

Schizofrenie očima klienta a jeho rodiny

Libuše Cézová

Bakalářská práce
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Libuše CÉZOVÁ**
Osobní číslo: **H10151**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Schizofrenie očima klienta a jeho rodiny**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek.
Příprava metodiky průzkumné části.
Realizace kvalitativního výzkumu.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.
Aplikace výsledků výzkumu do praxe.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

GOFFMAN, Erving. Stigma: poznámky k problému zvládnání narušené identity. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. Most: moderní sociologické teorie; sv. 3. ISBN 80-86429-21-0.

LECHTA, Viktor a kol. Diagnostika narušené komunikační schopnosti. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.

MOTLOVÁ, Lucie a KOUKOLÍK, František. Schizofrenie: neurobiologie, klinický obraz, terapie. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-277-3.

PRAŠKO, Ján a kol. Poruchy osobnosti. 2. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-558-5.

VYBÍRAL, Zbyněk. Psychologie komunikace. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-387-1.

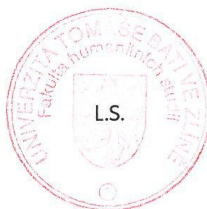
Vedoucí bakalářské práce: **doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.**
Ústav aplikovaných společenských věd

Datum zadání bakalářské práce: **7. února 2013**

Termín odevzdání bakalářské práce: **24. května 2013**

Ve Zlíně dne 7. února 2013


doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 11.3. 2013

..... *Čestmír Čadež*

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydávalečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, učeje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užití či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Cílem práce je zjistit, jak člověk se schizofrenií vnímá tuto nemoc a jak toto onemocnění vnímá klientova rodina. Dalším cílem práce je zjistit, jaký vliv má onemocnění na kvalitu života klienta a na kvalitu života jeho rodiny. Dále se zabývám vyhodnocením subjektivního pohledu na aspekty v oblasti vnímání vlastního zdraví, rodinných vztahů, zaměstnání, trávení volného času a pocitu bezpečí. Práce se skládá z teoretické a praktické části. Teoretická část charakterizuje onemocnění, jeho příčiny, příznaky, vznik, formy, diagnostiku a léčbu. V práci se také věnuji kvalitě života, její definici a pojetí. Praktickou část práce tvoří kvalitativní výzkumné šetření, jehož základem je technika polostrukturovaného rozhovoru.

Klíčová slova: kvalita života, schizofrenie, stigmatizace, komunikace, rodina, klient

ABSTRACT

The aim of the bachelor thesis is to determine how the patient with schizophrenia perceives his disease and how the disease is perceived by the client's family. Another aim is to investigate the influence of the disease on quality of life for clients and the quality of life for his family. I also deal with the evaluation of subjective perspective on aspects of self-perception of health, family relationships, employment, leisure and sense of security. The thesis consists of a theoretical and a practical part. The theoretical part describes the disease; its causes, symptoms, origin, forms, diagnosis and treatment. My bachelor thesis also deals with quality of life, its definition and concept. The practical part of the thesis is the qualitative research investigation, based on the technique of a semi-structured interview.

Keywords: quality of life, schizophrenia, stigmatization, communication, family, klient

Ráda bych poděkovala své vedoucí bakalářské práce doc. PhDr. Janě Kutnohorské, CSc. za účinnou metodickou, pedagogickou a odbornou pomoc a další cenné rady při psaní této práce. Dále bych ráda poděkovala rodině, s kterou probíhal můj výzkum, za jejich čas, ochotu a vstřícnost vést se mnou rozhovor. Chci také poděkovat svým rodičům za psychickou podporu a pomoc při studiu.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 SCHIZOFRENIE	12
1.1 PŘÍČINY VZNIKU SCHIZOFRENIE	13
1.2 PŘÍZNAKY	13
1.2.1 Bludy.....	13
1.2.2 Halucinace.....	14
1.2.3 Dezorganizace	14
1.2.4 Emoce a jejich poruchy.....	15
1.2.5 Afektivní příznaky	15
1.3 TYPY SCHIZOFRENIE.....	16
1.3.1 Paranoidní schizofrenie.....	16
1.3.2 Hebefrenní schizofrenie	16
1.3.3 Katatonní schizofrenie	17
1.3.4 Simplexní schizofrenie	18
1.4 PRŮBĚH ONEMOCNĚNÍ	18
1.5 DIAGNOSTIKA	18
1.6 LÉČBA A RESOCIALIZACE.....	19
1.7 FÁZE LÉČBY	21
2 KVALITA ŽIVOTA.....	23
2.1 SUBJEKTIVNÍ A OBJEKTIVNÍ DIMENZE KVALITY ŽIVOTA.....	23
2.2 ROZDĚLENÍ OBLASTÍ QOL.....	23
2.3 ROZSAH POJETÍ KVALITY ŽIVOTA	25
3 STIGMA	26
3.1 STIGMA PSYCHICKÉ CHOROBY	27
3.2 SCHIZOFRENIE A STIGMA	29
3.2.1 Násilí a nebezpečí.....	29
3.2.2 Nevyléčitelnost onemocnění	30
3.2.3 Nespolehlivost a neschopnost pracovat	30
3.2.4 Duševní zaostalost	30
4 KOMUNIKACE S ČLOVĚKEM S PSYCHICKÝM ONEMOCNĚNÍM	31
4.1 ZÁSADY KOMUNIKACE S PSYCHICKY NEMOCNÝM PACIENTEM.....	32
4.2 PROBLÉMOVÍ PACIENTI	33
4.3 NARUŠENÁ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOST	34
II PRAKTICKÁ ČÁST	35
5 METODOLOGIE VÝZKUMU	36

5.1	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	36
5.2	METODIKA PRÁCE	36
5.3	TECHNIKA VÝZKUMU – POLOSTANDARDIZOVANÝ ROZHOVOR/ INTERVIEW	37
5.4	CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ	37
5.5	DESIGN VÝZKUMU.....	37
5.6	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	38
5.7	ANALÝZA VÝSLEDKŮ ŠETŘENÍ	58
6	DISKUSE.....	69
7	APLIKAČNÍ ROZMĚR	70
	ZÁVĚR	71
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	72
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	76
	SEZNAM TABULEK	77
	SEZNAM PŘÍLOH	78

ÚVOD

Tato bakalářská práce se zabývá duševním onemocněním, schizofrenií, o které panuje ve společnosti velké množství mýtů a předsudků. Je to onemocnění, které ovlivňuje nejen nemocného, ale i nejbližší sociální okolí. V této práci chci zjistit, jak vypadá život člověka s tímto onemocněním a jaký dopad má nemoc na celou rodinu. Zaměřím se také na komunikaci a vztahy mezi členy rodiny. Cílem této práce je hlouběji přiblížit problematiku života lidí s touto nemocí, ukázat na životním příběhu konkrétního člověka a jeho rodiny, jak onemocnění schizofrenií zasáhlo do jejich života.

Můj zájem zpracovávat téma na tuto problematiku způsobila převážně zvědavost. Znáám poměrně hodně lidí trpící duševním onemocněním, ale nikdy jsem neměla možnost nahlédnout do jