden rok) využívají, či v minulosti využívali, možností nefarmakologických intervencí. Nefarmakologickou intervencí se rozumí např. psychoterapie, svépomocné skupiny, kognitivní rehabilitace, krizová intervence, programy sociální podpory apod. Z těchto intervencí musí mít respondent zkušenost alespoň se třemi, z nichž jedna musí být psychoterapie. Dalším kritériem

je aktuální stav participantů, který nesmí nabývat charakteristiky akutní ataky. Posledním kritériem je věková hranice, která se pohybuje v rozmezí od 18 do 65 let.

Zkoumané osoby byly zpočátku vybírány pomocí oslovení známých psychologů, psychiatrů a jednotlivých komunitních center a zařízení, kde péče o psychotické pacienty probíhá. Tato metoda byla z většiny neúspěšná, a tak došlo ke zkontaktování některých účastníků svépomocných skupin. Prostřednictvím prvních rozhovorů byla dále využita metoda snowball k získání dalších kontaktů. V konečném stádiu výběru byly opět rozesílány e-maily do jednotlivých zařízení a prosba o kontakt skrze sociální sítě.

Ve většině případů se odpověď nedostavila vůbec. V případných odpovědích nejčastěji zaznívala problematika toho, že oslovované osoby buď nesplňují kritéria pro výběr nebo mají strach se rozhovoru zúčastnit. Další komplikací v rámci oslovování respondentů bylo neumožnění přístupu k lékařské dokumentaci a pacientům v jednotlivých zařízeních.

#### 4.2.3 SCÉNÁŘ ROZHOVORU

Metodou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor. Počáteční otázky rozhovoru nabývají narativního charakteru a otevírají tak prostor pro výpravu. Otázky se dále přizpůsobují přirozenému směřování rozhovoru. Následně se uchylují ke konkrétnějším okruhům (pokud otázky nebyly zodpovězeny v předchozím vyprávění) tak, aby byla dostatečně zodpovězena výzkumná otázka a rozhovor se příliš neodchýlil od zkoumané problematiky.

Základní otázky pro každý rozhovor jsou tyto:

*Vyprávějte prosím, jak to probíhalo od doby, kdy Vám byla sdělena diagnóza.*

*Nyní Vás poprosím, zda byste mi popsal/a nejtěžší moment nebo momenty od sdělení diagnózy.*

*Popište prosím naopak nejlepší období (případně nějaký zlom) v rámci léčby. Může jich být i více.*

*Co Vám podle Vás nejvíce pomohlo na cestě k tomu, jak se cítíte teď?*

*Jaká je Vaše zkušenost s psychoterapií?*

*Co se v terapii změnilo?*



*Byl nějaký moment/y v terapii, které považujete za důležité/é?*

*Jaký byl terapeutický vztah?*

*Jaký je podle Vás ideální terapeut pro lidi s podobným příběhem?*

*S jakými způsoby nefarmakologické intervence (svěpomocné skupiny, otevřený dialog, komunity, psychoterapie, chráněné bydlení a práce apod.) máte zkušenost?*

*Jaká je Vaše zkušenost s nimi?*

*Jak nahlížíte z Vaší zkušenosti na nefarmakologické postupy v rámci léčby?*

*Kdybychom si dali na pomyslné váhy farmakologickou a nefarmakologickou léčbu, v jaké míře si myslíte, že pomohly (či nepomohly) jednotlivé postupy?*

*Jaké jsou podle Vás nejužitečnější?*

*Jaká byla role Vašeho okolí v rámci Vaší cesty?*

*Co byste doporučila jiným lidem s diagnózou schizofrenie?*

*Je ještě něco, co považujete za důležité k tomuto tématu, na co jsem se případně nezeptala a stálo by to podle Vás za zmínku?*

## **4.3 VÝZKUMNÁ METODA**

Vhledem k povaze rozhovorů byla pro analýzu dat zvolena metoda tematické analýzy. Metodou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor s narativními prvky.

### **4.3.1 TEMATICKÁ ANALÝZA**

Tematická analýza je metoda analýzy kvalitativních dat, která umožňuje pochopení zkoumaného problému skrze systematickou organizaci a identifikaci témat. Metoda umožňuje detailní kvalitativní zkoumání problematiky. Zároveň dává flexibilní prostor ke kategorizaci jednotlivých subtémat a jejich následné analýze v podobě témat výsledných (Braun & Clarke, 2012).

Braun & Clarke (2012) rozdělují postup pro efektivní využití tematické analýzy do šesti kroků:

1. Seznámení se s daty. První část sestávala z opakovaných poslechů zvukových záznamů rozhovorů. V rámci jejich přepisu byla vyvinuta snaha naslouchat jak obsahu, tak případnému emočnímu zabarvení a důrazu sdělení. Dále byla věnována pozornost nejen zdánlivě důležitým částem transkripce, ale i rozhovoru jako celku.
2. Kódování. V navazující části byly v datech hledány zajímavé rysy a opakující se vzorce. K třídění kódů byly vytvořeny tabulky s citacemi. Kódy jsou v této fázi výrazně konkrétnější než následná témata.
3. Hledání témat. Zde docházelo k třídění a porovnávání kódů a k tvorbě potenciálních témat. Jednalo se zejména o snahu sdružovat kódy, které nesly podobná témata a znovu u těchto kódů pročíst jednotlivé citace pro ověření správnosti kódu.

**Tabulka č. 2: Ukázka pracovní tabulky s tématy**

<b>Téma</b>	<b>Konkretizované</b>	<b>Příklad</b>
Nedostatek edukace	Nepochopení diagnózy Zmatení v symptomech Neznalost účinků medikace	<i>„...byla jsem v tý svojí diagnóze furt taková zmatená, chtěla jsem, aby mi to někdo vysvětlil.“</i>
Porozumění symptomům	Úleva při přijetí symptomů Pochopení hlasů v terapii Náhled na onemocnění a přijetí	<i>„...mi pomohl tím, že na mě seslal tu schizofrenii, abych si uvědomila ty věci, abych si pomohla já sama...“</i>

4. Posouzení témat. V této fázi proběhlo porovnávání téma s výzkumnou otázkou a dalšími podotázkami. Zároveň byl každý rozhovor znovu přečten, aby nedošlo k opomenutí důležitých témat, která nebyla v předchozích krocích identifikována.
5. Definování a pojmenování tématu. V páté části byla jednotlivá témata definitivně pojmenována a zároveň jim byly nastaveny jasné hranice, aby docházelo k co možná nejmenšímu překryvu.
6. Sepsání závěru. Na základě konečných témat byla vypracována finální analýza pro sepsání závěrečné zprávy.

#### **4.4 ETICKÉ ASPEKTY VÝZKUMU**

Participantů podepsali informovaný souhlas, ve kterém byli seznámeni s účelem rozhovoru, cílem výzkumu i ochranou a zpracováním osobních údajů. Dále jim byl sdělen průběh rozhovoru a právo odmítnout odpovědět na jakoukoli otázku, včetně možnosti úplného

odstoupení od účasti ve výzkumu. Participantům bylo popsáno zpracování zvukového záznamu a následná transkripce rozhovoru. Vzhledem k charakteru schizofrenního onemocnění byla participantům nabídnuta přítomnost jejich psychoterapeuta u průběhu rozhovoru a v případě potřeby i následná podpůrná péče.

#### **4.5 REFLEXE VLASTNÍ ZKUŠENOSTI S TÉMATEM A OČEKÁVÁNÍ**

Vzhledem k mému dlouhodobému působení na pozici facilitátorky skupin Slyšení hlasů se s problematikou potýkám téměř na denním pořádku. Každý týden jsem ve velmi blízkém kontaktu s osobami s diagnózou schizofrenie, což přirozeně zkresluje můj pohled na zkoumané téma.

Na základě vlastní zkušenosti očekávám, že se v rozhovorech budou objevovat témata strachu a potřeby bezpečného prostředí, stigmatizace a touhy po přijetí. Předpokládám, že častým tématem bude i farmakologická intervence, a to včetně výhod i vedlejších účinků. Jsem si vědoma faktu, že stanovený vzorek je velmi specifický. Na základě zkušeností ze zmíněných skupin i z několika stáží v psychiatrických léčebnách předpokládám, že najít jedince se schizofrenním onemocněním, kteří dlouhodobě využívají komplexní péče nebude jednoduché. Dále očekávám, že rozhovory pro participanty nemusí být jednoduché a návrat k zážitkům např. z psychiatrických lůžek může být vnímán velmi negativně. Jako překážku vidím náročnost tématu pro respondenty i po stránce kognitivní, přestože tomu byly otázky uzpůsobeny.

## 5 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Jednotlivá témata z rozhovorů, vytvořená na základě tematické analýzy jsou přehledně znázorněna v tabulce níže. Pomocí doporučených kroků pro tematickou analýzu a jejich opakované kontrole vzniklo šest hlavních témat. Každé téma s sebou nese hned několik rovin, a proto jsou ve většině konkretizována pomocí subtémat. I přes jasné ohraničení témat při tvorbě tematické analýzy se témata prolínají a vzájemně na sebe navazují. Nejen proto lze jejich význam plně pochopit až v kontextu celku a není možné je od sebe plně oddělit.

**Tabulka č. 3: Výsledná témata a subtémata**

<b>Téma</b>	<b>Subtéma</b>
Negativní faktory ovlivňující léčbu	Strach Zpochybňování ze strany odborníků Uzavření a samota Nepochopení ze strany blízkých
Komplexnost léčby	Farmakologická léčba Peerská pomoc Sociální rehabilitace
Specifika psychoterapie	Bezpečný prostor a přijetí v terapii Práce se symptomy Budování náhledu na onemocnění a pochopení symptomů v terapii Negativní zkušenosti s psychoterapií
Podpora ze strany blízkých	
Nedostatek psychoedukace	Stigmatizace Neznalost systému péče Nepochopení diagnózy
Vlastní práce na sobě	Náhled na onemocnění a jeho přijetí mimo terapii Vůle Víra

### 5.1 NEGATIVNÍ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ LÉČBU

Negativní zkušenosti mohou zásadně ovlivnit přístup pacienta k léčebným postupům. Téma je členěno do tří subtémat, na která respondenti kladli největší důraz. Pod téma by bylo možné zařadit i např. nedostatek psychoedukace. Tato problematika se však v rozhovorech objevovala natolik často, že je rozebrána jako samostatné téma.

### 5.1.1 STRACH

Strach je doprovodným prožitkem pro většinu pacientů, kteří mají zkušenost s onemocněním schizofrenie. Bludy a halucinace spolu s ostatní symptomatikou mnohdy vytváří např. paranoidní ladění, které vytváří všeobecný strach z okolí. V kontextu léčebných postupů se téma strachu objevovalo zejména v rovinách strachu z hospitalizace a strachu z nepřijetí, a to zejména na základě předešlých zkušeností. Tyto faktory mohou výrazně ovlivnit léčbu v kontextu vyhledání pomoci v akutních situacích. „...*před tou hospitalizací bylo blbý, že jsem si myslel, že jsem vyvolenej, a že se kolem mě vše točí a všechno se mě týká... pak to došlo do chvíle, kdy jsem měl pocit, že se dusím, že mi všichni ubírali ten můj vzduch a bylo mi hrozně. Báł jsem se to i někomu říct, protože by si všichni mysleli, že jsem se zbláznil*“ (O. V.).

Negativní zkušenosti pacientů v průběhu hospitalizace i léčby mnohdy vyvolávaly strach z těchto zařízení. Ten může ovlivnit pozdější přístup k farmakologickým i nefarmakologickým intervencím. „...*Mám na tu nemocnici takový špatný vzpomínky. Už jsem si tam víckrát lehnout nešla. I když mně to paní doktorka nabízela, tak už jsem nechtěla*“ (A. M.).

Tyto zkušenosti mohou vytvářet nedůvěřivý přístup až strach ve vztahu k odborníkům. „...*mně nebylo úplně dobře i kvůli některým lékařům. Mě úplně překvapilo, jak drsný na mě byli... já jsem se jich pak spíš báł, než abych s nima jako sdílel, co se děje. To samý se sestrama. Jsem se hrozně báł si o něco říct, aby mě nesetřely. On si ten personál z nás občas dělal srandu*“ (O. V.).

### 5.1.2 ZPOCHYBŇOVÁNÍ ZE STRANY ODBORNÍKŮ

Střet s nepochopením či dokonce vyvracením symptomů ze strany odborníků popisovali někteří respondenti jako jedny z nejtěžších momentů v rámci léčby. „...*nevěřila jsem tomu, pro mě to prostě byla všechno realita, ale všichni mi to vymlouvali*“ (T. S). Vyvracení bludů a halucinací může mimo narušení důvěry zapříčinit i nedostatek motivace v léčebném procesu. „...*takový to „to jsou halucinace, to není reálný, to je jenom psychóza.“ To mi vůbec nepomáhalo, spíš naopak. To jsem pak měla pocit, že s tím nemůžu nic dělat a jsem vydaná všemu napospas*“ (E. N).

Tyto zkušenosti mohou silně narušit jak terapeutický vztah mezi odborníkem a pacientem, tak i důvěru v celý proces léčby. „...*jsem poprvé chodila k psychiatrovi, tak ten mně*

*psal substituci na heroin. Tak jsem mu říkala, že slyším hlasy v hlavě a on mi řekl: neberte drogy, to máte z toho“ (E. N.).*

Respondenti uváděli jako problém zdánlivý nedostatek zájmu ze strany odborníků, který mohl vést ke vzájemnému nepochopení obou stran. Péče se tak pro pacienty mohla jevit jako povrchní. *„Mi přijde, že se vždycky doktoři ptali jen jestli je (hlasy) mám nebo ne a víc je to nezajímalo“ (O. V.).*

### 5.1.3 SAMOTA A UZAVŘENÍ SE

Samota a uzavření se hrají roli při dobrovolné spolupráci s odborníky i v rámci psychosociální rehabilitace. *„... jsem vůbec nešla do toho kontaktu, bála jsem se někam jet sama, že se na mě všichni dívali, a tak no“ (A. M.).* Na toto stažení se od světa a možné odmítnutí pomoci mají nepochybně vliv výše zmíněná sub témata. *„...hlasy na mě křičely, že se zabiju, že nabourám a zabiju lidi kolem, to bylo hrozný, jak jsem tam s nima byl sám, nemohl jsem nikomu zavolat, všichni by ze mě udělali blázna“ (O. V.).*

Samota se objevovala jako téma i v kontextu zhoršování symptomů. *„Nebo doma když jsem sama, tak to bývá hodně blbý...“ (T. S.).* Někteří respondenti dokonce uváděli, že pokud jsou něčím zaměstnáni, tak pozitivní symptomy úplně mizí. *„Pro mě je úplně nejhorší představa, že bych seděl doma a nic nedělal. To by mě ty hlasy úplně zabily. Vždycky když jsem sám, tak se ozývají, teď kdybych šel na záchod, tak je uslyším, teď když tu jsem s tebou, tak nic neslyším“ (O. V.).*

### 5.1.4 NEPOCHOPENÍ ZE STRANY BLÍZKÝCH

Negativní zkušenost a odmítnutí ze strany blízkých může vést ke strachu z vyhledání pomoci a nastavit tak pomyslný vzorec reagování při sdílení symptomů s okolím. *„...mi bylo asi 5 let, tak už jsem slyšela svoje první hlasy. Šla jsem za mámou a řekla jsem jí to... Řekla mi, že tohle už jí nikdy nesmím říkat, že to tak není, že to není realita. Křičela za to na mě. Od té doby jsem to nikdy nikomu neřekla... jsem se kvůli té mámě bála s nima o tom mluvit a držela jsem to v sobě“ (T. S.).*

Strach z nepřijetí byl mnohdy založen na negativních reakcích okolí, což později vedlo k uzavření se a maskování symptomatiky. *„Nikdy to doma neříkám, máma by chtěla, abych šla do Bohnic... když přiznám, že je mi blbě, tak mi vždycky řeknou, že bych měla do Bohnic. Tak*

*jim vždycky říkám, že to zvládnou. Takže se musím furt přetvařovat, když je mi blbě, nechťejí mi dát šanci, takže radši zapírám“ (T. S.).*

## 5.2 KOMPLEXNOST LÉČBY

Téma komplexní léčby je velmi rozsáhlé a opět navazuje na témata další. Pod komplexnost léčby by bylo možné zařadit jako subtéma např. problematiku psychoterapie nebo psychoedukace. Ta jsou ovšem rozebrána samostatně vzhledem ke kvantitě dat nasbíraných k těmto tématům.

Respondenti uváděli jako přínosné nejrozličnější druhy intervencí. Vedle psychoterapie nejčastěji zaznívala témata farmakologické léčby, peerské pomoci či sociální rehabilitace, která jsou níže rozebrána jako subtémata. Mimo tyto se v menší, ale přesto neopomenutelné míře objevovala důležitost krizových služeb pro respondenty. *„Krizáč mi pomohl ... jsem tam mohla volat a nemusela jsem nikam chodit, aby mě neodsuzovali. Já jsem byla v tý psychóze hrozně paranoidní, tak jsem nechťela nikam jít“ (E. N.).*

Téma komplexní péče a jejích benefitů se promítá v každém rozhovoru a je na něj z pohledu respondentů kladen velký důraz. *„Já bych vůbec nebyla tam, kde teď jsem no... Ale zase bych se toho nemohla účastnit, kdyby mi bylo fakt hodně blbě, to je zase dobrá ta druhá léčba (farmakologická). Ale jako beru to jako strašně důležitý, prostě by to bez toho nešlo. Za ten normální život vděčím hlavně tomu (nefarmakologické postupy)“ (A. M.).*

Vedle léčebných přínosů multidisciplinární péče, které se pojí s jednotlivými druhy intervencí může hrát roli i vyplnění času a omezení chvil strávených o samotě. *„Já se nemůžu doma nudit a tak, protože to mi je potom blbě. Mi to i pomáhá, abych mohla chodit do práce. Strašně moc lidí, který znám z Bohnic nikam nechodí, mají třeba jen psychiatra, a to já bych teda nemohla. Já potřebuju mít kolem sebe ty lidi a i takovou tu možnost o tom mluvit“ (T. S.).*

Respondenti přisuzují nefarmakologickým intervencím minimálně poloviční léčebný podíl, což je v přímém rozporu s některými postupy jednostranné farmakologické léčby. *„První, co mě napadlo je půl na půl. Ale když teď přemýšlím, tak si říkám, jestli ty léky nejsou jenom čtvrtka a tohle všechno tři čtvrtě“ (T. S.).*

### 5.2.1 FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA

Farmakologická léčba z pohledu respondentů zaujímá naprosto zásadní pozici v rámci léčebného procesu. „*Zlom nastal, když jsem začala brát pravidelně ty léky*“ (E. N). Přestože je na ni kladen velký důraz, nejeví se jako jediný mechanismus pomoci. Participanti uváděli účinek léků spíše jako stabilizující, ale v ostatních oblastech života nedostačující. „...*těma práškama jsem se jako stabilizovala a ten zbytek mi pomáhá fungovat a nějak se s tím i smířit*“ (E. N.).

Skrze pozitivní výsledky farmakologické léčby se může zvyšovat compliance pacientů a terapeutický vztah se v případě narušení mnohdy obnoví. „...*v léčbě, mě vždycky naládovali práškama a já nemohla ani mluvit, úplně prázdně prostě. Ale jako hodilo mě to víc do normálu, takže je to asi takhle dobře. Naučilo mě to těm psychiatrům znova věřit po tý mojí zkušenosti s tím ambulantním*“ (E. N.).

### 5.2.2 PEERSKÁ POMOC

Participanti, kteří měli zkušenost s peerskou intervencí ji hodnotí mnohdy jako zásadní. „...*mně bylo nabídnuto, jestli se nechci setkávat s ostatníma pacientama. To byl vlastně další zlomovej bod, kdy jsem takhle díky tý komunitě zjistila, že nejsem jediná, a že nejsem sama v celejch těch Pardubicích jo. To bylo strašně osvobozující pro mě*“ (A. M.).

Nejčastějším tématem v rámci peerské pomoci je téma bezpečného prostoru a přijímajícího prostředí. „*Tam se můžu vypovídat jako o těch zkušenostech a je super, že jsou lidi, který mají taky takový zkušenosti, že slyší ty hlasy taky. Na mě vždycky lidi koukají, jak na blázna, když to někde řeknu jinde*“ (E. N.).

Bezpečí v rámci svépomocných skupin tvoří podle některých respondentů i jistota, že nebudou předáni do akutní péče v podobě hospitalizace. „...*nebojím se tam mluvit (skupiny Slyšení hlasů), vím že na mě nikdo nevolá záchranku i když budu upřímná*“ (T. S.). Zde se téma překrývá s tématem výše popsaného strachu z hospitalizace.

### 5.2.3 SOCIÁLNÍ REHABILITACE

Téma sociální rehabilitace vystupuje zejména v oblastech chráněné práce a bydlení. Pro účastníky výzkumu představuje chráněná práce úlevu v podobě smysluplně stráveného času a pobývání v kolektivu. „*Hodně mi pomohlo začít pracovat a chodit mezi lidi. Důležitý je, že teď*



*už funguju fakt sám. Mně hrozně pomáhá, že s těma lidma v práci můžu ten čas trávit. Je mi prostě mnohem líp, když můžu něco dělat a převádět tu pozornost jinam“ (O. V.). To vše se odehrává v bezpečném prostředí, které je přizpůsobeno potřebám pacientů, kteří tento aspekt vnímají jako velmi důležitý. „Jsem rád za tu chráněnou práci, že se nesetkávám s tím stigmatem, že se lidi bojí, ale tam u nás je to (duševní onemocnění) normální“ (O. V.).*

Zajištění bydlení je důležitým krokem k samostatnosti, po které někteří participanti tolik touží, ale která může být velmi náročným posunem. „...jsem se osamostatnila. Když jsem se přestěhovala sem, to bylo až ve čtyřiceti letech. Ze začátku to bylo těžký, ale měla jsem chráněný bydlení, tak jsem byla aspoň pod záštitou... Postupně jsem se pak postavila víc na nohy, nebojím se tam už a cítím se dobře“ (A. M.).

Hmotná nouze a obavy o zajištění bydlení a finanční stability mohou negativně ovlivnit průběh léčby. V některých případech může dojít k předčasnému opuštění zařízení právě z těchto důvodů. Sociální rehabilitace se v těchto případech jeví jako zásadní součást systému péče. „...mi nikdy neřekli, kdy mě pustěj a já furt myslela na to, jak musím platit ten nájem na tý ubytovně. Hrozně jsem se bála, že mě vystěhujou, a že znova skončím na ulici a už se nezvednu. Tak jsem tam vždycky lhala, že už je to dobrý a hlasy neslyším. Kvůli tomu jsem šla vždycky dřív“ (E. N.).

## **5.3 SPECIFIKA PSYCHOTERAPIE**

Téma se zaměřuje na důležité aspekty v rámci psychoterapie z pohledu respondentů. Specifika psychoterapeutické práce s osobami s onemocněním schizofrenie přirozeně navazují na témata předchozí. Ačkoli bylo náročné sehnat respondenty s tímto onemocněním, kteří využívají psychoterapeutických služeb, účastníci v rozhovorech přikládali právě psychoterapii velkou váhu. „...taky považuju za důležitý chodit na psychoterapii a říká mi to teď našťěstí i doktor. Jako oni dřív mi o tom ani neřekli, že můžu, já jsem měl vlastně celkem štěstí jo. Hodně lidí u nás v práci k psychologovi takhle nechodí“ (O. V.).

### **5.3.1 BEZPEČNÝ PROSTOR A PŘIJETÍ V TERAPII**

Téma bezpečného a nehodnotícího prostředí se, jakožto přínos terapie objevovalo v každém rozhovoru. „...abych tomu člověku mohl nějak věřit, že já se hodně bojím lidí, jak na mě koukají, co si myslí, že si myslí, že jsem mimo a tak. Tak na tý psychoterapii se toho nebojím. Že tam mám i takový ujištění, že mě neodsuzuje“ (O. V.).

Vytvoření takových podmínek napomáhá k vybudování důvěry, která je specificky u pacientů s tímto onemocněním extrémně křehká. Díky těmto okolnostem nedělalo respondentům problém otevřeně mluvit o svém prožívání a terapie tak mohla být více přínosná. *„Mohla jsem tam mluvit o všem možným a on mě do ničeho nenutil, to se mi hrozně líbilo. Zároveň se mnou byl jako první ochotnej rozebírat ty hlasy. Do té doby mi všichni říkali, že to není realita, a že to mám ignorovat. Vůbec to nechápali, ale to mi on nikdy neřekl“ (T. S).* Přijetí a prostor k vyjádření potíží beze strachu může působit velmi úlevně.

### 5.3.2 PRÁCE SE SYMPTOMY

Častým tématem, které se v rámci zkušeností s psychoterapií objevovalo byla práce se symptomy. Nejčastěji respondenti zmiňovali práci se zaměřováním pozornosti a kontrolu nad projevem symptomů. *„Že na té terapii se teď i učím, jak jim (hlasům) nedávat tu pozornost, že to jako sledujeme společně a tak“ (E. N.).* V rámci práce se symptomy se jeví jako důležité mapování příčin a situací, ve kterých se symptomy zhoršují. Budování případného krizového plánu pro takové situace může být efektivnější vzhledem k jasnějším očekáváním. *„I takový to, jak jsem mluvila, a hlavně o těch hlasech, co říkají, kde jsou a kdy víc. Tak jsme to jako vyzkoumali a já teď můžu víc čekat, kdy to přijde víc... Vybuďovali jsme takový jako postupy, co dělat, když je to blbý a ty hlasy do mě jedou. Přišla jsem na to, že když jdu třeba malovat nebo dělat korálky, tak se to zlepší“ (T. S).*

Dále se objevovalo téma držení si odstupů od halucinací a práce s případným strachem, který vyvolávají. *„Nikdy neřikal (terapeut), že neexistují, ale naučil mě to brát tak, že mě můžou ovlivnit jenom do určitý míry. Takže pak to začalo být mnohem lepší, že už jsem z nich neměla takovej strach a uměla si to jako odůvodnit a neměla jsem pak ty strachy a tak“ (T. S.).*

### 5.3.3 BUDOVÁNÍ NÁHLEDU NA ONEMOCNĚNÍ A POCHOPENÍ SYMPTOMŮ V TERAPII

Specifické téma v oblasti psychoterapie je budování náhledu na onemocnění a následné porozumění symptomům a jejich prožívání. *„...věřím, že mi ty hlasy i něco přinesly. To jsem zrovna řešil na terapii s tou psychologkou teď, že mi vlastně pomohly víc pochopit sebe“ (O. V).*

Získání vlastního náhledu a přijetí onemocnění je z pohledu respondentů zásadní. Tento proces zotavení někteří respondenti popisují jako svůj vlastní, jiní ho naopak přisuzují působení

psychoterapie. „...jsme přišli na to, že jsem zapoměla na to, proč to ty hlasy dělají. Prostě když mě štve, je v nich zlost nebo mě provokují, tak je to vždycky nějaký ukazatel na to, co se týká mě. Na něco, co je ve mně jakoby špatně nebo něco, na čem bych jako měla ještě zapracovat“ (E. N).

Skrze pochopení onemocnění a vybudování vlastního náhledu klienti často prožívají symptomy jako méně děsivé a někdy dokonce jako přínosné. „...jsem si to s nima (hlasy rodičů) v té hlavě urovnala, v realitě bohužel ne. Udělala jsem si s terapeutem v hlavě pořádek, aby ty hlasy neměly tolik na co brnkat“ (E. N). Pro jedince tak může být snazší s halucinacemi fungovat na denní bázi.

#### 5.3.4 NEGATIVNÍ ZKUŠENOSTI S PSYCHOTERAPIÍ

Pro pochopení specifických rysů psychoterapie je důležité zmínit i negativní zkušenosti respondentů. Negativních zkušeností s psychotherapeutickými postupy nezaznívalo v rozhovorech mnoho. To však může být způsobeno specifickým vzorkem respondentů.

Téma, které se objevovalo v této oblasti byla odbornost a zaměření psychoterapie. „Ze začátku byla hodně špatná (zkušenost s psychoterapií). To první bylo takový hrozný vyprávění o členech rodiny a vlastně jsme se vůbec nedostávali ke mně. Já už jsem nechtěl se v tom takhle šťourat a on do toho furt jel, jako kdybych tam vlastně nebyla já, ale jen ta moje rodina. To o tom se vlastně nechci vůbec bavit. Mně z toho bylo hrozně špatně z té terapie“ (O. V). Tato zkušenost může poukazovat na neznalost psychoterapeuta s postupy terapie pro psychotické klienty. Jedna respondentka přímo vyzdvihla, na základě předešlé negativní zkušenosti jako důležitou vlastnost terapeuta jeho odbornost a orientaci v problematice. „No ale jako určitě, aby měl nějaký psychiatrický znalosti, jako o těch nemocech. To je důležitý, aby trochu tušil, co se mi děje“ (E. N).

Dále zazněla problematika skupinových psychoterapií, které nejsou přímo zaměřené pro osoby s psychotickým onemocněním. „...individuální je úplně skvělá, ale ta skupinová mi nevyhovuje, tam se spíš bojím něco říkat a nechci se tam tolik jakoby otevírat lidem kolem“ (E. N). Respondentka však v kontrastu ke skupinové psychoterapii popisuje, že svépomocné skupiny jí oproti tomu vyhovují, a to z důvodu podobných zkušeností účastníků. To jen umocňuje předchozí tvrzení. „Ale zase skupiny Slyšení hlasů jsou super. Tam se můžu vypovídat jako o těch zkušenostech a je super, že jsou lidi, který mají taky takový zkušenosti, že slyší ty hlasy taky. Na mě vždycky lidi koukají, jak na blázna, když to někde řeknu jinde“ (E. N).

## 5.4 PODPORA ZE STRANY BLÍZKÝCH

Téma podpůrné role blízkých se linulo rozhovory od začátku až do konce. Přestože byla jedincům položena otázka týkající se přímo tohoto tématu, respondenti zmiňovali roli rodiny v rámci jejich cesty už od samého začátku. Zkušenosti s přístupem okolí k participantům byly velmi ambivalentní, ale ve všech případech byl kladen důraz na zásadní roli okolí pro pacienta v procesu léčby, a to v mnoha rovinách. „*Se třeba můžu zeptat táty, jak moc jsem mimo, jakože jestli je vidět, že se něco děje. Tak mi kromě toho, že mě podporují dávají i takovou zpětnou vazbu*“ (O. V.).

Vedle podpůrné role hraje velkou roli rodina i ze strany hmotného zázemí. „*...kdybych měla tu podporu (rodiny a zázemí), tak bych se nemusela bát, že nezaplatím nájem a šla bych rovnou na ten Ondřejov no*“ (E. N.).

Podpora ze strany nejen rodiny, ale i okruhu přátel se jeví jako zásadní. „*To bych hodně doporučil – naslouchat okolí, že to člověka může i přivést zpátky z tý psychózy*“ (O. V.). Podpůrné prostředí ze strany okolí může mimo jiné dodat odvalu k vyhledání odborné pomoci. „*Já jsem jí to pak řekl (kamarádce), tak jsme si promluvili a mně se trochu ulevilo, že mě někdo vyslechnul, že ze mě trochu spadnul ten strach, tak jsem se nechal hospitalizovat*“ (O. V.).

Častým tématem byly partnerské vztahy a jejich subjektivně prožívaný vliv na průběh onemocnění. „*...skvělej bod, že jsem se seznámila s přítelem, že si mě našel, to mi dalo radost do života, že jsem si i připadala normálně*“ (A. M.).

## 5.5 NEDOSTATEČNÁ PSYCHOEDUKACE

Téma psychoedukace postihuje mnoho rovin, a tak přirozeně zasahuje do dalších témat. Nedostatek psychoedukace negativně ovlivňuje proces léčby, a tak by toto téma mohlo patřit pod téma negativních faktorů. Vzhledem k tomu, že se v rozhovorech objevovalo ve vysoké míře, je vyčleněno zvlášť a je dále rozděleno do třech subtémat.

### 5.5.1 STIGMATIZACE

Stigmatizace osob s tímto onemocněním zasahuje do mnoha rovin denního života respondentů, ale i do procesu léčby. „*Neříkat každému na setkání, jak jsou nemocný, protože se vylekají*“ (O. V.).

Strach z tohoto onemocnění vyvolaný médii a dezinformacemi může zasahovat i rodiny těchto jedinců, což může ovlivňovat prožívání, vyhledání pomoci, a tak i celý proces léčby. „...doma se mnou o tom máma nechce mluvit. Vždycky když začnu mluvit o schizofrenii, tak odvrací konverzaci a nechce to slyšet. Já si ale myslím, že kdyby mě vyslechla jo, tak že by se toho třeba tolik nebála. Moc nevím, co s tím dál. A ségra a táta ty se se mnou vůbec nebaví, ty mě úplně zavrhlí“ (E. N).

### 5.5.2 NEZNALOST SYSTÉMU PÉČE

Nedostatek edukace o systému péče a možnostech léčby může být naprosto stěžejním tématem. „...oni dřív mi o tom ani neřekli, že můžu (chodit na psychoterapii)“ (O. V). Pokud pacient nemá znalost v této oblasti, pak se jen těžko může dostat k návazné péči po hospitalizaci. „...znám spoustu lidí, který nikam nechodí, co mají taky schizofrenii. Je to jako celkem drahá sranda, když člověk nedostane doporučení a nejde na pojišťovnu. Taky byl problém, že jsem o těch jiných možnostech léčby nic nevěděla“ (E. N). Téma bylo zmíněno v každém z rozhovorů, přestože vzorek respondentů komplexního systému péče využívá. „Vlastně jsem ani moc nechápala, co to jako je ty skupiny a terapie, nevěděla jsem k čemu by to mohlo být dobrý“ (E. N).

### 5.5.3 NEPOCHOPENÍ DIAGNÓZY

Neporozumění diagnóze a všem aspektům, které se k ní pojí může vést k extrémnímu zmatení a vyvolat určitou míru úzkosti. „...byla jsem v tý svojí diagnóze furt taková zmatená, chtěla jsem, aby mi to někdo vysvětlil“ (E. N).

Naopak seznámení pacientů se symptomy, které se mohou v rámci onemocnění projevit může odbourat strach, případné stigma a zároveň mít velmi úlevný efekt. „...tam mi dali tu paranoidní schizofrenii, a to jsem už víc věděla, co je a uměla jsem se s tím ztotožnit. To se mi vlastně ulevilo, že víc vím, co mi je“ (E. N). Na této ukázce je patrný kontrast výsledku psychoedukace pro respondentku.

## 5.6 VLASTNÍ PRÁCE NA SOBĚ

Řadu pokroků participanti přisuzovali zejména vlastnímu úsilí a práci na sobě. „Já jsem si to strašně vybudovala sama v sobě“ (T. S). Získání náhledu na onemocnění se zdaleka neomezuje jen na oblast psychoterapie, kde se podobná témata objevují. Práce na sobě a

motivace k zotavení může sice být dalším účinkem psychoterapie, ale nelze je přisuzovat pouze těmto intervencím.

### 5.6.1 NÁHLED NA ONEMOCNĚNÍ A JEHO PŘIJETÍ MIMO TERAPII

Budování náhledu může vedle úlevného benefitu působit také na postupy v rámci léčby. Konkrétně může být přínosné v rámci budování krizového plánu a vysledování potenciálně náročných situací. „*Jsem taky přišel na to, že když jsem slabej, tak jsou silný (hlasy), a když jsem silnej, tak jsou slabý. Když cejtěj, že slábnu, tak se přivalej. Když jsem silnej, tak zbaběle utečou. Tak si vlastně říkám, že když budu pracovat na tom, abych byl silnej, aby mi bylo dobře, tak tu ty hlasy nebudou, tak by to takhle mohlo fungovat bez těch léků*“ (O. V.).

Získávání náhledu a pochopení onemocnění je dlouhodobým procesem, který přináší pacientům velkou úlevu. „*Je to prostě pro mě teď takový přijatelnější se s tím smířit, že ty hlasy mám a už se s nima budu vypořádávat navždycky, ale hledáme cesty, jak s nima být. Jakože už s tím teď umím fakt fungovat. A nikdy se nenudím a nejsem sama*“ (E. N.).

### 5.6.2 VŮLE

Vůle byla velkým tématem zejména pro jednu respondentku. „*...když už to vypadá zle, tak vždycky všechny prosím, ať mi dají ještě týden, že pak kdyžtak půjdu na hospitalizaci dobrovolně. No a většinou to zvládnou, dělám pro to všechno, co můžu. Takže prostě ta pevná vůle*“ (T. S). Budování pevné vůle považuje za zásadní krok i v rámci své práce se symptomy. „*Hodně lidí mi říká, že mám fakt pevnou vůli. Pořád se snažím a věřím si. Že když mám prostě všechny ty SOSky, tak se snažím do posledních sil to ustát a nedat si*“ (T. S).

### 5.6.3 VÍRA

Téma víry se v rozhovorech objevovalo často v podobě nábožensky laděných halucinací. Víra přirozeně souvisí s budováním náhledu na onemocnění v mnoha rovinách. Řada respondentů uváděla, že jeden z hlasů je Bůh. „*...když se na mě připojil Pánbůh a utišil mi ty hlasy a mohla jsem si udělat, co potřebuju. Nebo když jsem brečela a bála se, že umřu někde v křoví na ulici, tak to on mi ukazoval, jaký je to v nebi. To bylo krásný, to mi bylo teploučko... on mě učí pokoře a pomáhá mi zvládat věci*“ (E. N.).

Dále se objevilo téma víry jako součást léčebného procesu a cesty k pochopení onemocnění z vlastní perspektivy. „*A tak tam jsem vlastně vydala svůj život Kristu a Bohu a*

*modlení se za uzdravení. Já bych si třeba představovala, že by mě Bůh mohl uzdravit hned, ale trvalo to několik let. Jakože teď je mi dobře, ty hlasy mám, ale už jim jinak rozumím“ (A. M.).* Nalezení víry dokonce uvádí jedna z respondentek za nejdůležitější součást svojí léčby. „...do toho mi taky pomáhá to boží slovo, to je vlastně taková samoterapie“ (A. M.).

## **5.7 ODPOVĚDI NA VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

Zkušenosti participantů s nefarmakologickými intervencemi se přirozeně různí. Nejčastěji se v odpovědích objevovala důležitost těchto intervencí pro celkovou léčbu, současný stav a jejich význam v kontextu léčby komplexní (včetně farmakologické).

Pozitivní zkušenosti s nefarmakologickými intervencemi výrazně převažují nad těmi negativními, a to v každém rozhovoru. Participantů kladli důraz na psychoterapeutické intervence, které často považovali za naprosto zásadní v rámci léčby. Psychoterapii byl přikládán velký důraz, a to i mimo přímo kladené otázky ohledně psychoterapie.

Důležitou roli v průběhu léčby hrála pro respondenty intervence farmakoterapeutická. Ta s sebou sice přinášela určité komplikace, ale mnohdy podle slov participantů přímo podmiňovala jiné intervence.

Léčbu z pohledu pacientů zásadně ovlivňovala role okolí a případný strach či nedůvěra v odbornou pomoc. V některých případech došlo pomocí nefarmakologických intervencí ke korektivní zkušenosti, obnovení důvěry a terapeutického vztahu mezi pacienty a odborníky. V případech jiných mohlo docházet k částečné kompenzaci nedostatečného množství mezilidských vztahů v rámci svépomocných skupin, kterým participantů přikládali značný význam.

Různé léčebné postupy byly hodnoceny rozdílně. Pojícím prvkem v rámci nich může být zmiňovaná komunikace a psychoedukace v rámci těchto postupů, která z pohledu pacientů celý proces léčby významně ovlivňuje.

Z rozhovorů lze usuzovat, že z pohledu participantů je nejdůležitějším prvkem komplexnost léčby, která působí od oblastí farmakoterapie a krizové péče, přes sociální a peerskou podporu až k práci čistě psychoterapeutické.

## 6 DISKUZE

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jaká je zkušenost osob s diagnózou schizofrenie s nefarmakologickými intervencemi v rámci léčby. Dalším záměrem bylo zmapovat zkušenost s jednotlivými léčebnými postupy z pohledu pacientů a nahlédnout do okolností, které ovlivňovaly jejich cestu k současnému stavu. Tato kapitola se věnuje limitům práce a porovnání dat získaných z rozhovorů s odbornými publikacemi.

Výsledná témata jsou: negativní faktory ovlivňující léčbu, komplexnost léčby, specifika psychoterapie, nedostatek psychoedukace, podpora ze strany blízkých a vlastní práce na sobě. Témata se vzájemně prolínají, doplňují a někdy se i zdánlivě překrývají, což ovšem může poukazovat na komplexnost a multidimenzionální charakter výzkumných otázek i celé práce.

Na téma negativních faktorů, které ovlivňují léčbu poukazují výsledky studií adherence u schizofrenních pacientů. Higashi et al. (2013) upozorňuje na nižší míru adherence u pacientů s nedostatečným náhledem na onemocnění a nízkou mírou komunikace symptomů. Naopak zvýšená míra adherence byla zaznamenána u pacientů, kteří měli vybudovaný důvěrný terapeutický vztah k ošetřujícím odborníkům.

Téma komplexnosti léčby se velmi prolíná s tématy ostatními, a tak je možné ho sledovat v kontextu předešlých studií k problematice negativních faktorů ovlivňujících léčbu i v kontextu studií následujících. Patel et al. (2014) ke komplexnosti léčby uvádí, že nefarmakologické postupy léčby by měly být použity jako doplněk k medikaci, a ne jako její substituce. Zdůrazňuje také, že využití širokého spektra psychosociálních intervencí snižuje riziko potřeby hospitalizace.

Studie specifík psychoterapie pro osoby s diagnózou schizofrenie z pohledu pacientů se nepodařilo dohledat. Studie věnující se psychoterapii v této oblasti míří zejména na efektivitu jednotlivých směrů spíše než konkrétních postupů. Dickerson a Lehman (2011) se sice zaměřují zejména na KBT, ale dále ve své studii uvádějí 3 cíle, kterých by psychoterapeuti měli obecně dosahovat v rámci péče o pacienty se schizofrenním onemocněním. Jako první zmiňují emoční podporu pacienta, dále aplikaci copingových strategií a v neposlední řadě zaměření na proces změny vnímání patologie.

Téma nedostatečné psychoedukace rozvádí Higashi et al. (2013), kdy z výsledků rešerše 32 studií poukazují na nízkou míru adherence v důsledku nedostatečné komunikace a



psychoedukace pacientů, a to zejména v oblasti symptomatiky spojené s onemocněním. Xia et al. (2011) uvádí na základě studie 5142 participantů vyšší spokojenost s lékařskou péčí při implementaci psychoedukace. Dále tito pacienti vykazovali lepší schopnosti v oblasti sociálního a globálního fungování oproti pacientům, kteří prošli standardní péčí bez důrazu na psychoedukaci.

Glick et al. (2011) zdůrazňuje důležitost podpory ze strany blízkých pro řadu oblastí v rámci léčby. Uvádí, že pacienti s podporujícím rodinným zázemím vykazovali vyšší míru globálních schopností.

Téma vlastní práce na sobě se ve studiích nejvíce objevuje v rámci konceptu zotavení. Autoři Slade et al. (2019) přikládají velký důraz aktivnímu zapojování v procesu léčby a samotné práci na sobě. Uvádí, že proces zotavení a zejména pak budování náhledu probíhá ve více rovinách, a to nejen skrze intervenci, ale zejména v rámci vlastního osobního snažení.

Limitem práce je omezený počet participantů. Ten byl způsoben velmi specifickým vzorkem respondentů, zamezením přístupu k lékařské dokumentaci a samotným pacientům v jednotlivých zařízeních či neochotou tyto rozhovory poskytovat. Problematika nalezení jedinců, kteří splňují kritéria pro výzkum však může poukazovat na fakt, že pouze minorita pacientů se schizofrenním onemocněním dlouhodobě využívá nefarmakologických intervencí.

Za další limit výzkumu lze považovat jisté těžkosti se získáváním odpovědí na výzkumné otázky, jelikož je skupina respondentů zatížena určitým kognitivním deficitem, který se k onemocnění přirozeně pojí. V rámci rozhovorů byly některé odpovědi často zabíhavé či naopak nevýpravné.

Přestože má výzkum řadu omezení nabízí velmi specifický pohled na problematiku léčby z hlediska pacientů a jejich žité zkušenosti. Rozhovory tak autenticky vykreslují, jak celý proces léčby vnímají sami respondenti, a na co kladou právě tito jednotlivci důraz.

## ZÁVĚR

Stanoveným cílem práce bylo poukázat na možnosti jiné než farmakologické intervence v rámci léčby schizofrenie. Práce je rozdělena do dvou hlavních částí (teoretická a metodologická).

Teoretická část se věnuje základnímu vymezení samotné diagnózy schizofrenie a jednotlivým postupům v rámci léčby s důrazem na nefarmakologickou intervenci. Došlo k prozkoumání systému péče o jedince s diagnózou schizofrenie. Výčet možností intervencí a jejich podrobné zkoumání bylo přizpůsobeno omezenému rozsahu práce. Cílem této části bylo postihnout potřebnou komplexnost léčby z mnoha různých hledisek a poukázat na možnou problematiku spojenou s tímto fenoménem.

Metodologická část vychází z hloubkových rozhovorů s osobami, kterým byla diagnostikována schizofrenie a dlouhodobě využívají nejrůznějších služeb nefarmakologických intervencí. Cílem výzkumu bylo nahlédnout do problematiky nefarmakologické intervence z pohledu pacientů. Stanovená výzkumná otázka byla: *Jaká je zkušenost osob s diagnózou schizofrenie s nefarmakologickými intervencemi v rámci léčby tohoto onemocnění?* K vyhodnocování rozhovorů byla použita tematická analýza. Na základě této analýzy vzniklo šest hlavních témat, která byla v diskuzi konfrontována s poznatky jiných studií.

Téma je velmi obsáhlé a má potenciál pro další bádání, a to v podobě teoretické rešerše i dalšího výzkumného šetření (kvalitativní i kvantitativní povahy). Nejen proto lze práci částečně považovat za prekurzor k návazným detailnějším výzkumům a pracím.

## LITERATURA

Adams, C., Wilson, P., & Bagnall, A. M. (2000). Psychosocial interventions for schizophrenia. *BMJ Quality & Safety*, 9, 251–256. <http://doi.org/10.1136/qhc.9.4.251>

Alanen, Y. O. (2009). Towards a more humanistic psychiatry: Development of need-adapted treatment of schizophrenia group psychoses. *Psychosis*, 1(2), 156–166. <https://doi.org/10.1080/17522430902795667>

American Psychiatric Association (2015). *DSM-5: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe – Testcentrum.

Anthony, W. A., & Blanch, A. (1989). Research on community support services: What have we learned. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 12(3), 55–81. <https://doi.org/10.1037/h0099533>

Arnfred, S. M. (2012). Gestalt Therapy for Patients with Schizophrenia: A Brief Review. *Gestalt Review*, 16(1), 53–68. <https://doi.org/10.5325/gestaltreview.16.1.0053>

Bateman, A. W., & Fonagy, P. E. (2012). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. American Psychiatric Publishing.

Bergström, T., Seikkula, J., Alakare, B., Mäki, P., Köngäs-Saviaro, P., Taskila, J. J., Tolvanen, A., & Aaltonen, J. (2018). The family-oriented open dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: Nineteen-year outcomes. *Psychiatry research*, 270(1), 168–175. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.09.039>

Corstens, D., Longden, E., & May, R. (2012). Talking with voices: Exploring what is expressed by the voices people hear. *Psychosis*, 4(2), 95–104. <https://doi.org/10.1080/17522439.2011.571705>

Corstens, D., Longden, E., McCarthy-Jones, S., Waddingham, R., & Thomas, N. (2014). Emerging Perspectives From the Hearing Voices Movement: Implications for Research and Practice. *Schizophrenia Bulletin*, 40(4), S285–S294. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu007>

Desai N. G. (2005). Antipsychiatry: Meeting the challenge. *Indian journal of psychiatry*, 47(4), 185–187. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.43048>

Dickerson, F., & Lehman, A. (2011). Evidence-Based Psychotherapy for Schizophrenia 2011 Update. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(8), 520–526. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000195316.86036.8a>

Glick, I. D., Stekoll, A. H., & Hays, S. (2011). The Role of the Family and Improvement in Treatment Maintenance, Adherence, and Outcome for Schizophrenia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 31(1), 82–85. <https://doi.org/10.1097/jcp.0b013e31820597fa>

Gowda, G. S., Isaac, M. K. (2022). Models of Care of Schizophrenia in the Community—An International Perspective. *Current Psychiatry Reports*, 24(1) 195–202. <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01329-0>

Grace, A. A., & Gomes, F. V. (2019). The Circuitry of Dopamine System Regulation and its Disruption in Schizophrenia: Insights Into Treatment and Prevention. *Schizophrenia bulletin*, 45(1), 148–157. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx199>

Grof, S., & Grofová, C. (1999). *Nesnadné hledání vlastního Já: Růst osobnosti pomocí transformační krize*. Praha: Chvojko nakladatelství.

Harrow, M., & Jobe, T. H. (2007). Factors involved in outcome and recovery in schizophrenia patients not on antipsychotic medications: a 15-year multifollow-up study. *The Journal of nervous and mental disease*, 195(5), 406–414. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000253783.32338.6e>

Harrow, M., Jobe, T. H., & Faull, R. N. (2014). Does treatment of schizophrenia with antipsychotic medications eliminate or reduce psychosis? A 20-year multi-follow-up study. *Psychological medicine*, 44(14), 3007–3016. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000610>

Hejzlar, P. (2009). Sociální rehabilitace duševně nemocných v současných podmínkách. *Psychiatrie Pro Praxi*, 10(5), 226–230. <https://www.solen.cz/pdfs/psy/2009/05/07.pdf>

Higashi, K., Medic, G., Littlewood, K. J., Diez, T., Granström, O., & De Hert, M. (2013). Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 3(4), 200–218. <https://doi.org/10.1177/2045125312474019>

- Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J. (2004). *Psychiatrie*. TIGIS.
- Insel, T. R. (2010). Rethinking schizophrenia. *Nature*, 468(7321), 187–193. <https://doi.org/10.1038/nature09552>
- Jašík, J. (2019). *Cesta ze schizofrenie*. Jindřich Jašík.
- Jarolímek, M. (2021). *O nemoci, která se nazývá schizofrenie*. Vyšehrad.
- Kazadi, N. J. B., Moosa, N. Y. H., & Jeenah, F. Y. (2008). Factors associated with relapse in schizophrenia. *South African Journal of Psychiatry*, 14(2), 59. <https://hdl.handle.net/10520/EJC66101>
- Kelly, J., & Murray, R. M. (2000). What risk factors tell us about the causes of schizophrenia and related psychoses. *Current Psychiatry Reports*, 2(5), 378–385. <https://doi.org/10.1007/s11920-000-0019-1>
- Larson, M. K., Walker, E. F., & Compton, M. T. (2010). Early signs, diagnosis and therapeutics of the prodromal phase of schizophrenia and related psychotic disorders. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 10(8), 1347–1359. <https://doi.org/10.1586/ern.10.93>
- Látalová, K., Kamarádová, D., & Praško, J. (2015). *Suicidialita u psychických poruch*. Grada Publishing.
- Markovič, O. (2012). Schizofrenie v ambulantní praxi. *Psychiatrie pro Praxi*, 13(2), 85–88. <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2012/02/11.pdf>
- Matoušek, O. (2003). *Metody a řízení sociální práce*. Portál.
- Mohr, P. (2017). *Klinická psychofarmakologie*. Maxdorf.
- Murphy, S., Irvnig, C. B., Adams, C. E., & Driver, R. (2012). Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5(1) 5–61. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001087.pub4>
- Myers, N. L. (2011). Update: Schizophrenia Across Cultures. *Current Psychiatry Reports*, 13(4), 305–311. <https://doi.org/10.1007/s11920-011-0208-0>

Ocisková, M., & Praško, J. (2015). *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Grada.

Orel, M., & kolektiv. (2020). *Psychopatologie* (3. vyd.). Grada.

Patel, K. R., Cherian, J., Gohil, K., & Atkinson, D. (2014). Schizophrenia: overview and treatment options. *P & T: a peer-reviewed journal for formulary management*, 39(9), 638–645. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4159061/>

Peč, O., & Probstová, V. (2009). *Psychózy*. TRITON.

Perkins, D. O. (2002). Predictors of Noncompliance in Patients With Schizophrenia. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 63(12), 1121–1128. <https://doi.org/10.4088/jcp.v63n1206>

Pienkos, E., & Sass, L. A. (2012). Empathy and Otherness: Humanistic and Phenomenological Approaches to Psychotherapy of Severe Mental Illness. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 8(1), 25–35. <https://doi.org/10.14713/pcsp.v8i1.1119>

Příkryl, R. (2010). Antipsychiecké hnutí. *Psychiatrie Pro Praxi*, 11(1), 40–41. <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2010/01/10.pdf>

Turkington, D., Dudley, R., Warman, D. M., & Beck, A. T. (2004). Cognitive-Behavioral Therapy for Schizophrenia: A Review. *Journal of Psychiatric Practice*, 10(1), 5–16. <https://doi.org/10.1097/00131746-200401000-00002>

Rössler W. (2006). Psychiatric rehabilitation today: an overview. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 5(3), 151–157. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17139342/>

Ross, R. G., Stevens, K. E., Proctor, W. R., Leonard, S., Kisley, M. A., Hunter, S. K., Freedman, R., & Adams, C. E. (2010). Research Review: Cholinergic mechanisms, early brain development, and risk for schizophrenia. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(5), 535–549. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02187.x>

Rogers, C. R. (1998). *Způsob bytí: klíčová témata humanistické psychologie z pohledu jejího zakladatele*. Portál.

- Ruddle, A., Mason, O., & Wykes, T. (2011). A review of hearing voices groups: Evidence and mechanisms of change. *Clinical Psychology Review*, 31(5), 757–766. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.03.010>
- Grover, S., Sahoo, S., Rabha, A., & Koirala, R. (2019). ECT in schizophrenia: a review of the evidence. *Acta neuropsychiatrica*, 31(3), 115–127. <https://doi.org/10.1017/neu.2018.32>
- Seikkula, J. & Arnkil, T. E (2013). *Otevřené dialogy: setkávání sítí klienta v psychosociální práci*. Narativ.
- Sher, L., & Kahn, R. S. (2019). Suicide in Schizophrenia: An Educational Overview. *Medicina*, 55(7), 361. <https://doi.org/10.3390/medicina55070361>
- Slade, M., Blackie, L., & Longden, E. (2019). Personal growth in psychosis. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association*, 18(1), 29–30. <https://doi.org/10.1002/wps.20585>
- Springer, D. W., Trawver, K., & Rubin, A. (2010). *Psychosocial Treatment of Schizophrenia*. Wiley.
- Stanghellini, G., Bolton, D., & Fulford, W. K. (2013). Person-centered psychopathology of schizophrenia: building on Karl Jaspers' understanding of patient's attitude toward his illness. *Schizophrenia bulletin*, 39(2), 287–294. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs154>
- Stuart, A., & Bhandari, S. (2014, 27. září). *How to Avoid a Schizophrenia Relapse*. WebMD. <https://www.webmd.com/schizophrenia/prevent-schizophrenia-relapse>
- Uhrová, T., & Roth, J. (2020). *Neuropsychiatrie*. Jan Hugo.
- Varvin, S. (2003). Which patients should avoid psychoanalysis, and which professionals should avoid psychoanalytic training? *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 26(2), 109–122. <https://doi.org/10.1080/01062301.2003.10592919>
- Vágnerová, M. (2014). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál.
- Vodáčková, D. (2020). *Krizová intervence* (4. vyd.). Portál.
- Weijers, J., Kate, C. T., Eurelings-Bontekoe, E. H., Viechtbauer, W., Rampaart, R., Bateman, A., & Selten, J. (2016). Mentalization-based treatment for psychotic disorder: protocol of a

randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 16(1), 191. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0902-x>

World Health Organization (1997). Psychosocial Rehabilitation: A Consensus Statement, International. *Journal of Mental Health*, 26(2), 77-85. <https://doi.org/10.1080/00207411.1997.11449403>

World Health Organization. (2022, 11. ledna). *Schizophrenia*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

World Health Organization. (2016). *International statistical classification of diseases and related health problems* (10th ed.). <https://icd.who.int/browse10/2016/en>

World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/>

Xia, J., Merinder, L. B., & Belgamwar, M. R. (2011). Psychoeducation for schizophrenia. *The Cochrane Library*, 6(1), 109–122. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd002831.pub2>



## **SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha č. 1: Informovaný souhlas**

**Příloha č. 2: Scénář rozhovoru**

**Příloha č. 3: Ukázka kódování (pracovní témata jednotlivých rozhovorů)**

**Příloha č. 4: Přepis rozhovoru č. 1**

**Příloha č. 5: Přepis rozhovoru č. 2**

**Příloha č. 6: Přepis rozhovoru č. 3**

**Příloha č. 7: Přepis rozhovoru č. 4**

## Příloha č. 1: Informovaný souhlas

### INFORMOVANÝ SOUHLAS PRO ÚČASTNÍKY VÝZKUMU

---

Byla jsem seznámena/a s podmínkami, cílem a obsahem výzkumného projektu Anežky Pondělkové s pracovním názvem „Nefarmakologická intervence v rámci léčby schizofrenie“. Rozumím jim a souhlasím s nimi.

Souhlasím s účastí na tomto projektu. Dávám své svolení výzkumnici, aby materiál, který jsem jí poskytla/a, použila za účelem sepsání bakalářské práce, popř. odborného článku a pro jakékoliv další odborné publikace a prezentace vycházející z tohoto výzkumu.

Souhlasím se způsobem, jak bude zachována důvěrnost, a jak bude má identita chráněna během výzkumu i po jeho skončení.

Souhlasím s nahráváním mého rozhovoru výzkumníci a s analýzou výsledného zvukového záznamu a jeho přepisem. Dávám souhlas k tomu, že výzkumnice může v odborné publikaci citovat informace, které jí poskytují.

Rozumím tomu, že pokud se v průběhu rozhovoru objeví pro mne obtížná témata, mohu odmítnout odpovědět na jakoukoliv otázku nebo kdykoliv ukončit rozhovor.

Rozumím tomu, že mohu odstoupit z tohoto výzkumného projektu do sedmi dnů od poskytnutí rozhovoru.

.....

jméno

.....

datum

.....

podpis účastníka výzkumu

## OTÁZKY

*Vyprávějte prosím, jak to probíhalo od doby, kdy Vám byla sdělena diagnóza.*

*Nyní Vás poprosím, zda byste mi popsal/a nejtěžší moment nebo momenty od sdělení diagnózy.*

*Popište prosím naopak nejlepší období (případně nějaký zlom) v rámci léčby. Může jich být i více.*

*Co Vám podle Vás nejvíce pomohlo na cestě k tomu, jak se cítíte teď?*

*Jaká je Vaše zkušenost s psychoterapií?*

*Co se v terapii změnilo?*

*Byl nějaký moment/y v terapii, které považujete za důležité?*

*Jaký byl terapeutický vztah?*

*Jaký je podle Vás ideální terapeut pro lidi s podobným příběhem?*

*S jakými způsoby nefarmakologické intervence (svépomocné skupiny, otevřený dialog, komunity, psychoterapie, chráněné bydlení a práce apod.) máte zkušenost?*

*Jaká je Vaše zkušenost s nimi?*

*Jak nahlížíte z Vaší zkušenosti na nefarmakologické postupy v rámci léčby?*

*Kdybychom si dali na pomyslné váhy farmakologickou a nefarmakologickou léčbu, v jaké míře si myslíte, že pomohly jednotlivé postupy?*

*Jaké jsou podle Vás nejužitečnější?*

*Jaká byla role Vašeho okolí v rámci Vaší cesty?*

*Co byste doporučila jiným lidem s diagnózou schizofrenie?*

*Je ještě něco, co považujete za důležité k tomuto tématu, na co jsem se případně nezeptala a stálo by to podle Vás za zmínku?*

### **Příloha č. 3: Ukázka kódování (pracovní témata jednotlivých rozhovorů)**

## **PRACOVNÍ FORMA TÉMAT**

### **TÉMATA: rozhovor č. 1:**

#### **Strach z okolí/ nepřijetí**

...hlasy mi nadávaly a vyhrožovaly, tak jsem se před nima schovala do skříně. Myslela jsem, že je neuslyším, nevěděla jsem, že je to psychická nemoc a celý ty roky to prostě byla realita pro mě. Měla jsem pocit, že o mně mluví kamarádi, slyšela jsem je a oni tam vůbec nebyli. Mluvila jste o tom tehdy s někým? Ne, já jsem se pak všech hrozně bála, že by ze mě udělali blázna

#### **Strach z hospitalizace**

Nikdo se mě neptal, jak se třeba mám. Jako ty hlasy to se utlumilo těma práškama, těma lékama. Byla jsem tam takhle půl roku, a to bylo hrozně dlouhý. Nikdo se mnou tak moc nekomunikoval... Prostě to bylo hrozný. Mám na tu nemocnici takový špatný vzpomínky. Už jsem si tam víckrát lehnout nešla. I když mně to paní doktorka nabízela, tak už jsem nechtěla.

#### **Uzavření a samota**

...úplně nejtěžší asi bylo, když jsem si po té vysoký škole šla lehnout do nemocnice a strávila jsem tam půl roku na tý psychiatrii v Pardubicích. Tam se mně hrozně stejskalo po domově, po rodičích po té partě. Byla jsem tam hrozně sama. Ani jsem se nesmála ani jsem nemluvila, všechno se to odehrávalo jen ve mně vevnitř.

...těžkej moment byl ten, že jsem na to byla hodně sama, když jsem přišla z té nemocnice, jak jsem nechtěla jít zpátky.

... jsem vůbec nešla do toho kontaktu, bála jsem se někam jet sama, že se na mě všichni dívali, a tak no.

... jsem tam nakreslila rybník, když jsme kreslili ty pocity a tak, tak jsem na kreslila rybník a uprostřed záchrannej kruh a nikde nikdo kolem nebyl, když se tam takhle někdo topí.

#### **Nedostatek edukace**

No a jak jsem měla ty léky, tak mě nenapadlo, že mi je můžou nějak upravovat. Takže další těžký období bylo, že mi to nějak nesedlo a bylo mi třeba ob den blbě. Klepala jsem se, hlasy byly intenzivní, trápily mě a do toho mi bylo fyzicky špatně... Tak jsem se vyhýbala kvůli tomu lidem a bála jsem se kamkoli jezdit, že mě to zničí, tak jsem byla hodně sama. Prostě jsem vůbec nešla do toho kontaktu, bála jsem se někam jet sama, že se na mě všichni dívali, a tak no.

## **Víra**

A tak tam jsem vlastně vydala svůj život Kristu a Bohu a modlení se za uzdravení. Já bych si třeba představovala, že by mě Bůh mohl uzdravit hned, ale trvalo to několik let. Jakože teď je mi dobře, ty hlasy mám, ale už jim jinak rozumím.

**...co Vám podle Vás nejvíce pomohlo?** Bůh. To, že jsem poznala pravdu Božího slova.

...do toho mi taky pomáhá to boží slovo, to je vlastně taková samoterapie.

## **Komplexnost léčby**

Tak to zabírá vlastně obrovskou část. Ten prášek si lupnu ráno večer, dneska jsem byla i na injekci, jako беру to, ale hlavní zásluhu má teda za mě ten zbytek. Jsem vděčná i těm lékařům, to jo, ty mně taky pomohli, ale většinu té mojí cesty plní tady tyhle ostatní věci. Já si to bez toho neumím představit.

Jako za ty poslední léta mě to hodně drží, a že se díky tomu dá žít fakt vlastně nějak normálně. Oni mě i naučili třeba, jak se dostat zpátky do pracovního prostředí, že i na částečnej úvazek pracuju a tak.

**...jak si myslíte, že Vám pomohly případně nepomohly tyhle postupy?** Strašně moc, strašně. Já bych vůbec nebyla tam, kde teď jsem no... Ale zase bych se toho nemohla účastnit, kdyby mi bylo fakt hodně blbě, to je zase dobrá ta druhá léčba. Ale jako беру to jako strašně důležitý, prostě by to bez toho nešlo. Za ten normální život vděčím hlavně tomu no...

## **Peerská pomoc**

Pro mě bylo úžasný, že jsem zase začala díky tomu chodit mezi lidi a viděla jsem, že v tom nejsem sama a mohla jsem.

...pomohlo, když se tady dala dohromady ta komunita, kdy mně bylo nabídnuto, jestli se nechci setkávat s ostatníma pacientama. To byl vlastně další zlomovej bod, kdy jsem takhle díky té komunitě zjistila, že nejsem jediná, a že nejsem sama v celejch těch Pardubicích jo. To bylo strašně osvobozující pro mě.

...nám vlastně udělali i kroužky, třeba je tam kroužek vaření, pletení a tak. A prostě teďka mám díky tomu kolem sebe ty lidi a jsme opravdový kamarádi. Známe se a víme o sobě. To bylo strašně osvobozující zjistit, že nejsem sama. Ty skupiny jsou pro mě hodně důležitý.

...ty ostatní pacienti, že jsme se podporovali, a hlavně nijak neodsuzovali, to pro mě bylo hrozně důležitý. Chápou mě víc než ostatní.

## **Podpora blízkých a vztahy**

Poznala jsem nové kamarády a spolupracovníky a tak. S nima jsme jezdili na výlety, třeba jsme byli ve vinném sklípku a tak. No a v té době jsem ty hlasy neměla, vůbec jsem je neměla. Byla jsem vlastně tak jako předtím.

...skvělej bod, že jsem se seznámila s přítelem, že si mě našel, to mi dalo radost do života, že jsem si i připadala normálně.

Rodiče si vždycky dělali srandu, že si mám pustit rádio nebo hudbu, jako abych neposlouchala ty hlasy, tak jsem si říkala, že pro mě nemají pochopení, ale asi to taky byla jejich obrana nebo tak. Já jsem radši nikomu nic neříkala, co se děje. Většinou to bylo spojený, že jsem byla vyčerpaná fyzicky i psychicky. Jako bylo to ale důležitý, že se mnou byli.

### **Získání náhledu na onemocnění**

...zlomový období bylo, jak se ty hlasy vrátily a hledala jsem pomoc. Tak jsem jednou jela do Chrudimi a tam bylo nějaký setkání „modlení se za uzdravení“... Hrála tam taková andělská hudba, to jsem do té doby nikdy neslyšela no a mně při tom tekly normálně krokodýlí slzy a prostě se mně to hrozně dotýkalo, toho nitra, té duše no... A tak tam jsem vlastně vydala svůj život Kristu a Bohu a modlení se za uzdravení...jakože teď je mi dobře, ty hlasy mám, ale už jím jinak rozumím...

...ten jeden můj hlas je on a pomáhá mi, utěšuje mě a nenadává. Pak je tam i ten ďábel a ty další, ale už to umím rozlišovat a pracujeme s tím i tady na terapii.

### **Sociální rehabilitace/ podpora bydlení a chráněná práce**

...když jsem se osamostatnila. Když jsem se přestěhovala sem, to bylo až ve čtyřiceti letech. Ze začátku to bylo těžký, ale měla jsem chráněný bydlení, tak jsem byla aspoň pod záštitou... Postupně jsem se pak postavila víc na nohy, nebojím se tam už a cítím se dobře.

### **Bezpečný prostor v terapii**

...strašně mi vždycky pomáhalo, že ty svoje věci můžu někomu říct no.

...na další terapii už jsem se i víc jako otevřela, nebála jsem se. Je prostě hrozně hezký si i takhle jenom popovídat, protože Vás spousta lidí kvůli té diagnóze jako odvrhne, a tak no.

### **Práce se symptomy v terapii**

Hodně jsem se díky tomu naučila neposlouchat ty hlasy. Když mně třeba říkají skoč z okna, tak já prostě poodejdu a neposlouchám je. Už je umím takhle jako odmítnout, to mi dřív nešlo.

My jsme v rámci sezení daly tak dohromady co mi doma funguje, tak to dělám, když mám třeba pocit, že mi není úplně dobře.

## **TÉMATATA – rozhovor č. 2**

### **Nepochopení/ vyvracení ze strany okolí a odborníků**

„...nevěřila jsem tomu, pro mě to prostě byla všechno realita, ale všichni mi to vymlouvali.“  
„...slyšela svoje první hlasy. Šla jsem za mámou a řekla jsem jí to. Ona je psychiatrická sestra, takže se vyděsila. Řekla mi, že tohle už jí nikdy nesmím říkat, že to tak není, že to není realita. Křičela za to na mě.“

### **Neznalost/ zmatení**

...když jsem byla na dětský psychiatrii a ona mi furt říkala, že mám paranoidní schizofrenii. Já jsem to vůbec nechápala

### **Vůle**

Všem jsem tam říkala, že za týden jdu domů, nechtěla jsem tam být. Nikdo mi to nevěřil, ale já jsem to tak prostě brala. Za pár dní jsem se stabilizovala a 7. den hospitalizace jsem šla domů. Já jsem si to strašně vybudovala sama v sobě. Hodně lidí mi říká, že mám fakt pevnou vůli. Pořád se snažím a věřím si. Že když mám prostě všechny ty SOSky, tak se snažím do posledních sil to ustát a nedat si.

### **Strach z nepřijetí**

...nejdřív jsem do terapie vůbec nechtěla... bála jsem se  
...jsem se kvůli tý mámě bála s nima o tom mluvit a držela jsem to v sobě.  
...když mi bylo asi 5 let, tak už jsem slyšela svoje první hlasy. Šla jsem za mámou a řekla jsem jí to. Ona je psychiatrická sestra, takže se vyděsila. Řekla mi, že tohle už jí nikdy nesmím říkat, že to tak není, že to není realita. Křičela za to na mě. Od té doby jsem to nikdy nikomu neřekla, dokud mě neporazilo v patnácti to auto

### **Prostor v terapii**

Mohla jsem tam mluvit o všem možným a on mě do ničeho nenutil, to se mi hrozně líbilo. Zároveň se mnou byl jako první ochotnej rozebírat ty hlasy. Do té doby mi všichni říkali, že to není realita, a že to mám ignorovat. Vůbec to nechápali, ale to mi on nikdy neřekl.  
taky o těch hlasech nechtějí nic slyšet, takže to pak řeším s Váma na skupinách (skupiny Slyšení hlasů) a na těch terapiích.

### **Kontrola nad hlasy skrze terapii**

Nikdy neříkal, že neexistují, ale naučil mě to brát tak, že mě můžou ovlivnit jenom do určitý míry. Takže pak to začalo být mnohem lepší, že už jsem z nich neměla takovej strach a uměla si to jako odůvodnit a neměla jsem pak ty strachy a tak.

I takový to, jak jsem mluvila, a hlavně o těch hlasech, co říkají, kde jsou a kdy víc. Tak jsme to jako vyzkoumali a já teď můžu víc čekat, kdy to přijde víc.... On mi pomohl s tím náhledem.



Vybudovali jsme takový jako postupy, co dělat, když je to blbý a ty hlasy do mě jedou. Přišla jsem na to, že když jdu třeba malovat nebo dělat korálky, tak se to zlepší

### **Peerská pomoc**

„Jsou tam ty lidi, co to mají taky a dějou se jim podobný věci jako mně. To je prostě takový dobrý to slyšet. Taky z toho mám pár kamarádů. A nebojím se tam mluvit...“

taky o těch hlasech nechtějí nic slyšet, takže to pak řeším s Váma na skupinách (skupiny Slyšení hlasů) a na těch terapiích.

### **Strach z hospitalizace**

Nikdy to doma neříkám, máma by chtěla, abych šla do Bohnic..... vždycky když přiznám, že je mi blbě, tak mi vždycky řeknou, že bych měla do Bohnic. Tak jim vždycky říkám, že to zvládnou. Takže se musím furt přetvařovat, když je mi blbě, nechtějí mi dát šanci, takže radši zapírám.

...nebojím se tam mluvit (skupiny SH), vím že na mě nikdo nezavolá záchranku i když budu upřímná.

### **Směřování pozornosti**

Když maluju, tak často ty hlasy ani neslyším.

...tak si zapnu televizi i rádio najednou a to pomůže. Nebo před spaním poslouchám hudbu. Prostě jsme tak nějak došly k tomu, co všechno dělat, abych nemusela furt brát Rivotril jako SOSku

### **Komplexnost léčby**

To je hrozně důležitý. Já se nemůžu doma nudit a tak, protože to mi je potom blbě. Mi to i pomáhá abych mohla chodit do práce (pomocná dílna). Strašně moc lidí, který znám z Bohnic nikam nechodí, mají třeba jen psychiatra, a to já bych teda nemohla. Já potřebuju mít kolem sebe ty lidi a i takovou tu možnost o tom mluvit.

První, co mě napadlo je půl na půl. Ale když teď přemýšlím, tak si říkám, jestli ty léky nejsou jenom čtvrtka a tohle všechno tři čtvrtě.

## **TÉMATATA: rozhovor č. 3:**

### **Neznalost/ zmatení z nedostatku edukace**

...tam mi dali tu paranoidní schizofrenii, a to jsem už víc věděla, co je a uměla jsem se s tím ztotožnit. To se mi vlastně ulevilo, že víc vím, co mi je.

...byla jsem v tý svojí diagnóze furt taková zmatená, chtěla jsem, aby mi to někdo vysvětlil.

### **Opovrhování ze strany okolí**

... jsem poprvé chodila k psychiatrovi, tak ten mně psal substituci na heroin. Tak jsem mu říkala, že slyším hlasy v hlavě a on mi řekl: nebrete drogy, to máte z toho

... on furt říkal, že ty hlasy jsou z těch drog

... protože on mě ani nevyšetřil, na nic se mě neptal, prostě říkal, že je to z drog, a že si za to můžu sama. Tak jsem si připadala, jakože taková, že mě vůbec neléčil, ještě když jsem opakovaně končila v tom blázinci

...ví (sestra), že mám schizofrenii, tak se mě bojí. Vůbec se se mnou nebaví, moc mě to mrzí.

### **Úleva při přijetí symptomů**

...je pro mě teď takový přijatelnější se s tím smířit, že ty hlasy mám a už se s nima budu vypořádávat navzdýcky, ale hledáme cesty, jak s nima být. Jakože už s tím teď umím fakt fungovat

### **Získání náhledu na onemocnění**

...úplně nejlíp mi bylo ještě předtím, než jsem byla zaléčená a nic jsem nebrala. nejlíp jsem se prostě cítila, když se na mě připojil Pánbůh a utišil mi ty hlasy a mohla jsem si udělat, co potřebuju. Nebo když jsem brečela a bála se, že umřu někde v křoví na ulici, tak to on mi ukazoval, jaký je to v nebi. To bylo krásný, to mi bylo teploučko. **Máš ještě tenhle hlas?** Mám, on mě učí pokoře a pomáhá mi zvládat věci. Já jako věřím tomu, že on mi tenhle hlas, vlastně i Pánbůh jako tak pomohl tím, že na mě tu schizofrenii poslal, abych se dostala z těch sr\*ček, ve kterých jsem byla.

**Co ti pomohlo najít tenhle náhled?** ...vím, že jsem si to jako znova uvědomila teď v tý terapii na Magdě, ale nějak jsem to jako tušila už dřív. Kde se to ale na začátku vzalo to nevím. No jako takhle on mi pomohl tím, že na mě seslal tu schizofrenii, abych si uvědomila ty věci, abych si pomohla já sama ... Jednu dobu jsem na tohle ale zapomněla a s ním ( s terapeutem) jsem si na to zase vzpomněla.

Mně ta schizofrenie vlastně zachránila život, takhle já to teď vidím. A je dobře, že už do smrti ty hlasy budu mít, to je dobře a už mě nikdy nenapadne si dát nějakou drogu, nějaký svinstvo.

### **Pochopení hlasů v terapii**

...jsem si to s nima (hlasy rodičů) v tý hlavě urovnala, v realitě bohužel ne. Udělala jsem si s terapeutem v hlavě pořádek, aby ty hlasy neměly tolik na co brnkat.

Ona (sestra) jako ten hlas furt mlčí. Pak mi ostatní hlasy vždycky říkají, „za to si můžeš sama, za to si můžeš sama.“ Pak to začne říkat i ona. Ale jako teď na tom pracujeme, že vlastně ty hlasy spíš míří na můj pocit provinilosti z toho, že se nebavíme, že si to vyčítám.

...jsme přišli na to, že jsem zapoměla na to proč to ty hlasy dělaj. Prostě když mě štvou, je v nich zlost nebo mě provokují, tak je to vždycky nějaký ukazatel na to, co se týká mě. Na něco, co je ve mně jakoby špatně nebo něco, na čem bych jako měla ještě zapracovat.

### **Prostor a přijetí v terapii**

...prostě pomáhá, že s ním můžu mluvit o všem a já se vypovídám. On mě poslouchá a mě se pak uleví, že to můžu někomu říct. Že se ho nebojím a věřím mu, to je určitě důležitý

...důležitý, aby trochu tušil, co se mi děje. Ale zároveň, aby mi nedělal takový to „to jsou halucinace, to není reálný, to je jenom psychóza.“ To mi vůbec nepomáhalo, spíš naopak. To jsem pak měla pocit, že s tím nemůžu nic dělat a jsem vydaná všemu napospas.

### **Hmotné zajištění a podpora bydlení a práce**

V léčebně se mi jako vždycky trochu ulevilo... Zároveň ale bylo hrozně těžký, že mi nikdy neřekli, kdy mě pustěj a já furt myslela na to, jak musím platit ten nájem na tý ubytovně. Hrozně jsem se bála, že mě vystěhujou, a že znova skončím na ulici a už se nezvednu. Tak jsem tam vždycky lhala, že už je to dobrý a hlasy neslyším. Kvůli tomu jsem šla vždycky dřív.

...v Magdě zařídili tu práci teď, a to je hrozně dobrý, protože se tam nebojím, že něco pokazím a vyhodí mě.

...kdybych měla tu podporu (rodiny a zázemí), tak bych nemusela bát, že nezaplátím nájem a šla bych rovnou na ten Ondřejov no.

### **Komplexnost léčby**

No tak půl na půl asi (farmakologická vs nefarmakologická intervence). Jako hodně mi pomohla ta terapie, ale i ty prášky. Že těma práškama jsem se jako stabilizovala a ten zbytek mi pomáhá fungovat a nějak se s tím i smířit.

...znám spoustu lidí, který nikam nechodí, co mají taky schizofrenii. Je to jako celkem drahá sranda, když člověk nedostane doporučení a nejde na pojišťovnu. Taky byl problém, že jsem o těch jiných možnostech léčby nic nevěděla. **A po hospitalizaci Ti nikdo nic nedoporučil?** Ne to vůbec, to mi řekli jenom ať si najdu ambulanta, ten mi taky nic neřekl, to jsem pak měla štěstí s Magdou.

...byly těžký ty začátky v léčbě, mě vždycky naládovali práškama a já nemohla ani mluvit, úplně prázdno prostě. Ale jako hodilo mě to víc do normálu, takže je to asi takhle dobře. Naučilo mě to těm psychiatrům znova věřit

Zlom nastal, když jsem začala brát pravidelně ty léky. To bylo, když mě pustili z vazby a já jsem byla na Magdě. .... Díky tomu režimu tam jsem už začala brát ty léky pravidelně a můj stav se hodně zlepšil.

Pomohlo mi to (terapie) zase najít nový pohled na hlasy a jako takovej vztah. Jako občas je to nepříjemný ta terapie, protože P. občas šťourá na místa, kde to jako úplně ho nechci mít, tak to je nepříjemný, ale nakonec to pomůže. Bez toho bych asi byla úplně jinde.

...s těma bludama to bylo těžší, tam se přiznám, že mi to pomohlo tak jako napůl s těma lékama asi. Jakože rozebrat to bylo hrozně příjemný. To jsme rozebrali i na skupině, že mi máma škodí a to, ale prostě furt jsem to tam měla

...je to hodně důležitý (nefarmakologické postupy) určitě, ale dřív jsem tomu moc nevěřila. Ale jsou teda hodně důležitý i ty léky. Že jako ta práce je s nima lepší, jestli to dává smysl. Že na tý terapii se teď i učím, jak jim nedávat tu pozornost, že to jako sledujeme společně a tak Krizáč mi pomohl ... jsem tam mohla volat a nemusela jsem nikam chodit, aby mě neodsuzovali. Já jsem byla v tý psychóze hrozně paranoidní, tak jsem nechtěla nikam jít...

### **Peerská pomoc**

...skupiny Slyšení hlasů jsou super. Tam se můžu vypovídat jako o těch zkušenostech a je super, že jsou lidi, který mají taky takový zkušenosti, že slyší ty hlasy taky. Na mě vždycky lidi koukají, jak na blázna, když to někde řeknu jinde.

### **Podpora blízkých a vztahy**

...ta skupinová terapie mi nevyhovuje, tam se spíš bojím něco říkat a nechci se tam tolik jakoby otevírat lidem kolem.

...doma se mnou o tom máma nechce mluvit. Vždycky když začnu mluvit o schizofrenii, tak odvarcí konverzaci a nechce to slyšet. Já si ale myslím, že kdyby mě vyslechla jo, tak že by se toho třeba tolik nebála. Moc nevím, co s tím dál. A ségra a táta ty se se mnou vůbec nebaví, ty mě úplně zavrhlí

...kdybych měla tu podporu (rodiny a zázemí), tak bych nemusela bát, že nezaplátím nájem a šla bych rovnou na ten Ondřejov no.

## **TÉMATATA: rozhovor č. 4:**

### **Sociální rehabilitace/ chráněná práce**

Když jsem pak začal takhle pracovat, tak mi ty hlasy začaly dávat víc a víc pokoj ... Všechno to bylo v rámci chráněné práce, takže to bylo fajn a měl jsem i čas na sebe.

Hodně mi pomohlo začít pracovat a chodit mezi lidi. Důležitý je, že teď už funguju fakt sám. Mně hrozně pomáhá, že s těma lidma v práci můžu ten čas trávit. Je mi prostě mnohem líp, když můžu něco dělat a převádět tu pozornost jinam.

Ta práce je strašně důležitá, já jsem fakt rád, že mi to umožnili, já bych se doma sežral, to by nešlo bez toho.

Jsem rád za tu chráněnou práci, že se nesetkávám s tím stigmatem, že se lidi bojí, ale tam u nás je to normální.

### **Bezpečí v terapii**

Ona mi vlastně strašně dodala důvěru v lidi a v celej ten proces. Takový důležitý je, že teď prostě jí to všechno říkám, co se děje. Dřív jsem se toho hrozně bál, přitom jsem tu pomoc potřeboval, ale bál jsem se jí.

...vztah je takovej rovnocennej, že se nade mě nepovyšuje, jako to bylo třeba u tý hospitalizace v Bohnicích

...abych tomu člověku mohl nějak věřit, že já se hodně bojím lidí, jak na mě koukají, co si myslí, že si myslí, že jsem mimo a tak. Tak na tý psychoterapii se toho nebojím. Že tam mám i takový ujištění, že mě neodsuzuje.

### **Náhled na onemocnění a přijetí**

Hodně se vrací (hlasy), když nejsem v pohodě psychicky, jakože jsem z něčeho ve stresu nebo když piju. Ale to je docela dobrý, že pak řešíme i s terapeutkou, protože já si vždycky připadám jako úplnej blázen, když jsou ty hlasy silný.

věřím, že mi ty hlasy i něco přinesly. To jsem zrovna řešil na terapii s tou psychologkou teď, že mi vlastně pomohly víc pochopit sebe.

Jsem taky přišel na to, že když jsem slabej, tak jsou silný (hlasy), a když jsem silnej, tak jsou slabý. Když cejtěj, že slábnu, tak se přivalej. Když jsem silnej, tak zbaběle utečou. Tak si vlastně říkám, že když budu pracovat na tom, abych byl silnej, aby mi bylo dobře, tak tu ty hlasy nebudou, tak by to takhle mohlo fungovat bez těch léků

...mám na sebe velký nároky, že jako jsem úplně nebyl schopnej přijmout nějaký ten handicap. Teď už je to lepší. Už to víc vím a dávám si na to pozor.

### **Strach z nepřijetí**

...(před tou hospitalizací bylo blbý, že jsem si myslel, že jsem vyvolenej, a že se kolem mě vše točí a všechno se mě týká. No a ty hlasy mě v tom ještě hrozně moc podporovaly... pak to došlo do chvíle, kdy jsem měl pocit, že se dusím, že mi všichni ubírali ten můj vzduch a bylo hrozně.) Báł jsem se to i někomu říct, protože by si všichni mysleli, že jsem se zbláznil.

...hlasy na mě křičely, že se zabiju, že nabourám a zabiju lidi kolem, to bylo hrozný, jak jsem tam s nima byl sám, nemohl jsem nikomu zavolat, všichni by ze mě udělali blázna.

Zpětně si říkám, že kdybych šel třeba na nějaký ten krizáč nebo do nemocnice dřív, tak by to asi bylo lepší. Pro mě bylo hrozný, jak jsem v tom byl sám a nikomu jsem nemohl nic říct.

... říkám psychologce všechno a vím, že je to pro mě pak jenom dobrý, ale dřív to jsem to nevěděl, to jsem si myslel, že mě všichni odsoudí.

Dřív jsem se hrozně báł, že na mně všichni poznaj, že jako nejsem normální.

### **Podpora blízkých a vztahy**

Já jsem jí to pak řekl (kamarádce), tak jsme si promluvili a mně se trochu ulevilo, že mě někdo vyslechnul, že ze mě trochu spadnul ten strach, tak jsem se nechal hospitalizovat.

Vlastně je hrozně důležitá ta podpora. Jakože ze všech stran. Teď nemyslím jenom psychoterapii a tu práci, co mi sehnali, ale i táta s bráchou. Já jsem se dřív hrozně báł o těch věcech mluvit, a to mě ubíjelo. Ten proces mi nějak ukázal, že to je lepší říkat ty věci, a že tu podporu jako dostanu. To je hodně důležitý.

...probíráme vztahy s ostatními i to, že bych chtěl mít nějaký partnerskej vztah, takže hodně na tomhle pracujeme teď.

...potřeba být otevřený i těm alternativním věcem a naslouchat okolí... To bych hodně doporučil – naslouchat okolí, že to člověka může i přivést zpátky z té psychózy.

### **Nepochopení/ vyvracení ze strany okolí a odborníků**

...mně nebylo úplně dobře i kvůli některým lékařům. Mě úplně překvapilo, jak drsný na mě byli. Já nevím, asi je to taky potřeba, ale já jsem se jich pak spíš báł, než abych s nima jako sdílel, co se děje. To samý se sestrama. Jsem se hrozně báł si o něco říct, aby mě nesetřely. On si ten personál z nás občas dělal srandu, jakože jsem viděl, jak se smějou, když jsem jim třeba říkal, že vidím ty obrazy v nebi

To první (první zkušenost s terapií) bylo takový hrozný vyprávění o členech rodiny a vlastně jsme se vůbec nedostávali ke mně. Já už jsem nechtěl se v tom takhle šťourat a on do toho furt jel, jako kdybych tam vlastně nebyla já, ale jen ta moje rodina. To o tom se vlastně nechci vůbec bavit. Mně z toho bylo hrozně špatně z té terapie.

Mi přijde, že se vždycky doktoři ptali jen jestli je (hlasy) mám nebo ne a víc je to nezajímalo.

## **Komplexnost léčby**

...co si myslíš, že Ti k tomuhle pomohlo? No jako určitě ty léky. Že jak jsem je začal brát, tak ty hlasy nebyly tak hlasitý. Ale třeba to, že už nějak tak jako rozumově vím, že na mě nemůžou a ta jako práce s tím strachem to jsme hodně dělali s tou psycholožkou v NUDZU, ale nevím, jestli za to taky nemůžou ty léky. Možná je to směs všeho no.

co Ti podle Tebe nejvíce pomohlo na cestě k tomu, jak je Ti teď? Jako ta medikace a pak určitě vztahy s tátou a bráchou.... Takže rodina, léky, společnost, práce ta chráněná, že mi to zprostředkovali...

Ona (psychoterapeutka) mi hodně zprostředkovala ty kontakty na práci a tak, to je určitě důležitý.

...to (krizové centrum) bylo dobrý, že to bylo hned. Že když jsem potřeboval, tak jsem tam mohl jít

... to (kognitivní rehabilitace) mě bavilo a přišlo mi, že se v tom jako vždycky zlepšuju a i mi to říkala ta terapeutka, tak to mi vždycky udělalo radost. A myslím, že jsem se i trochu jako zrychlil potom jestli mi rozumíš... Jakože mi to víc myslí.

...to rodinný bylo hrozně dobrý, že jsme si tam jako vzájemně říkali, co cítíme a nějak jsme se na sebe tak jako napojili, jestli je to možný takhle říct. I mi přišlo, že tak nějak víc pochopili, co se mi to teda děje.

... to hodně záleží na tom mým rozpoložení. Já si teď umím představit, že bych ty léky vůbec nebral, ale to bych nesměl trávit skoro žádný čas sám. Takže asi záleží kdy.

...léky jsou dobrý, ale já jsem vlastně zároveň hodně proti lékům jo. Já to beru tak, že je to, aby člověk netrpěl, tak ho oblbím a už se s ním neabvím a je to, to mě hrozně štválo při té hospitalizaci v Bohnicích. Že mi jako některý emoce úplně vymazali způsobem lepší žádný než nepříjemný, pak člověk slintá a tak, no je to nepříjemný

...taky považuju za důležitý chodit na psychoterapii a říká to mi teď našťestí i doktor. Jako oni dřív mi o tom ani neřekli, že můžu, já jsem měl vlastně celkem štěstí jo. Hodně lidí u nás v práci k psychologovi takhle nechodí.

## **Směřování pozornosti**

Pro mě je úplně nejhorší představa, že bych seděl doma a nic nedělal. To by mě ty hlasy úplně zabily. Vždycky když jsem sám, tak se ozývají, teď kdybych šel na záchod, tak je uslyším, teď když tu jsem s tebou, tak nic neslyším.

...že nebudu dávat tu pozornost těm hlasům, ta samota mi nedělá dobře, protože se pak začnou objevovat hlasy a já se na ně soustředím.

## **Stigmatizace**

Neříkat každému na setkání, jak jsou nemocní, protože se vylekají. Ale říkat to odborníkům nebo lidem, který mají podobnou zkušenost.



## **Příloha č. 4: Přepis rozhovoru č. 1**

### **PŘEPIS ROZHOVORU**

**9. 5. 2022 – Pardubice**

**54 min**

**A. M. – 59 let**

R: respondent

V: výzkumník

**V: Na začátek bych ráda ještě jednou zopakovala, že všechny otázky, stejně jako tento rozhovor jsou dobrovolné. Kdyby Vám byla kterákoli z nich nepříjemná, pak se mi to nebojte říct. Pokud nebudete chtít odpovídat, nemusíte. Pro účely transkripce rozhovor nahrávám, pokud byste chtěla nahrávání zastavit, prosím řekněte mi to. Kdyby Vám nebylo dobře, pak můžeme rozhovor kdykoli ukončit.**

**V: Otázky jsou hodně otevřené, zajímá mě Váš příběh, Váš názor, nejsou žádné správné nebo špatné odpovědi. Můžeme se do toho tedy pustit?**

R: Jasně.

**V: Dobře. Vyprávějte prosím, jak to probíhalo od doby, kdy Vám byla sdělena diagnóza.**

R: Diagnóza mně byla sdělena po absolvování vysoké školy v Liberci. Mně bylo špatně nějak a dostala jsem se do Pardubický nemocnice, kdy mě odchytili na ulici. Šla jsem po ulici a ty hlasy mně nadávaly sprostě. Nejdřív v těch prvních fázích mi furt říkaly vtipy, tak jsem je ráda poslouchala a tak. A pak najednou když jsem skončila tu školu, tak se to otočilo a nadávaly mně sprostě.

**V: To muselo být těžký... Popsala byste mi, co se dělo dál?**

R: Tak jsem šla na středisko a tam jsem jim říkala chyťte ty lidi oni mně nadávají. Chtěla jsem ať už přestanou, vyhrožovali mi. Oni si tam mysleli, že jsem zfetovaná, zdrogovaná, tak na mě zavolali sanitku a odvezli mě a tam teda nic nezjistili a pak zjistili, že to je teda schizofrenie no... Tam mě poslali za primářem psychiatrie.

R: Už vlastně ty poslední roky na té vysoké škole jsem se nemohla soustředit, bylo toho hodně. Nějakou roli v tom hrála i nešťastná láska, pak že jsem neměla moc peněz a nejzdila jsem často domů, ta cesta z Liberce do Pardubic byla složitá a drahá. No a už při státnicích jsem odevzdávala diplomovou práci na poslední chvíli, a to já jsem ani nechtěla dělat ty zkoušky, bylo mi jednou jestli tu vysokou školu dodělám. Chtěla jsem se vdát, protože moje mladší sestra měla už dítě, byla vdaná a tak. To pro mě jako pro starší bylo takový jako, že jsem to prostě chtěla taky. Jsem viděla všechno to štěstí, a pak to nedopadlo s tím klučinou, co jsem ho měla ráda. Když jsem měla prezentovat ty státnice, tak jsem šla za vedoucí diplomky a říkala jsem jí, že nic neumím, a že tam nepůjdu. Ona mě zpacifikovala a školu jsem teda udělala s odřenýma ušima. První roky jsem měla vyznamenání a stipendium, to mě to šlo, ale pak nějak už jsem asi byla nemocná, protože jsem se skoro nemohla učit, nemohla jsem se soustředit.

**V: Děkuji, teď Vás poprosím, zda byste mi prosím popsala nejtěžší moment nebo momenty od sdělení diagnózy.**

R: Jako kdy mi bylo hodně špatně... Tak těch bylo víc.

**V: Vzpomenete si na nějaké konkrétní?**

R: Když si vzpomenu ještě na té vysoké škole, jak toho bylo moc, tak už jsem jenom ležela na posteli, hlasy mi nadávaly a vyhrožovaly, tak jsem se před nima schovala do skříně. Myslela jsem, že je neuslyším, nevěděla jsem, že je to psychická nemoc a celý ty roky to prostě byla realita pro mě. Měla jsem pocit, že o mně mluví kamarádi, slyšela jsem a oni tam vůbec nebyli.

**V: Mluvila jste o tom tehdy s někým?**

R: Ne, já jsem se pak všech hrozně bála, že by ze mě udělali blázna.

R: Další těžký moment byl, kdy mně nasadili haloperidol v tý počáteční léčbě a já jsem navštívila kamarádku, se kterou jsme si daly na přípitek jednu šampri. No já jsem se začala dusit, vyplazený jazyk. Odvedla mě pěšky do nemocnice, auto jsme neměli a já se celou dobu dusila. Mamka z toho byla úplně zničená, protože nevěděla, co se děje. Zhubla 7 kilo během 24 dnů, byla zničená a bála se, nevěděla, co se to se mnou děje.

**V: To mě moc mrzí...**

R: Pak úplně nejtěžší asi bylo, když jsem si po tý vysoký škole šla lehnout do nemocnice a strávila jsem tam půl roku na tý psychiatrii v Pardubicích. Tam se mně hrozně stejskalo po domově, po rodičích po tý partě. Byla jsem tam hrozně sama. Ani jsem se nesmála ani jsem nemluvila, všechno se to odehrávalo jen ve mně vevnitř. Nikdo se mě neptal, jak se třeba mám. Jako ty hlasy to se utlumilo těma práškama, těma lékama. Byla jsem tam takhle půl roku, a to bylo hrozně dlouhý. Nikdo se mnou tak moc nekomunikoval, jedinej, kdo se mě zeptal tam poslední měsíc před koncem toho pobytu byla sestřička. Se mě zeptala, co se mi vlastně stalo a z čeho to mám. Prostě to bylo hrozný. Mám na tu nemocnici takový špatný vzpomínky. Už jsem si tam víckrát lehnout nešla. I když mně to paní doktorka nabízela, tak už jsem nechtěla.

R: Další těžkej moment byl ten, že jsem na to byla hodně sama, když jsem přišla z tý nemocnice, jak jsem nechtěla jít zpátky. No a jak jsem měla ty léky, tak mě nenapadlo, že mi je můžou nějak upravovat. Takže další těžký období bylo, že mi to nějak nesedlo a bylo mi třeba ob den blbě. Klepala jsem se, hlasy byly intenzivní, trápily mě a do toho mi bylo fyzicky špatně. To byly hrozný stavy... Tak jsem se vyhýbala kvůli tomu lidem a bála jsem se kamkoli jezdit, že mě to zničí, tak jsem byla hodně sama. Prostě jsem vůbec nešla do toho kontaktu, bála jsem se někam jet sama, že se na mě všichni dívali, a tak no.

**V: Já Vám moc děkuji za tyhle odpovědi, vážím si toho. Přesuneme se k další otázce, jestli je to pro Vás v pořádku.**

R: Ano ano, mně nevadí Vám to říkat, jste taková milá duše.

**V: To je od Vás moc milý, děkuju. Popište prosím naopak nejlepší období nebo nějaký zlom v rámci léčby. Může jich být i víc.**

R: Hezký bylo, když jsem po návratu z nemocnice pracovala v Tesle a dělala jsem tam normalizaci. To bylo takový docela bezstarostný šťastný období, trochu se mně stýskalo po spolužácích, ale jinak to bylo dobrý. Poznala jsem nový kamarády a spolupracovníky a tak. S nima jsme jezdili na výlety, třeba jsme byli ve vinným sklípku a tak. No a v tý době jsem ty hlasy neměla, vůbec jsem je neměla. Byla jsem vlastně tak jako předtím. Pak se to ale zase zhoršilo no.

**V: Co se stalo?**

R: Já už vlastně ani nevím.

R: No a pak další zlomový období bylo, jak se ty hlasy vrátily a hledala jsem pomoc. Tak jsem jednou jela do Chrudimi a tam bylo nějaký setkání „modlení se za uzdravení“. To byli věřící, křesťani ze Slovenska. Hrála tam taková andělská hudba, to jsem do tý doby nikdy neslyšela no a mně při tom tekly normálně krokodýlí slzy a prostě se mně to hrozně dotýkalo, toho nitra, tý duše no... A tak tam jsem vlastně vydala svůj život Kristu a Bohu a modlení se za uzdravení. Já bych si třeba představovala, že by mě Bůh mohl uzdravit hned, ale trvalo to několik let. Jakože teď je mi dobře, ty hlasy mám, ale už jim jinak rozumím, teď mi bylo blbě před dvěma měsícema, ale už to není vůbec tak často. Je to tak, že je mi špatně třeba 2 hodiny a pak zase 3 měsíce nic. To je úplně úžasný, jak oproti dřívějšíku to bylo že jo třeba ob den.

**V: To mě moc těší. Vzpomenete si ještě na něco?**

R: A pak takovej skvělej bod, že jsem se seznámila s přítelem, že si mě našel, to mi dalo radost do života, že jsem si i připadala normálně.

R: Potom dobrej bod byl, když jsem se osamostatnila. Když jsem se přestěhovala sem, to bylo až ve čtyřiceti letech. Ze začátku to bylo těžký, ale měla jsem chráněný bydlení, tak jsem byla aspoň pod záštitou. Ale když jsem tam přišla tak to byl šok. Nábytek žádný, jídlo mně nikdo neuvařil že jo, peníze nebyly... Postupně jsem se pak postavila víc na nohy, nebojím se tam už a cítím se dobře.

**V: Děkuju. Ted' se Vás zeptám, co Vám podle Vás nejvíce pomohlo?**

R: Bůh. To, že jsem poznala pravdu Božího slova. Tím, že i ten jeden můj hlas je on a pomáhá mi, utěšuje mě a nenadává. Pak je tam i ten ďábel a ty další, ale už to umím rozlišovat a pracujeme s tím i tady na terapii.

**V: Ráda bych se Vás ted' zeptala, jaká je Vaše zkušenost s psychoterapií?**

R: Chodila jsem k psycholožce několik let, pak tady s Lucinkou (terapeutka), potom jsem chodila do arteterapie – dělala jsem třeba místo, který mám nejradši a tak, to bylo hezký a strašně mi vždycky pomáhalo, že ty svoje věci můžu někomu říct no. To jsem tam nakreslila rybník, když jsme kreslili ty pocity a tak, tak jsem na kreslila rybník a uprostřed záchranné kruh a nikde nikdo kolem nebyl, když se tam takhle někdo topí. Pak jsem chodila na skupinovou terapii i na terapii pro jednotlivce. Pak jsem taky byla v dramaterpaii.

**V: Co se pro Vás v terapii změnilo?**

R: Pro mě bylo úžasné, že jsem zase začala díky tomu chodit mezi lidi a viděla jsem, že v tom nejsem sama a mohla jsem. Chodila jsem i do skupiny na angličtinu a tam jsem si vlastně v komunitě udělala i kamarády. Potom na další terapii už jsem se i víc jako otevřela, nebála jsem se. Je prostě hrozně hezký si i takhle jenom popovídat, protože Vás spousta lidí kvůli tý diagnóze jako odvrhne, a tak no.

R: Já musím říct, že mě to hodně jako vrátilo zpátky do toho normálního života.

R: Hodně jsem se díky tomu naučila neposlouchat ty hlasy. Když mně třeba říkají skoč z okna, tak já prostě poodejdu a neposlouchám je. Už je umím takhle jako odmítnout, to mi dřív nešlo.

**V: To je skvělý. Jaký je podle Vás ideální terapeut pro lidi s podobným příběhem?**

R: Asi by to byla směs všeho. Je dobrý si popovídat, hlavně aby Vás ten terapeut jako slyšel a do toho mi taky pomáhá to boží slovo, to je vlastně taková samoterapie. My jsme v rámci sezení daly tak dohromady co mi doma funguje, tak to dělám, když mám třeba pocit, že mi není úplně dobře.

**V: Moc Vám děkuju. Zeptám se Vás, co byste doporučil/ a jiným lidem s diagnózou schizofrenie?**

R: No hlavně aby to nevzdávali, že to nemusí být tak hrozný jako třeba na tý psychiatrii. Že když si najdou tu cestu, tak po ní můžou jít. Taky aby si našli ty ostatní, který jsou taky nemocný, to mi pomáhá a samozřejmě tu cestu k tomu Bohu.

**V: S jakými způsoby intervence (myslím svépomocné skupiny, komunity, terapie, artetechniky atd.) máte zkušenost? Jsou nějaké, které jste třeba ještě nezmínila?**

R: No, jak už jsem vlastně popisovala předtím.

**V: A jaká je Vaše zkušenost s nimi?**

R: Mně hrozně pomohlo, když se tady dala dohromady ta komunita, kdy mně bylo nabídnuto, jestli se nechci setkávat s ostatníma pacientama. To byl vlastně další zlomovej bod, kdy jsem takhle díky tý komunitě zjistila, že nejsem jediná, a že nejsem sama v celejch těch Pardubicích jo. To bylo strašně osvobozující pro mě.

R: Pak nám vlastně udělali i kroužky, třeba je tam kroužek vaření, pletení a tak. A prostě teďka mám díky tomu kolem sebe ty lidi a jsme opravdový kamarádi. Známe se a víme o sobě. To bylo strašně osvobozující zjistit, že nejsem sama. Ty skupiny jsou pro mě hodně důležitý.

**V: Moc děkuju. Jak nahlížíte z Vaší zkušenosti na nefarmakologické postupy v rámci léčby?**

R: Tak to zabírá vlastně obrovskou část. Ten prášek si lupnu ráno večer, dneska jsem byla i na injekci, jako beru to, ale hlavní zásluhu má teda za mě ten zbytek. jsem vděčná i těm lékařům, to jo, ty mně taky pomohli, ale většinu tý mojí cesty plní tady tyhle ostatní věci. Já si to bez toho neumím představit.

R: Jako za ty poslední léta mě to hodně drží, a že se díky tomu dá žít fakt vlastně nějak normálně. Oni mě i naučili třeba, jak se dostat zpátky do pracovního prostředí, že i na částečnej úvazek pracuju a tak.

R: Já jsem fakt moc vděčná za to, co pro mě dělají, a že mi je ted' vlastně moc dobře.

**V: Kdybychom si dali na takový pomyslný váhy - tu farmakologickou a nefarmakologickou léčbu, jak si myslíte, že Vám pomohly, případně nepomohly tyto postupy?**

R: Strašně moc, strašně. Já bych vůbec nebyla tam, kde teď jsem no... Ale zase bych se toho nemohla účastnit, kdyby mi bylo fakt hodně blbě, to je zase dobrá ta druhá léčba. Ale jako beru to jako strašně důležitý, prostě by to bez toho nešlo. Za ten normální život vděčím hlavně tomu no...

**V: Jaké jsou podle Vás nejužitečnější?**

R: Teda to je strašně těžký říct, všechno dohromady nějak.

**V: Můžu se Vás zeptat, jaká byla role Vašeho okolí v rámci té Vaší cesty,**

R: Jako rodiče se mně občas smáli, ale když šlo do tuhýho, tak mi pomohli. Rodiče si vždycky dělali srandu, že si mám pustit rádio nebo hudbu, jako abych neposlouchala ty hlasy, tak jsem si říkala, že pro mě nemají pochopení, ale asi to taky byla jejich obrana nebo tak. Já jsem radši nikomu nic neříkala, co se děje. Většinou to bylo spojený, že jsem byla vyčerpaná fyzicky i psychicky. Jako bylo to ale důležitý, že se mnou byli.

R: Pak hlavně ty ostatní pacienti, že jsme se podporovali, a hlavně nijak neodsuzovali, to pro mě bylo hrozně důležitý. Chápu mě víc než ostatní.

**V: Jak je Vám teď?**

R: Teď i dlouhodobě je mi dobře, jsem ráda. Trochu pracuju, chodím do kostela, na terapie, a tak nějak normálně žiju.

**V: Je ještě něco, co považujete za důležité k tomuto tématu, na co jsem se Vás případně nezeptala a stálo by to podle Vás za zmínku?**

R: Já jsem si ještě před několika lety říkala, že to nedám, že to prostě skončím, ale teď díky Bohu a tý ostatní pomoci je to teďka dobrý. Jak je to v tý Bibli „nic není u Boha nemožné.“ Slovo má moc, co říkáme, co uznáváme a vnímáme, tak to nás tvoří, tak na to i nahlížím.

**V: Moc Vám děkuju za Váš čas, a hlavně za důvěru, moc si toho vážím.**

## Příloha č. 5: Přepis rozhovoru č. 2

### PŘEPIS ROZHOVORU

13. 7. 2022 - Praha

1 hod. 34 min.

T. S. – 36 let

R: respondent

V: výzkumník

**V: Na začátek bych ráda ještě jednou zopakovala, že všechny otázky, stejně jako rozhovor jsou dobrovolné. Kdyby Ti byla kterákoli z nich nepříjemná, pak se mi to neboj říct. Pokud nebudeš chtít odpovídat, nemusíš. Pro účely transkripce rozhovor nahrávám, pokud bys chtěla nahrávání zastavit, prosím řekni mi to. Kdyby Ti nebylo dobře, pak můžeme rozhovor kdykoli ukončit.**

**V: Otázky jsou hodně otevřené, zajímá mě Tvůj příběh, Tvůj názor, nejsou žádné správné nebo špatné odpovědi. Můžeme se do toho tedy pustit?**

R: Jo jo.

**V: Dobře... Vyprávěj prosím, jak to probíhalo od doby, kdy Ti byla sdělena diagnóza.**

R: Noo... To bylo, jak mě porazilo to auto, tak já jsem se furt ptala, co se mnou je a co to je. Vůbec jsem si to neuměla představit, když mi to řekli. Já jsem si to furt představovala jako to moje vnitřní já a všem jsem to tak vysvětlovala. Já mám ještě další vnitřní já. To jsou ty hlasy. Ostatní mají jen jedno já mám dvě. Já jsem se na to pak ptala mámy, když jsem byla na dětský psychiatrii a ona mi furt říkala, že mám paranoidní schizofrenii. Já jsem to vůbec nechápala, nevěřila jsem tomu, pro mě to prostě byla všechno realita, ale všichni mi to vymlouvali. Jednou jsem vzala do ruky ptačí pírkou a od té doby jsem si myslela, že mám ptačí chřipku, nikdo mi to nemohl vymluvit. V Bohnicích jsem byla 2 roky vkuse. Z prvního roku si toho ani moc nepamatuju, ale vím, že to bylo hodně dlouhý.

**V: Děkuju, teď Tě poprosím, zda bys mi prosím popsala nejtěžší moment nebo momenty od sdělení dg.**

R: Jeden je určitě, jak mě porazilo to auto. Jediný, co si pamatuju je, jak to houkalo a já jsem věděla, že teď bude hrozně špatně. To mám doteď. Vždycky když jede kolem sanitka, tak si musím zacpávat uši, protože se bojím. Navíc mi ty hlasy pak vždycky říkají, že vezou rodiče... A nebo mám pocit, že jedou pro mě. Pak to ještě začnou ty hlasy rozebírat. Jakože už umřeli a oni se baví o tom, co budu bez nich dělat, kdo dostane jejich byt a tak... Je to strašný.

**V: To musí být hrozně náročný...**

R: Potom pro mě bylo hrozně těžký, že když mi bylo asi 5 let, tak už jsem slyšela svoje první hlasy. Šla jsem za mámou a řekla jsem jí to. Ona je psychiatrická sestra, takže se vyděsila. Řekla mi, že tohle už jí nikdy nesmím říkat, že to tak není, že to není realita. Křičela za to na mě. Od té doby jsem to nikdy nikomu neřekla, dokud mě neporazilo v patnácti to auto. Pak se to celý rozjelo mnohem víc a už to nešlo zastavit.

R: Před pár rokama jsem se potkala s kamarádkou ze základky. Vždycky jsme se spolu bavily, jak budeme mít děti, a že já je budu mít první, že se na to moc těším. Ona má epilepsii, ale i přes to zvládla porod a teď vychovává tu malou holčičku. Vždycky myslím na to, že já jsem to nezvládla a ona jo. Je pro mě hrozně těžký už několik let vídat maminky s dětma. Já bych si děti hrozně moc přála, ale máma mi to zakázala. Vždycky mě dovede na gynekologii a řekne doktorce, ať mi dá tělísko, takže s tím nemůžu nic dělat. Vůbec se mnou o tom nechce diskutovat a říká, že bych to nikdy nezvládla a moje dítě by bylo taky nemocný.

**V: To musí být těžký... Vybavuješ si ještě něco?**

R: No a taky po těch šokách. To bylo hrozně divný. To jsem ani nevěděla, kde bydlím, kam chodím do Baobabu a tak. Vlastně si z toho moc nepamatuju, takový prázdný. Neumím to víc popsat.

**V: Já Ti moc děkuju za odpovědi a přesuneme se k další otázce, jestli je to pro Tebe v pořádku.**

**V: Popiš mi prosím naopak nejlepší období nebo nějaký zlom v rámci léčby. Může jich být i víc.**

R: To byl určitě ten rok, jak jsem byla bez hlasů. Brala jsem už jenom ¾ Leponexu večer, věřila jsem, že už se vylčím, a že nebudu muset brát prášky a budu zase normální holka. Trvalo to rok, ale pak přišla šikana a já zase začala slyšet hlasy a přidaly se i bludy. Všechno se to tam pokazilo. Holky si na mě počkaly venku a chtěly mi ublížit, utíkala jsem, nastoupila jsem do metra a zavřely se za mnou dveře a ujela jsem. Pak to zase začalo.

**V: Aha, aha, to mě moc mrzí...**

R: Pak taky když mi psychiatricka říkala, že přichází ataka, a že musím do Bohnic. Říkala, že se musí vyzkoušet nový léky a bude pro mě lepší, abych tam byla. Taky mi řekla, že když to dobře půjde, tak to nebude na dlouho. Já jsem se na to hodně upnula. Všem jsem tam říkala, že za týden jdu domů, nechtěla jsem tam být. Nikdo mi to nevěřil, ale já jsem to tak prostě brala. Za pár dní jsem se stabilizovala a 7. den hospitalizace jsem šla domů. Byla to moje nejkratší hospitalizace a jsem na to hodně pyšná.

R: Pak láska. Potkali jsem se v Bohnicích a hrozně mě to drželo. To by bylo na dlouho, ale ta podpora prostě.

**V: Děkuju. Teď se Tě zeptám, co Ti podle Tebe nejvíce pomohlo na cestě k tomu, jak je Ti teď?**

R: Já jsem si to strašně vybuodovala sama v sobě. Hodně lidí mi říká, že mám fakt pevnou vůli. Pořád se snažím a věřím si. Že když mám prostě všechny ty SOSky, tak se snažím do posledních sil to ustát a nedat si. Zároveň když mě vždycky všichni viděli v těch hroznejch stavech, tak jsem to vždycky zvládla. Vždycky věřím, že to bude lepší. Vždycky, když už to vypadá zle, tak vždycky všechny prosím, ať mi dají ještě týden, že pak kdyžtak půjdu na hospitalizaci dobrovolně. No a většinou to zvládnou, dělám proto všechno, co můžu. Takže prostě ta pevná vůle.

R: No a pak jsem měla taky úplně úžasnýho terapeuta. To jsem vlastně chtěla předtím, tam jsme nějak vybuodovali tu vůli. Já jsem nejdřív do terapie vůbec nechtěla, protože jsem měla chodit pravidelně a bála jsem se. No, a nakonec jsem na to kejvla. Já jsem se tam vždycky hrozně uvolnila. Mohla jsem tam mluvit o všem možným a on mě do ničeho nenutil, to se mi hrozně líbilo. Zároveň se mnou byl jako první ochotnej rozebírat ty hlasy. Do té doby mi všichni říkali, že to není realita, a že to mám ignorovat. Vůbec to nechápali, ale to mi on nikdy neřekl.

**V: Jaká je Tvoje zkušenost s psychoterapií?**

R: Jak už jsem říkala...

R: Jako na začátku mi bylo občas špatně z toho, jak jsme se bavili o takových náročných věcech, ale po pár týdnech se to hrozně zlepšilo, takže ta zkušenost je dobrá. Teď si to moc neumím představit bez toho.

**V: Co se v terapii změnilo? Co se v tobě změnilo/ kam se to posunulo/ neposunulo?**

R: Ta vůle u těch hlasů. Když jsem to všechno tomu terapeutovi vyprávěla od začátku a musela jsem se v tom šourat znova, tak to bylo horší. Hlasy zesílily a nechtěly abych to říkala. Obecně mi z toho bylo dost blbě. Já jsem mu to říkala, tak jsme se snažili, abych jim tu moc nedávala tak velkou a abych z toho nebyla paranoidní.

**V: Jak jste k tomuhle došli?**

R: Dělalí jsme to pomalu podle toho, co mi vyhovovalo. Vlastně jsem se naučila ty hlasy trochu ovládat zpátky.

**V: Jak se ti to podařilo?**

R: Nikdy neříkal, že neexistují, ale naučil mě to brát tak, že mě můžou ovlivnit jenom do určitý míry. Takže pak to začalo být mnohem lepší, že už jsem z nich neměla takovej strach a uměla si to jako odůvodnit a neměla jsem pak ty strachy a tak.

R: I takový to, jak jsem mluvila a hlavně o těch hlasech, co říkají, kde jsou a kdy víc. Tak jsme to jako vyzkoumali a já teď můžu víc čekat, kdy to přijde víc. Podle toho mám třeba 2 úterky a žádný pondělí, protože v pondělí mně bývá blbě, tak to řeším takhle.

R: Já jsem vždycky přišla s něčím novým, jak jsem zkoušela, co mi jako pomáhá na ty hlasy.

R: Obecně to mluvení je hrozně dobrý. Třeba teď, jak si povídáme, tak je to hrozně super. Už tak půl hodiny ty hlasy nemám. Ze začátku mi říkaly, co mám a nemám říkat a teď už mi do toho nekecaj a můžu mluvit úplně sama. Mně je tady s tebou teď hrozně dobře, už jsem se úplně uvolnila, jak jsem tu s tebou.

**V: To moc ráda slyším, děkuju. Byl nějaký moment/y v té terapii, které považuješ za důležité pro léčbu/ fungování?**

R: To bude asi hodně ta práce s hlasama a pocitama. A ta vůle. On mi pomohl s tím náhledem. Vybudovali jsme takový jako postupy, co dělat, když je to blbý a ty hlasy do mě jedou. Přišla jsem na to, že když jdu třeba malovat nebo dělat korálky, tak se to zlepší. Nebo třeba když jedu v metru, tak je přehlučím sluchátkama, oni vždycky říkají, že si o mě něco lidi kolem myslí, tak si nandám sluchátka a neposlouchám. Nebo doma když jsem sama, tak to bývá hodně blbý, tak si zapnu televizi i rádio najednou a to pomůže. Nebo před spaním poslouchám hudbu. Prostě jsme tak nějak došly k tomu, co všechno dělat, abych nemusela furt brát Rivotril jako SOSku. Po tom mi není moc dobře.

**V: Jaký byl terapeutický vztah?**

R: S tím prvním terapeutem jsme měli hrozně hezký vztah. Já jsem mu vždycky ukazovala fotky a ty panáčky, co dělám. Často mě tam nechal i dýl. Byl na mě hrozně hodnej. Do ničeho mě nenutil a poslouchal mě. Pak jsme to museli ukončit, protože v té organizaci došly dotace a musela bych ho platit, protože neměl místo na pojišťovnu. Na naší poslední terapii jsme oba brečeli. To bylo vidět, že se máme fakt rádi.

**V: To zní moc hezky. Jak to máš teď?**

R: Teď ta nová psycholožka je dobrá, jsem moc ráda, že jí mám, ale ten předtím byl lepší. Asi to bude zase chvíli trvat, než najdu důvěru nebo ten vztah k ní. Já se jí ještě trochu bojím ptát na ty hlasy... Spíš mluvím o tom, co se dělo v týdnu.

**V: Jaký je podle Tebe ideální terapeut pro lidi s podobným příběhem?**

R: Tam je důležitá ta důvěra. Já vždycky když jdu k někomu jinýmu, tak se bojím a nejsem si jistá, jestli to někomu neřekne. Prostě se potřebuju ujistit, že to bude bezpečný. Jako nikdy si nejsem úplně jistá. Hrozně se vždycky bojím, že ten terapeut něco řekne rodičům a bude z toho průšvih.

R: Taky aby mě vyslechnul.

**V: Děkuju. Přesuneme se dál, jestli je to v pořádku.**

**V: S jakými způsoby intervence (skupiny SH, otevřený dialog, komunity, terapie...) máš zkušenost?**

R: Terapie, skupiny Slyšení Hlasů, CDZ, Arteterapie, Krizový centrum, Pobyty, Denní stacionář

**V: Jaká je Tvoje zkušenost s nimi?**

R: Terapie, jak jsem říkala...

R: V tom CDZ mi právě zprostředkovali hrozně moc aktivit a psychologa. Od nich jsem se dozvěděla o Slyšení hlasů. Nejdřív jsem tam nechtěla, ale pak jsem šla.

R: Slyšení hlasů mi hrozně pomáhá. To byla první skupina mimo hospitalizace, kde jsou jako lidi jako já. Teď už si neumím představit, že bych nepřišla. Jsou tam ty lidi, co to mají taky a dějou se jim podobný věci jako mně. To je prostě takový dobrý to slyšet. Taky z toho mám pár kamarádů. A nebojím se tam mluvit, vím že na mě nikdo nezavolá záchranku i když budu upřímná.

**V: Co třeba ty pobyty?**

R: Terapeutický pobyty mi moc nevyhovovaly, protože tam byl jinej režim, než mám já. A když to bylo někde v zahraničí, tak jsem z toho vždycky měla stres, takže to mi moc nevyhovovalo.

R: Pak krizáč je taková záchrana. Vždycky když je mi fakt nejhůř, tak tam zajdu. Nikdy to doma neříkám, máma by chtěla, abych šla do Bohnic. Takže se tam vypovídám a oni mi takhle pomůžou. Vždycky mě tam tak jako uklidní a vrátí trochu zpátky jakoby na zem.

R: Ještě do stacionáře jsem chodila v Bohnicích asi půl roku. To bylo dobrý, že jsem mohla domů vždycky odpoledne. Ale já prostě nezvládám ty prostory. Jakože Bohnice. Mně je vždycky blbě, když mám jít jenom okolo, takže vlastně nevím, jak s tím stacionářem.

R: Na arteterapii jsem chodila na Ondřejov a do Baobabu. Chodila jsem asi 3 roky. To mi hrozně pomáhalo. Dělán to doteď. Tam bylo dobrý, že jsme si o tom mohli povídat.

**V: Co pro tebe to malování znamená?**

R: Teď maluju hodně, máma mi říká, ať už to nedělám, protože je toho hodně a nemáme to kam dávat. Já se z těch věcí vždycky vymaluju a uklidňuje mě to. Hlavně z toho pak mám i radost a tak. Chtěla bych zase chodit do toho Baobabu. Když maluju, tak často ty hlasy ani neslyším.

**V: To ráda slyším, že Ti to tolik vyhovuje. Napadá Tě ještě něco?**

R: Potom jsme chodili s Petrem (partner) na deskovky hrát každý pondělí. To bylo takový hezký odreagování a zase jsme tam byli s ostatníma pacientama. Ta blízkost těch ostatních mi dělá hrozně dobře.

**V: Moc děkuju. Jak nahlížíš z Tvoji zkušenosti na nefarmakologické postupy (ty, co jsme teď zmiňovaly) v rámci léčby?**

R: To je hrozně důležitý. Já se nemůžu doma nudit a tak, protože to mi je potom blbě. Mi to i pomáhá abych mohla chodit do práce (pomocná dílna). Strašně moc lidí, který znám z Bohnic nikam nechodí, mají třeba jen psychiatra, a to já bych teda nemohla. Já potřebuju mít kolem sebe ty lidi, a i takovou tu možnost o tom mluvit. Nemohla bych být třeba jako M., která jenom chodí do práce 2x týdně a pak už nic. Mě by ty moje hlasy a myšlenky úplně pohltily. Musela bych brát furt SOSky. Možná i víc léků. Nechci si to ani představovat.

**V: Kdybychom si to daly na takový pomyslný váhy - tu farmakologickou a nefarmakologickou léčbu, jak si myslíš, že pomohly tyhle postupy?**

R: První, co mě napadlo je půl na půl. Ale když teď přemýšlím, tak si říkám, jestli ty léky nejsou jenom čtvrtka a tohle všechno tři čtvrtě.

**V: Aha, aha... Jaké jsou podle Tebe nejužitečnější?**

R: To je těžký říct. Mně přijde, že to všechno tak zapadá. Mně doma někdy říkají rodiče, že toho mám moc, ale mě to takhle vyhovuje a pomáhá mi to. Prostě mi hrozně pomáhá, jak mi to drží i ten režim, a že se nenudím.

**V: Jaká byla role Tvého okolí v rámci té Tvoji cesty?**

R: Po tom autě to byla opora, ale do té doby jsem se kvůli tý mámě bála s nima o tom mluvit a držela jsem to v sobě. Já jsem se o těch hlasech bála mluvit až do těch patnácti, takže jsem to v sobě držela potom, co mi máma řekla, že už jí nikdy a nikomu nesmím říct, že to slyším. Ale teď je to tak, že vždycky když přiznám, že je mi blbě, tak mi vždycky řeknou, že bych měla do Bohnic. Tak jim vždycky říkám, že to zvládnou. Takže se musím furt přetvařovat, když je mi blbě, nechtějí mi dát šanci, takže radši zapírám. Ale třeba babičky to na mě nepoznají, ale taky o těch hlasech nechtějí nic slyšet, takže to pak řeším s Váma na skupinách (skupiny Slyšení hlasů) a na těch terapiích. Ale jako mrzí mě to.

**V: To je mi moc líto... Napadá tě, něco, co bys doporučila jiným lidem s diagnózou schizofrenie?**

R: Věřit a nevzdávat se. Já mám z jedny písničky takovou větu, kterou si furt říkám: „Když po něčem toužíš, nutný je věřit a strašlivě chtít.“

**V: Je ještě něco, co považuješ za důležité k tomuto tématu, na co jsem se případně nezeptala a stálo by to podle tebe za zmínku?**

R: Asi ne, teď mě nic nenapadá. Spíš je mi teď tak nějak hezky z toho povídání, že mám úplně prázdnou hlavu, tak to bych asi chtěla říct.



## Příloha č. 6: Přepis rozhovoru č. 3

### PŘEPIS ROZHOVORU

24. 8. 2022 - Praha

1 hod. 12 min.

E. N. – 39 let

R: respondent

V: výzkumník

**V: Na začátek bych ráda ještě jednou zopakovala, že všechny otázky, stejně jako rozhovor jsou dobrovolné. Kdyby Ti byla kterákoli z nich nepřijemná, pak se mi to neboj říct. Pokud nebudeš chtít odpovídat nemusíš. Pro účely transkripce rozhovor nahrávám, pokud bys chtěla nahrávání zastavit, prosím řekni mi to. Kdyby Ti nebylo dobře, pak můžeme rozhovor kdykoli ukončit.**

**V: Otázky jsou hodně otevřené, zajímá mě Tvůj příběh, Tvůj názor, nejsou žádné správné nebo špatné odpovědi. Můžeme se do toho tedy pustit?**

R: Jo.

**V: Dobře. Vyprávěj prosím, jak to probíhalo od doby, kdy Ti byla sdělena diagnóza.**

R: Jo kdy mi byla sdělena diagnóza? Nooo tak to je zajímavý, protože já měla těch diagnóz víc. Já když jsem poprvé chodila k psychiatrovi, tak ten mně psal substituci na heroin. Tak jsem mu říkala, že slyším hlasy v hlavě a on mi řekl: nebrete drogy, to máte z toho. Měla jsem jít do nemocnice na závislosti, ale já říkala, že nemůžu, protože musím platit nájem a tak. No a on furt říkal, že ty hlasy jsou z těch drog, pak mi napsal Haloperidol, kterej mi teda vůbec nepomohl, tak jsem v tom blázinci skončila. No pak jsem tam skončila ještě dvakrát. Pak jsem si teda našla jinou psychiatricku, protože on mě ani nevyšetřil, na nic se mě neptal, prostě říkal, že je to z drog, a že si za to můžu sama. Tak jsem si připadala, jakože taková, že mě vůbec neléčil, ještě když jsem opakovaně končila v tom blázinci. Tak jsem si potom našla novou psychiatricku na Žižkově a ta to se mnou všechno probrala, poslala mě na to psychologický vyšetření a zjistilo se, že mám teda psychotickou poruchu. Tak jsem začala brát léky, ale trochu jsem to s těma lékama podcenila. No pak když jsem si odkroutila trest ve vězení, tak jsem šla na Magdalenu na doléčení a tam mi řekli, že mám paranoidní schizofrenii a pod tou jsem teď vedená. Oni mi nejdřív dali tu nějakou psychotickou poruchu a já moc nevěděla, co to je a když jsem si to hledala, tak mi tam vyšlo, že je to stejně jako předdiagnóza schizofrenie.

**V: Nebyla to akutní polymorfní psychóza?**

R: Jooo no, to je přesně ono. Tak tomu já jsem právě moc teda nerozuměla, co to jako je. Ono se to dává prej nějak na začátku aby se pacienti nelekli.

**V: Dává, dává...**

R: No, ale to jsem se teda hodně zlepšila, když mi nasadili ty nový antipsychotika, ale byla jsem v tý svojí diagnóze furt taková zmatená, chtěla jsem, aby mi to někdo vysvětlil.

**V: To chápu, to muselo být složité...**

R: Nejvíce se to začalo zlepšovat, když jsem nastoupila do Magdaleny, tam mi dali tu paranoidní schizofrenii, a to jsem už víc věděla, co je a uměla jsem se s tím ztotožnit. To se mi vlastně ulevilo, že víc vím, co mi je. Zároveň jsem konečně fakt pravidelně brala léky a do toho jsme měli ten program a terapie. Až tam jsem se konečně zbavila bludů, že mi máma škodí, že si mě Bůh vybral jako vyvolenou a tak. Já jsem předtím měla hrozný stavy. Jako tou dobou už jsem se i začínala konečně smířovat s tím, že ty hlasy, co mám už uslyším asi navždycky, to mě totiž na začátku strašně trápilo. Když mi to psychiatricka řekla poprvé, tak jsem se rozbřečela. Mi i pomohlo, že mi říkala jedna doktorka, že mám vlastně štěstí, co takovej cukrovkář,

kterému uříznou obě nohy, já jsem fyzicky zdravá, to si vždycky říkám. Je to prostě pro mě teď takový přijatelnější se s tím smířit, že ty hlasy mám a už se s nima budu vypořádávat navždycky, ale hledáme cesty, jak s nima být. Jakože už s tím teď umím fakt fungovat. A nikdy se nenudím a nejsem sama, ani na záchodě. Já jsem se toho hodně bála v intimních chvílích s partnerem, že mi do toho ty hlasy budou kecat, tak jsem mu to řekla, že je mám, a to mi pomohlo a vůbec jsem se na ně nesoustředila.

**V: Děkuju, nyní se přesuneme k takové náročnější otázce. Teď Tě poprosím, zda bys mi prosím popsala nejtěžší moment nebo momenty od sdělení dg.**

R: Nejtěžší asi bylo, když jsem ještě nevěděla, že jsem nemocná a byla jsem na ulici, fetovala jsem a živila jsem se drobněma krádežema a myslela jsem si, že mi všichni vidí do hlavy. Zároveň jsem měla pocit, že ví, co cítím. Strašně jsem se za sebe tenkrát styděla. Všechno jsem vzdala, už jsem ani nebojovala, myslela jsem, že to nemá cenu, že všichni vidí, že jsem úplně nahatá. Strašný bylo jet třeba v tramvaji, ještě, jak do mě šly ty hlasy.

R: Pak bylo hrozný, když jsem si dala drogu a připojili se moji rodiče a začali do mě rejpat.

**V: Myslíš jako v podobě těch hlasů?**

R: Jo jo. Já jsem se hrozně styděla a cítila se provinile, že do sebe cpu to svinstvo, a že jim ubližuju. Pak se tohle zlepšilo až teď na Magdaleně, že jsem si to s nima v tý hlavě urovnala, v realitě bohužel ne. Udělala jsem si s terapeutem v hlavě pořádek, aby ty hlasy neměly tolik na co brnkat.

**V: To muselo být náročný...**

R: No pak je hrozně těžký to s mojí sestrou. Ona ani nechce, abych věděla, kde bydlí a tak. Jakože s tou mojí historií a teď když ví, že mám schizofrenii, tak se mě bojí. Vůbec se se mnou nebaví, moc mě to mrzí. Já vždycky, když si na tohle vzpomenu, tak je mi to líto a vztekám se, že mi nedovolí jí to vysvětlit a říct a ukázat, jak jsem na tom teď. Chtěla bych jí ukázat, že za to stojím, že je to škoda se nebavit. Neviděla jsem ani jedno její dítě. No a ona vždycky když se napojila, tak já se vztekala. Ona jako ten hlas furt mlčí. Pak mi ostatní hlasy vždycky říkají, „za to si můžeš sama, za to si můžeš sama.“ Pak to začne říkat i ona. Ale jako teď na tom pracujeme, že vlastně ty hlasy spíš mívají na můj pocit provinilosti z toho, že se nebavíme, že si to vyčítám. Teď se to snažím brát tak, že ona nechce, já dělám dost, ale už nevím, jak jinak se k ní dostat.

**V: Aha, rozumím... Napadá tě ještě něco?**

R: V léčebně se mi jako vždycky trochu ulevilo, já jsem si sanitku vždycky volala sama. Zároveň ale bylo hrozně těžký, že mi nikdy neřekli, kdy mě pustěj a já furt myslela na to, jak musím platit ten nájem na tý ubytovně. Hrozně jsem se bála, že mě vystěhujou, a že znova skončím na ulici a už se nezvednu. Tak jsem tam vždycky lhala, že už je to dobrý a hlasy neslyším. Kvůli tomu jsem šla vždycky dřív. Jako ale nikdy mi moc nezajistili žádnou podporu a byla jsem vydaná všemu napospas.

R: Pak byly těžký ty začátky v léčebně, mě vždycky naládovali práškama a já nemohla ani mluvit, úplný prázdno prostě. Ale jako hodilo mě to víc do normálu, takže je to asi takhle dobře. Naučilo mě to těm psychiatrům znova věřit po tý mojí zkušenosti s tím ambulantním.

**V: Já Ti moc děkuju za odpovědi a přesuneme se k další otázce, jestli je to pro Tebe v pořádku.**

**V: Popiš prosím naopak nejlepší období nebo nějaký zlom v rámci léčby. Může jich být i víc.**

R: Zlom nastal, když jsem začala brát pravidelně ty léky. To bylo, když mě pustili z vazby a já jsem byla na Magdě. V tý vazbě jsem přestala brát léky úplně kvůli vedlejším účinkům, hodně mi vadily. Pak mě pustili a já čekala na soud a věděla jsem, že dostanu aspoň 3 roky trest a myslela jsem, že se asi ufetuju, že se nenechám zavřít. Nakonec jsem se nechala zavřít do Bohnic a pak jsem pokračovala na Magdu na doléčení. Díky tomu režimu tam jsem už začala brát ty léky pravidelně a můj stav se hodně zlepšil.

R: No ale úplně nejlíp mi bylo ještě předtím, než jsem byla zaléčená a nic jsem nebrala. To se na mě připojil Pánbůh a ukazoval mi, co je v nebi. A on vždycky, když mi bylo úplně nejhůř a měla jsem tu hlavu úplně zahlasovanou a potřebovala jsem něco

udělat a nešlo to, to jsem ráno vstala a najednou jsem se podívala ven a zjistila jsem, že už je večer, že už je tma a já jsem nikam nedošla. Nevěděla jsem ani, jestli jsem si došla na záchod.

**V: A to bylo kdy?**

R: To bylo, když jsem se léčila tak napůl. Chodila jsem jen k psychiatrice a na léky jsem dost prděla. No ale nejlíp jsem se prostě cítila, když se na mě připojil Pánbůh a utišil mi ty hlasy a mohla jsem si udělat, co potřebuju. Nebo když jsem brečela a bála se, že umřu někde v křoví na ulici, tak to on mi ukazoval, jaký je to v nebi. To bylo krásný, to mi bylo teploučko. Ne jenom jako navenek, ale i na duši. Teplo, bezpečí, jistota, to bylo krásný.

**V: Máš ještě tenhle hlas?**

R: Mám, on mě učí pokoře a pomáhá mi zvládat věci. Já jako věřím tomu, že on mi tenhle hlas, vlastně i Pánbůh jako tak pomohl tím, že na mě tu schizofrenii poslal, abych se dostala z těch sr\*ček, ve kterých jsem byla. On mě tenhle hlas vlastně nakopal do pr\*ele s prominutím. Pomohl mi vstát. To bylo ve chvíli, kdy jsem už nevěřila, že se můžu dát dohromady.

**V: Co ti pomohlo najít tenhle náhled?**

R: Ty jo to nevím, vím, že jsem si to jako znova uvědomila teď v té terapii na Magdě, ale nějak jsem to jako tušila už dřív. Kde se to ale na začátku vzalo to nevím. No jako takhle on mi pomohl tím, že na mě seslal tu schizofrenii, abych si uvědomila ty věci, abych si pomohla já sama. Ale nevím, kdy jsem si tohle poprvé uvědomila, na to se mě ten terapeut taky ptal, ale nevím. Jednu dobu jsem na tohle ale zapomněla a s ním jsem si na to zase vzpomněla. Jako vlastně první, co jsem slyšela bylo: „udělej si pořádek ve svém srdci.“ To jsem ho i viděla na nebesích tenkrát. To byl ten prvotní Bůh, kterej na mě byl seslanej. Prostě do mě ta víra prostoupila. Mně ta schizofrenie vlastně zachránila život, takhle já to teď vidím. A je dobře, že už do smrti ty hlasy budu mít, to je dobře a už mě nikdy nenapadne si dát nějakou drogu, nějaký svinstvo.

R: Zároveň ten Bůh prostě pomáhá tak, aby nebylo vidět, že pomáhá. Proto to u mě bylo takhle dramatický a těžký přes ty všechny hlasy. On nemůže být prostě jen hodnej. Zároveň by si lidi záviděli, že jednomu pomáhá a tak. Proto pomáhá skrytě a tak jako drsně.

**V: Je tenhle tvůj Bůh křesťanský?**

R: Asi jo, asi určitě. Já vyrůstala v křesťanský rodině. Přemýšlím teď o vstoupení do nějaký církve.

**V: Děkuju, to je krásný. Ted' se Tě zeptám, co Ti podle Tebe nejvíce pomohlo na cestě k tomu, jak je Ti teď'?**

R: Léky a já. Ne, jako psychiatři a celej ten personál v blázinci. Ty mi prostě hrozně pomohli, bez nich bych byla úplně zblázněná. Potom, co jsem se stabilizovala, tak mi pomohl hodně režim, jakože ta spánková hygiena, pravidelně chodit spát a vstávat, to je prostě hrozně dobrý. Jsem pak míň unavená. Ta únava je hrozná na ty hlasy. V 7 léky a v 8 dobrou noc.

**V: Jaká je Tvoje zkušenost s psychoterapií?**

R: Jee výborná.

R: Jakože v těch Bohnicích tam mně to až tolik nevyhovovalo, protože to bylo jenom ve skupinách, a to mi trochu vadilo. Bála jsem se tam sdílet něco osobního, jak se tam ty lidi furt točili, tak jsem nechtěla řešit ty svoje osobní věci. Taky já jsem tam byla mezi zdravějma, jakože na těch závislostech a tam ty lidi neměli tyhle psychický potíže jako já. Já jsem třeba chtěla mluvit o těch hlasech, ale to tam nikdo nechápal a já jsem byla za blázna, tak jsem radši nemluvila vůbec.

R: Jinak potom jako s tou osobní terapií mám jenom výborný zkušenosti, hlavně z té Magdaleny.

**V: Co se v terapii změnilo? Co se v tobě změnilo/ kam se to posunulo/ neposunulo?**

R: Hodně mi pomohlo, když jsem si udělala trochu pořádek s těma hlasama. Tam jsme konečně rozebírali, co to znamená, jak si to vykládám a tak. Pomohlo mi to zase najít novej pohled na hlasy a jako takovej vztah. Jako občas je to nepříjemný ta terapie, protože P. občas šťourá na místa, kde to jako úplně ho nechci mít, tak to je nepříjemný, ale nakonec to pomůže. Bez toho bych asi byla úplně jinde.

R: A s těma bludama to bylo těžší, tam se přiznám, že mi to pomohlo tak jako napůl s těma lékama asi. Jakože rozebrat to bylo hrozně příjemný. To jsme rozebrali i na skupině, že mi máma škodí a to, ale prostě furt jsem to tam měla. To přesvědčení, i

když mi říkali, že je to iracionální tam pořád bylo. Ale nakonec mi to pomohlo v tom, že ještě během tý léčby, než mě zavřeli jsem se odhodlala mámě zavolat. To bylo hrozně důležité. Jsem se jako trošku utvrdila, že to tak není. Nalomilo mě to, za což jsem fakt ráda.

**V: Byl nějaký moment/y v té terapii, které považuješ za důležité pro léčbu/ fungování?**

R: Tak to zažívám každé individuál. Popravdě, si teď ale musím vzpomenout, abych to říkala konkrétně.

R: Ale jako vyloženě jako z čeho těžím, tak to bylo to, co už jsem říkala, jak už jsem to věděla, ale v průběhu let jsem to zapoměla. Tak jak jsme přišli na to, že jsem zapoměla na to proč to ty hlasy dělají. Prostě když mě štvou, je v nich zlost nebo mě provokují, tak je to vždycky nějaký ukazatel na to, co se týká mě. Na něco, co je ve mně jakoby špatně nebo něco, na čem bych jako měla ještě zapracovat. Ale že mi jako ukazují, kde, co mám řešit. Takže když se mě ty hlasy jakoby něčím dotknou nebo je to něco, co je zlý, tak nemám nadávat na ty hlasy, ale mám se zamyslet nad sebou, co se to tam jako děje, proč říkají zrovna tohle. Jakoby kde je ten důvod toho, proč se mě to dotýká jo.

**V: Jak jste k tomuhle došli?**

R: To já úplně neumím říct, tohle prostě jako s tím terapeutem.

**V: Řekla bys mi k tomuhle nějaký příklad?**

R: No třeba to s tou ségrou. Prostě jak se mi furt vrací ten její hlas a ty výčitky kolem ní, tak to asi znamená, že bych to chtěla řešit, že bych to její rozhodnutí chtěla nějak ovlivnit. Tak to jsem se pak rozhodla, že to vezmu znova na individuál, abych se v tom porýpala a nějak se toho zbavila a nakonec když jsem se takhle rozhodla, tak vlastně mě to přestalo úplně trápit. Prostě když jsem se rozhodla, že se tomu postavím, a že rozhodnutí ségry nemůžu ovlivnit, tak to ze mě nějak spadlo a smířila jsem se s tím, že to její rozhodnutí prostě nemůžu ovlivnit. Dřív jsem se vztekala, ale teď už je to lepší.

R: Jsou dobrý ty terapie. Kolikrát se zapovídám a uteče to ani nevím jak. Hodně mě to posunulo.

**V: Bavíte se i o konkrétních situacích, ve kterých máš ty hlasy?**

R: Jo, ale třeba víc obecně, já si to totiž nepamatuju. Já vždycky vím, že mi něco říkaly, ale hned zapomenu co. Takže když třeba pracuju, tak oni si povídají a já je tolik nevnímám, protože se pak nemůžu soustředit. Mí i P. (terapeut) říkal ať si to zkusím zapisovat, ale to mi nějak nešlo. Jako jde mi to, když s nima něco přímo rozebírám, to pak taky řešíme.

**V: Jaký byl terapeutický vztah?**

R: No hodně zajímavě. Já se snažím to držet. Jako takhle, to je dost intimní, ale řeknu ti to. Já se prostě bojím, že když ten náš vztah bude hodně osobní, že se mi stane taková nemilá věc, jako že se do něj zamiluju. Nebo něco prostě. On mi hodně pomůže a já ho za to začnu milovat. Kvůli tomu se to snažím držet na míň osobní rovině, aby se tohle nestalo. Víím, že tohle jako brzdí tu terapii, ale bojím se toho.

**V: Takže by ti vyhovovalo, kdyby terapeut byla třeba žena?**

R: Přemýšlela jsem o tom, ale zase nechci přijít o toho P. On mi fakt moc vyhovuje, ale mě už se to stalo ve vězení s psychologem, do toho jsem se bezhlavě zamilovala. S tím jsem nemohla nic řešit, protože jsem se styděla. No a teď se bojím, aby se to nestalo znova.

R: Ale jako mimo to mi prostě pomáhá, že s ním můžu mluvit o všem a já se vypovídám. On mě poslouchá a mě se pak uleví, že to můžu někomu říct. Že se ho nebojím a věřím mu, to je určitě důležité.

**V: Jaký je podle Tebe ideální terapeut pro lidi s podobným příběhem?**

R: Tak to nevím teda... No ale jako určitě, aby měl nějaký psychiatrický znalosti, jako o těch nemocech. To je důležité, aby trochu tušil, co se mi děje. Ale zároveň, aby mi nedělal takový to „to jsou halucinace, to není reálný, to je jenom psychóza.“ Ten byl blbej. To mi vůbec nepomáhalo, spíš naopak. To jsem pak měla pocit, že s tím nemůžu nic dělat a jsem vydaná všemu napospas. No že potřebuju, aby se mnou o tom mluvil a bral to.

R: A že mě prostě vyslechne, to je strašně dobrý.

R: Jo a von je takovej rozebírač. Jakože vždycky se tam šťouráme v takových i detailech a to mně pak hrozně pomáhá. Jakože někdy jsem taková špatná, ale vždycky to pak někam vede, takže jako aby šťoural no.

**V: S jakými způsoby intervence (skupiny SH, otevřený dialog, komunity, terapie) máš zkušenost?**

R: Terapie z Bohnic, ale to bylo jako skupina, arteterapie, skupiny Slyšení Hlasů, Krizáč (Krizové centrum), Pobyty, Magda (terapeutická komunita), jo a ve vězení jsme měli psychologa

**V: Jaká je Tvoje zkušenost s nimi?**

R: Arteterapie mi vyhovovala, jak kdy. Oni mi občas říkali, že z těch obrázků mám ve všech hroznej bordel, a že jsem blázen. Ale pak jindy to bylo zase hezký, že mi k tomu někdo řekl něco, co fakt sedělo. Tak hodně záleželo na tom, kdo to vedl.

**V: Aha to mě mrzí, že to někdy bylo takový. Řekla bys mi něco k těm dalším?**

R: Tak k tý terpii už jsem říkala. Ta individuální je úplně skvělá, ale ta skupinová mi nevyhovuje, tam se spíš bojím něco říkat a nechci se tam tolik jakoby otevírat lidem kolem. Ta skupinová terapie je taková zvláštní to máme i na Magdě, ale naštěstí máme i ty individuály.

R: Ale zase skupiny Slyšení hlasů jsou super. Tam se můžu vypovídat jako o těch zkušenostech a je super, že jsou lidi, který mají taky takový zkušenosti, že slyší ty hlasy taky. Na mě vždycky lidi koukají, jak na blázna, když to někde řeknu jinde. Takový to, jak si vždycky říkáme „jooo no jooo, to mam taky“ to je fajn. A taky mám pocit, že jsem si tam vlastně našla kamarády, tak bych s nima ráda byla v kontaktu i mimo.

R: Magda (terapeutická komunita) mi fakt pomohla. Vždycky mi tam pomáhají i s věcma mimo ty terapie, že v tom nejsem tak jako sama. Jsou hrozně ochotný a já díky nim mám i schovaný věci, když jsem šla do vězení. Nebo pro mě třeba přijeli pak do vězení, že jsem to nemusela řešit. Prostě tam tak pomáhaj se vším. A pak taky jezdíme na ty pobyty, a to je úplně super, že máme takový nový věci, odpočineme si, ale zároveň to není stresující. Taky mi vlastně v Magdě zařídili tu práci teď, a to je hrozně dobrý, protože se tam nebojím, že něco pokazím a vyhodí mě.

**V: Ještě si zmiňovala ten krizáč...**

R: Krizáč mi pomohl, když jsem fetovala a měla jsem ty hlasy, že jsem tam mohla volat a nemusela jsem nikam chodit, aby mě neodsuzovali. Já jsem byla v tý psychóze hrozně paranoidní, tak jsem nechtěla nikam jít, tak to bylo dobrý.

**V: Moc děkuju. Jak nahlížíš z Tvoji zkušenosti na ty zmíněný nefarmakologické postupy v rámci léčby?**

R: Jako je to hodně důležitý určitě, ale dřív jsem tomu moc nevěřila. Vlastně jsem ani moc nechápala, co to jako je ty skupiny a terapie, nevěděla jsem k čemu by to mohlo být dobrý. Ale teď už tomu rozumím. Ale jsou teda hodně důležitý i ty léky. Že jako ta práce je s nima lepší, jestli to dává smysl. Že na tý terapii se teď i učím, jak jim nedávat tu pozornost, že to jako sledujeme společně a tak. Ráda se s těma hlasama bavím, to jo, ale někdy mi to zasahuje třeba do práce, takže je dobrý, že mi někdo pomáhá tomu jako nepodlehout.

**V: Takže to hodnotíš jako pozitivní zkušenost?**

R: No jasně, úplně. Jen ta skupinová terapie nic moc.

**V: Kdybychom si daly na takový pomyslný váhy - tu farmakologickou a nefarmakologickou léčbu, jak si myslíš, že pomohly tyhle postupy?**

R: No tak půl na půl asi. Jako hodně mi pomohla ta terapie, ale i ty prášky. Že těma práškama jsem se jako stabilizovala a ten zbytek mi pomáhá fungovat a nějak se s tím i smířit. Dává to tak smysl?

**V: Naprosto. Jaké z těch postupů jsou podle Tebe nejužitečnější?**

R: No určitě ta individuální terapie, to bych mohla mít furt.

**V: Jaká byla role Tvého okolí v rámci té Tvoji cesty?**

R: To přijetí je dobrý v tý komunitě. Ale doma se mnou o tom máma nechce mluvit. Vždycky když začnu mluvit o schizofrenii, tak odvarcí konverzaci a nechce to slyšet. Já si ale myslím, že kdyby mě vyslechla jo, tak že by se toho třeba tolik nebála. Moc nevím, co s tím dál. A ségra a táta ty se se mnou vůbec nebaví, ty mě úplně zavrhlí, ale to už jsem říkala.

**V: Kdybys chtěla mám příručku pro rodiny schizofreniků, tak Ti to můžu půjčit.**

R: Jee to by bylo super, to by mohlo zabrat. Protože ona se toho hrozně bojí. Ono by bylo dobrý, že by třeba zavolala psychiatřiče nebo terapeutovi a oni by jí to vysvětlili.

**V: Myslíš si, že kdybys měla podporu rodiny, že by to celý probíhalo jinak?**

R: Určitě. Nebo nevim, bylo by to hladší a třeba bych si ušetřila nějakou hospitalizaci, ale zas aby to nebylo moc jednoduchý že jo. Ale kdybych měla tu podporu, tak bych nemusela bát, že nezaplatím nájem a šla bych rovnou na ten Ondřejov no.

**V: Co bys doporučila jiným lidem s diagnózou schizofrenie?**

R: Ať jde k psychiatrovi a bere pravidelně léky. Jakože on někdo prej i funguje bez nich, ale pro mě to je základ. A když mu nabídnou ať jde do Ondřejova, tak ať tam jde, ať se toho nebojí.

**V: Je ještě něco, co považuješ za důležité k tomuto tématu, na co jsem se případně nezeptala a stálo by to podle tebe za zmínku?**

R: Asi jen, že kdybych nebyla v Magdě, tak se asi vůbec nedostanu k takový péči. Jako kdybych šla na Ondřejov asi. Ale jako znám spoustu lidí, který nikam nechodí, co mají taky schizofrenii. Je to jako celkem drahá sranda, když člověk nedostane doporučení a nejde na pojišťovnu. Taky byl problém, že jsem o těch jiných možnostech léčby nic nevěděla.

**V: A po hospitalizaci Ti nikdo nic nedoporučil?**

R: Ne to vůbec, to mi řekli jenom ať si najdu ambulantu, ten mi taky nic neřekl, to jsem pak měla štěstí s Magdou.

**V: Dobře, jsme tedy u konce. Ještě jednou Ti moc děkuju, vážím si toho.**

## **Příloha č. 7: Přepis rozhovoru č. 4**

### **PŘEPIS ROZHOVORU**

**25. 11. 2022 - Praha**

**1 hod. 16 min.**

**O. V. – 32 let**

R: respondent

V: výzkumník

**V: Na začátek bych ráda ještě jednou zopakovala, že všechny otázky, stejně jako rozhovor jsou dobrovolné. Kdyby Ti byla kterákoli z nich nepříjemná, pak se mi to neboj říct. Pokud nebudeš chtít odpovídat nemusíš. Pro účely transkripce rozhovor nahrávám, pokud bys chtěla nahrávání zastavit, prosím řekni mi to. Kdyby Ti nebylo dobře, pak můžeme rozhovor kdykoli ukončit.**

**V: Otázky jsou hodně otevřené, zajímá mě Tvůj příběh, Tvůj názor, nejsou žádné správné nebo špatné odpovědi. Můžeme se do toho tedy pustit?**

R: Ano, Ano...

**V: Dobře. Vyprávěj prosím, jak to probíhalo od doby, kdy Ti byla sdělena diagnóza.**

R: Je to vlastně 3 roky zpátky. Vlastně ty hlasy a vizuální halucinace, kterejma já trpím už mě ubíjely natolik, že jsem se musel nechat hospitalizovat v Bohnicích. Tam mi byla diagnostikovaná teda schizofrenie a začal jsem brát léky na to a ty hlasy se víc ztišily. Už jsem si od nich dokázal i trochu odpočinout, aby mě to nebudilo třeba. Tam jsem nějak strávil pár měsíců. Pak jsem byl znova ještě v NUDZU, tam jsem pak chodil i do stacionáře. Pak jsem začal pracovat v chráněný kavárně.

**V: Aha, aha, to bylo, po jaký době od hospitalizace?**

R: Já jsem byl nějaký ty měsíce (asi 3) v Bohnicích, pak dva měsíce v NUDZU. Pak tam jsem 3 měsíce chodil do stacionáře, a tam mi zprostředkovali tu chráněnou práci v Pátý koloně.

R: Když jsem pak začal takhle pracovat, tak mi ty hlasy začaly dávat víc a víc pokoj. Nejdřív to byla ta kavárna a pak jsem dělal zahradníka. Všechno to bylo v rámci chráněný práce, takže to bylo fajn a měl jsem i čas na sebe.

R: Vlastně od té doby mě ty hlasy tolik neotravují, nebo jako nejsou tak intenzivní na denní bázi. Hodně se vrací, když nejsem v pohodě psychicky, jakože jsem z něčeho ve stresu nebo když piju. Ale to je docela dobrý, že pak řešíme i s terapeutkou, protože já si vždycky připadám jako úplnej blázen, když jsou ty hlasy silný. Prostě obecně už mám teď ty hlasy takový slabý, když se nic neděje. Někdy si říkám, jestli si tam ty hlasy sám nevkládám...

**V: Děkuji, teď Tě poprosím, zda bys mi prosím popsal nejtěžší moment nebo momenty od sdělení diagnózy.**

R: Jako před tou hospitalizací bylo blbý, že jsem si myslel, že jsem vyvolenej, a že se kolem mě vše točí a všechno se mě týká. No a ty hlasy mě v tom ještě hrozně moc podporovaly, což vlastně bylo občas i dost příjemný. Jsem si myslel, že se o mně točí i filmy a tak. Ale pak to došlo do chvíle, kdy jsem měl pocit, že se dusím, že mi všichni ubírali ten můj vzduch a bylo hrozně. Báł jsem se to i někomu říct, protože by si všichni mysleli, že jsem se zbláznil. Kromě toho, že mě ty hlasy tak přebíjely, že od nich nešlo utéct, tak byl problém s tím dýcháním. Takže to došlo do fáze, kdy jsem musel jít do Bohnic, už to dál nešlo.

**V: To byl Tvůj vlastní impulz?**

R: Byl. Už to nešlo šel jsem tam sám. Nejhorší bylo, že jsem se cejtil tak zle ve své kůži, jako kdybych měl vzteklinu. Prostě jsem bylo obalenej něčím a nevím čím. Jsem byl u kámošky a měl jsem úplně strach, abych to na ní nehodil. Já jsem jí to pak řekl, tak jsme si promluvili a mně se trochu ulevilo, že mě někdo vyslechnul, že ze mě trochu spadnul ten strach, tak jsem se nechal hospitalizovat.

**V: Moc děkuju. Napadá Tě ještě něco k téhle otázce?**

R: Noo vlastně jo to jsem zapomněl. Třeba to, jak jsem jel v autě a oni ty hlasy na mě křičely, že se zabiju, že nabourám a zabiju lidi kolem, to bylo hrozný, jak jsem tam s nima byl sám, nemohl jsem nikomu zavolat, všichni by ze mě udělali blázna. Tak jsem zaparkoval to auto na Václaváku, dostal jsem pokutu. Zpětně si říkám, že kdybych šel třeba na nějaký ten krizáč nebo do nemocnice dřív, tak by to asi bylo lepší. Pro mě bylo hrozný, jak jsem v tom byl sám a nikomu jsem nemohl nic říct. Teď už jako říkám psychologce všechno a vím, že je to pro mě pak jenom dobrý, ale dřív to jsem to nevěděl, to jsem si myslel, že mě všichni odsoudí.

**V: To mě moc mrzí, to muselo být těžký.**

R: Ještě jsem si taky vzpomněl, že během té hospitalizace mně nebylo úplně dobře i kvůli některým lékařům. Mě úplně překvapilo, jak drsný na mě byli. Já nevím, asi je to taky potřeba, ale já jsem se jich pak spíš bál, než abych s nima jako sdílel, co se děje. To samý se sestrama. Jsem se hrozně bál si o něco říct, aby mě nesetřely. On si ten personál z nás občas dělal srandu, jakože jsem viděl, jak se smějou, když jsem jim třeba říkal, že vidím ty obrazy v nebi. To bylo hrozně nepříjemný. Já už jsem o tom pak nemluvil a seděl jsem celý dny u okna a koukal do nebe.

**V: Já Ti moc děkuju a přesuneme se k další otázce, jestli je to takhle v pořádku.**

R: Jako chci ještě říct, že vlastně po té hospitalizaci to bylo o hodně lepší. Mně hodně přišlo dobrý, že jsem ty hlasy jako furt slyšel, ale už jsem je bral, tak jako vzdáleně. Že jsem pak tak nějak víc věděl, že na mě už nemůžou.

**V: Aha, to je super. A co si myslíš, že Ti k tomuhle pomohlo?**

R: No jako určitě ty léky. Že jak jsem je začal brát, tak ty hlasy nebyly tak hlasitý. Ale třeba to, že už nějak tak jako rozumově vím, že na mě nemůžou a ta jako práce s tím strachem to jsme hodně dělali s tou psychologkou v NUDZU, ale nevím, jestli za to taky nemůžou ty léky. Možná je to směs všeho no.

**V: Děkuju moc. Popsal bys mi prosím naopak nejlepší období nebo nějaký zlom v rámci léčby?**

**V: Může jich být i víc.**

R: Určitě to, když ty hlasy víc ustoupily. I když to byla někdy celkem jízda, tak to nešlo takhle fungovat dlouhodobě jo. Ty hlasy mě pak přebíjely a už to bylo moc.

R: Promiň, já furt koukám támhle, já tam vidím takový světýlka...

**V: Chceš si dát chvíli pauzu a odpočinout si? Můžeme to přerušit...**

R: Ne ne. To je dobrý mně to vlastně pomáhá takhle si tebou povídat, jen abys nebyla zmatená, že tam koukám...

**V: To jsem ráda, že je Ti tady dobře...**

R: Hodně mi pomohlo začít pracovat a chodit mezi lidi. Dřív jsem se hrozně bál, že na mně všichni poznají, že jako nejsem normální. Důležitý je, že teď už funguju fakt sám. Mně hrozně pomáhá, že s těma lidma v práci můžu ten čas trávit. Je mi prostě mnohem líp, když můžu něco dělat a převádět tu pozornost jinam. Pro mě je úplně nejhorší představa, že bych seděl doma a nic nedělal. To by mě ty hlasy úplně zabily. Vždycky když jsem sám, tak se ozývají, teď kdybych šel na záchod, tak je uslyším, teď když tu jsem s tebou, tak nic neslyším.

R: Taky je pro mě dobrý vidět, jak se jako zlepšuju. Ten můj stav teď se vůbec nedá srovnat s tím, jak to bylo dřív. Chtěl bych zkusit vysazovat léky, ale můj psychiatr je hodně proti tomu. Ale já měl jenom jednu tu ataku a od té doby ty hlasy umím řídit a bludy snad ani nemám. Já prostě nechci celý život ty léky brát, aniž bych to někdy zkusil bez nich. Já jsem si o tom i četl, že se to dělá, že když se to nevrací, tak se může začít vysazovat, ale to nevím, co o tom víš, protože mně od začátku všichni říkali, že už to budu brát furt. A to už já nechci.

R: Já jako věřím, že mi ty hlasy i něco přinesly. To jsem zrovna řešil na terapii s tou psychologkou teď, že mi vlastně pomohly víc pochopit sebe.



R: Jsem taky přišel na to, že když jsem slabej, tak jsou silný (hlasy), a když jsem silnej, tak jsou slabý. Když cejtěj, že slábnu, tak se přivalej. Když jsem silnej, tak zbaběle utečou. Tak si vlastně říkám, že když budu pracovat na tom, abych byl silnej, aby mi bylo dobře, tak tu ty hlasy nebudou, tak by to takhle mohlo fungovat bez těch léků.

R: Vlastně je hrozně důležitá ta podpora. Jakože ze všech stran. Teď nemyslím jenom psychoterapii a tu práci, co mi sehnali, ale i táta s bráchou. Já jsem se dřív hrozně bál o těch věcech mluvit, a to mě ubíjelo. Ten proces mi nějak ukázal, že to je lepší říkat ty věci, a že tu podporu jako dostanu. To je hodně důležitý.

**V: Děkuju. Teď se Tě zeptám, co Ti podle Tebe nejvíce pomohlo na cestě k tomu, jak je Ti teď?**

R: Jako ta medikace a pak určitě vztahy s tátou a bráchou. Celý to okolí jakoby. Se třeba můžu zeptat táty, jak moc jsem mimo, jakože jestli je vidět, že se něco děje. Tak mi kromě toho, že mě podporujou dávají i takovou zpětnou vazbu.

R: Takže rodina, léky, společnost, práce ta chráněná, že mi to zprostředkovali...

**V: Jaká je Tvoje zkušenost s psychoterapií?**

R: Ze začátku byla hodně špatná. To první bylo takový hrozný vyprávění o členech rodiny a vlastně jsme se vůbec nedostávali ke mně. Já už jsem nechtěl se v tom takhle šťourat a on do toho furt jel, jako kdybych tam vlastně nebyla já, ale jen ta moje rodina. To o tom se vlastně nechci vůbec bavit. Mně z toho bylo hrozně špatně z té terapie.

R: Teď chodím už docela dlouho do NUDZu k té psycholožce, a to už je dobrý. Už řešíme mě.

**V: Co se v terapii změnilo? Co se v tobě změnilo/ kam se to posunulo/ neposunulo?**

R: Ona mi hodně zprostředkovala ty kontakty na práci a tak, to je určitě důležitý.

R: Teď hodně probíráme vztahy s ostatními i to, že bych chtěl mít nějaký partnerskej vztah, takže hodně na tomhle pracujeme teď. Já doufám, že když si někoho takhle najdu, tak mi bude mnohem líp. Že vlastně pak nebudu vůbec sám, že nebudu dávat tu pozornost těm hlasům, ta samota mi nedělá dobře, protože se pak začnou objevovat hlasy a já se na ně soustředím. Takže si myslím, že bych se mohl třeba vyléčit i s tím vztahem.

R: Potom taky hodně to, že mám na sebe velký nároky, že jako jsem úplně nebyl schopnej přijmout nějaký ten handicap. Teď už je to lepší. Už to víc vím a dávám si na to pozor.

R: Ona mi vlastně strašně dodala důvěru v lidi a v celej ten proces. Takový důležitý je, že teď prostě jí to všechno říkám, co se děje. Dřív jsem se toho hrozně bál, přitom jsem tu pomoc potřeboval, ale bál jsem se jí.

**V: Řešili jste nebo řešíte i hlasy?**

R: Teď tolik ne, protože mě tolik netrápí, ale dřív jo. Akorát tam je blbý, že to bylo hlavně v době, kdy jsem chodil na ECT, takže si toho moc nepamatuju, ale jako vím, že ona byla první člověk, se kterým jsem je nějak víc rozebíral. Mí přijde, že se vždycky doktoři ptali jen jestli je mám nebo ne a víc je to nezajímalo. Takže tady jsme to probrali, ale jak říkám, byl to po ECT, tak asi o tom neumím úplně mluvit.

**V: Děkuju. Byl nějaký moment/y v té terapii, které považuješ za důležité pro léčbu/ fungování?**

R: Já to asi neumím úplně takhle říct. Jakože mně to dává smysl jako takovej dlouhodobej proces, jestli to takhle stačí...

**V: Určitě, chápu. Řekl bys mi, jaký byl terapeutický vztah?**

R: Mně vyhovuje, že jsme podobně starý, a že s ním prostě můžu řešit, co chci. Že ten vztah je takovej rovnocennej, že se nade mě nepovyšuje, jako to bylo třeba u té hospitalizace v Bohnicích. Takže to mě jako u toho vztahu napadá.

R: Je taky dobrý, že nějak cejtím, že jí můžu věřit.

**V: Jaký je podle Tebe ideální terapeut pro lidi s podobným příběhem?**

R: Aby věděl, co dělá. No a asi, aby taky nějak jako člověk si sedl s tím terapeutem. A vlastně abych tomu člověku mohl nějak věřit, že já se hodně bojím lidí, jak na mě koukají, co si myslí, že si myslí, že jsem mimo a tak. Tak na tý psychoterapii se toho nebojím. Že tam mám i takový ujištění, že mě neodsuzuje.

**V: Děkuju.**

**V: S jakými způsoby intervence (myslím skupiny, komunity, terapie...) máš zkušenost? Víš, že o terapii jsme se teď bavili, takže spíš, jestli jsi zkoušel něco dalšího.**

R: Chodil jsem na skupiny při hospitalizaci a ve stacionáři, pak jsem chodil do fokusu, ta terapie tu už jsem říkal, ještě bylo dobrý, že párkrát jsme měli takový sezení s rodinou, to bylo hrozně dobrý... Pak sport nebo jako pohyb... Ta chráněná práce, jestli se teda počítá. A to krizový centrum. A v tom stacionáři jsme ještě dělali takový cvičení na počítači na paměť a jiný věci. jmenovalo se to nějak na K...

**V: Nebyla to kognitivní rehabilitace?**

R: Joo to je ono! No a to mě bavilo a přišlo mi, že se v tom jako vždycky zlepšuju a i mi to říkala ta terapeutka, tak to mi vždycky udělalo radost. A myslím, že jsem se i trochu jako zrychlil potom jestli mi rozumíš... Jakože mi to víc myslí.

**V: Rozumím... Jaká je Tvoje zkušenost s těmi intervencemi?**

R: O tý psychoterapii už jsem mluvil...

R: No třeba to rodinný bylo hrozně dobrý, že jsme si tam jako vzájemně říkali, co cítíme a nějak jsme se na sebe tak jako napojili, jestli je to možný takhle říct. I mi přišlo, že tak nějak víc pochopili, co se mi to teda děje.

R: Stacionář mi pomohl, že mi spolu s tou terapeutkou řekli, kam můžu jít a tak. Tam byla i ta rehabilitace ta K něco, to už jsem říkal, to bylo dobrý.

R: Ta práce je strašně důležitá, já jsem fakt rád, že mi to umožnili, já bych se doma sežral, to by nešlo bez toho, ale o tom už sem vlastně mluvil předtím, tak to nebudu znova rozebírat...

**V: Ještě jsi zmiňoval tu krizovou intervenci...**

R: Joo tam jsem byl asi 2x, a to bylo dobrý, že to bylo hned. Že když jsem potřeboval, tak jsem tam mohl jít, ale už úplně nevím, co jsem tam řešil...

**V: To vůbec nevadí, moc děkuju. Jak nahlížíš z Tvoji zkušenosti na ty nefarmakologické postupy v rámci léčby? To, co jsme teď rozebrali.**

R: No já to beru jako důležitý. Že prostě mě to hodně vrací zpátky do společnosti, jak už jsem říkal no...

**V: Jaké jsou podle Tebe nejužitečnější?**

R: Pro mě je nejdůležitější ta terapie určitě a práce. A ještě, že mě teď bere to okolí, ale nevím, jestli se to počítá.

**V: Kdybychom si dali na takový pomyslný váhy - tu farmakologickou a nefarmakologickou léčbu, jak si myslíš, že pomohly tyhle postupy?**

R: No, jak jsem říkal, že to hodně záleží na tom mým rozpoložení. Já si teď umím představit, že bych ty léky vůbec nebral, ale to bych nesměl trávit skoro žádný čas sám. Takže asi záleží kdy.

**V: Jaká byla role Tvého okolí v rámci té Tvoji cesty? Víš, že už si o tom hodně mluvil, ale jestli k tomu chceš ještě něco říct...**

R: Jako ta rodina je důležitá, jak je to teď, ale nebylo to tak vždycky, ale jako vlastně mě podporují doma a když potřebuju, tak mi pomůžou to je dobrý. Jako kdyby mě někdo odmítal, tak by mi to bylo asi hodně líto.

R: Ale jako kamarádi mě opustili, oni se mě asi bojí, nebo tomu nerozumím. Jakože kamarádi z dřívějšíka, to mě hrozně mrzí, chybí mi.

R: Jsem rád za tu chráněnou práci, že se nesetkávám s tím stigmatem, že se lidi bojí, ale tam u nás je to normální.

**V: To mě mrzí...**

**V: Co bys doporučil jiným lidem s diagnózou schizofrenie?**

R: Neříkat každému na setkání, jak jsou nemocný, protože se vylekají. Ale říkat to odborníkům nebo lidem, který mají podobnou zkušenost. Pak, že léky jsou dobrý, ale já jsem vlastně zároveň hodně proti lékům jo. Já to beru tak, že je to, aby

člověk netrpěl, tak ho oblíbím a už se s ním nebavím a je to, to mě hrozně štvalo při té hospitalizaci v Bohnicích. Že mi jako některý emoce úplně vymazali způsobem lepší žádný než nepříjemný, pak člověk slintá a tak, no je to nepříjemný.

R: Určitě taky považuju za důležitý chodit na psychoterapii a říká mi to teď naštěstí i doktor. Jako oni dřív mi o tom ani neřekli, že můžu, já jsem měl vlastně celkem štěstí jo. Hodně lidí u nás v práci k psychologovi takhle nechodí.

R: Je podle mě potřeba být otevřený i těm alternativním věcem a naslouchat okolí.

R: To bych hodně doporučil – naslouchat okolí, že to člověka může i přivést zpátky z té psychózy.

**V: Je ještě něco, co považuješ za důležité k tomuto tématu, na co jsem se případně nezeptala a stálo by to podle tebe za zmínku?**

R: Já si chci dát život do pořádku tak, abychom mohli zkusit snížit ty léky. Takže prostě jsem se teď rozhodl, že na sobě budu jako pracovat, aby to mohlo jít, abych byl v pohodě.

**V: Tak jo... Moc Ti děkuju, vážím si toho...**

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno a příjmení autorky:** Anežka Ponděliková

**Studijní program:** Psychologie

**Název práce:** Nefarmakologická intervence v rámci léčby schizofrenie

**Vedoucí práce:** Mgr. Ing. Eva Dubovská, Ph.D

**Rok dokončení práce:** 2023

**Počty znaků hlavního textu práce (včetně literatury, bez příloh)**

**Přímé citace:** 11 378

**Ostatní text:** 90 451

**Celkový počet znaků:** 101 829

**Počet pramenů a literatury:** 61

**Názvy souborů:**

**Text práce ve formátu PDF:** BP\_Pondelikova\_pdf

**Text práce ve formátu DOC nebo DOCX:** BP\_Pondelikova\_docx

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

Jméno a příjmení studenta/-tky: Anežka Pondělková

Obor studia: Psychologie

Název práce: Nefarmakologická intervence v rámci léčby schizofrenie

Vedoucí/oponent\* práce: Mgr. Ing. Eva Dubovská, Ph.D.

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): 56

Počet stránek příloh: 34

Počet titulů v seznamu literatury: 61

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

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

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

Oborová příslušnost tématu

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

Originalita tématu a jeho zpracování

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

**Formální zpracování**

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

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

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

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

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

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

**Metody práce**

Vhodnost a úroveň použitých metod

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

Využití výzkumných empirických metod

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

Využití praktických zkušeností

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

**Obsahová kritéria a přínos práce**

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

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

Naplnění cílů práce

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

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

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

Návaznost kapitol a subkapitol

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

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

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

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

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

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

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Co je podle vás pro pacienty, kterým byla diagnostikována schizofrenie, nejtěžší? Jaké případné změny systému péče o tyto pacienty byste navrhovala?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Teoretická část práce představuje problematiku schizofrenie a její léčby s důrazem na nefarmakologické metody léčby. Text je vypracován zralým, kompetentním stylem, kompozice je přehledná, věcná a informačně bohatá, za použití nadstandartního objemu odborné literatury.

Praktická část práce si klade za cíl porozumět zkušenosti s nefarmakologickými intervencemi z pohledu čtyř osob, kterým byla diagnostikována schizofrenie. Oceňuji náročnost získání participantů a kvalitu provedení rozhovorů.

Metoda tematické analýzy je aplikována pečlivě a výsledky jsou zajímavé a čtivé, práce přináší nové perspektivy ohledně zkoumané otázky. Oceňuji také kvalitní diskusi a samostatný a iniciativní přístup autorky k provedení práce.

Práce je vhodná k publikaci, například v časopisu Psychoterapie (MUNI), s publikací ráda pomůžu.

Silné stránky:

- extenzivní práce s odbornou literaturou
- náročnost získání vzorku
- pečlivě provedená analýza, zajímavá zjištění

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

Navrhovaná klasifikace:

**Výborný**

Datum, podpis:



\* nehodící se, škrtněte

## Posudek oponentky bakalářské práce na Pražské vysoké škole psychosociálních studií

Jméno a příjmení studentky: Anežka Ponděliková

Obor studia: Psychologie

Název práce: Nefarmakologická intervence v rámci léčby schizofrenie

Oponentka práce: Mgr. Zuzana Janotková

### Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 70

Počet stránek příloh: 21

Počet titulů v seznamu literatury: 61

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

### Výběr tématu

Závažnost tématu

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

Oborová příslušnost tématu

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

Originalita tématu a jeho zpracování

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

### Formální zpracování

Jazykové vyjádření

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

--	--	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny

(citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

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

Formální zpracování

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

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

### Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

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

Využití výzkumných empirických metod

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

Využití praktických zkušeností

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

### Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice

(samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

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

Naplnění cílů práce

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

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

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

Návaznost kapitol a subkapitol

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

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

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

Vhodnost prezentace závěrů práce

(publikace, referáty, apod.)

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

\* nehodící se škrtněte

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

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jaká byla Vaše reakce, když jste u rozhovoru pozorovala kognitivní deficit respondenta/tky?

Co bylo pro Vás v průběhu realizace výzkumu nejnáročnější?

Bylo něco co Vás u analýzy výsledků překvapilo?

Napadá Vás návrh na kvantitativní výzkum na základě Vašich výsledků?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Studentka si za téma své práce zvolila: "Nefarmakologická intervence v rámci léčby schizofrenie". Teoretická část práce seznamuje s nosnými tématy k dané problematice. Tři hlavní kapitoly: terminologie, schizofrenie a léčba jsou členěny na podkapitoly. Je patrné velmi precizní a systematické zpracování. Např. v kapitole 3. je léčba rozdělena na farmakologickou a nefarmakologickou, kde jsou informace ke všem dostupným formám pomoci. Oceňuji také teoretické zamyšlení nad úskalím farmakologických i nefarmakologických postupů léčby. Za důležité pokládám také informace k možnostem komunitní péče a svépomocného hnutí „Slyšení hlasů“. Výborná práce s odbornou literaturou. Celá teoretická část práce je systematická, čtivá a autorka má velmi kultivovaný projev. Povedlo se jí udělat kvalitní teoretický pohled k dané problematice, který dává dobrý podklad k části metodologické.

Tato část, podobně jako teoretická je rozčleněna na kapitoly a podkapitoly velmi přehledně. Metodologická část postupně seznamuje jak s tématem, tak samotným cílem, hlavní výzkumnou otázkou. Jasný výzkumný postup, správně zvolena metoda k analýze dat /TA/. Velmi se mi líbí samotný scénář otázek k rozhovoru. Nechybí etický rámec práce a reflexe vlastní zkušenosti autorky s tématem.

Po nahlédnutí do přepisů rozhovorů bych ráda vyjádřila, že rozhovory jsou velmi kvalitní, byly vedeny s citem k danému tématu. Vzhledem k tomu, že se jednalo o první zkušenost s výzkumnými rozhovory, tak to nebylo

\* nehodící se škrtněte

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



patrné.

Při samotné analýze rozhovorů studentka přináší podnětná témata. I když některá můžeme předpokládat, jejich výpovědní hodnota je mnohem silnější, když o ní mluví samotní pacienti/ky. Analýza je velmi pečlivá a kvalitní. V neposlední řadě chci poukázat a ocenit velmi důležitou diskusi. V té je patrná schopnost propojit teorii s výsledky a odpovědmi na výzkumnou otázku napříč získanými tématy.

Také je znám odborný vhled autorky práce i v limitech práce, kde sama uvádí, jak bylo těžké získat odpovědi na některé otázky víc, z důvodu kognitivního deficitu.

Celkově je daná bakalářská práce velmi zdařilá, jak po stránce teoretické, tak výrazně po stránce metodologické. Přináší jak důležité informace, tak díky rozhovorům a analýze žitou zkušenost samotných respondentů/respondentek.

Vzhledem k výborné bakalářské práci doporučuji k publikování, nebo jiné prezentaci. Anežce přeji zdařilou obhajobu a navrhuji hodnocení – výborně! Skvělá práce.

Doporučení k obhajobě:

**doporučuji**

Navrhovaná klasifikace: **výborně**

Datum, podpis: 1.5.2023

Mgr. Zuzana Janotková



\* nehodící se škrtněte

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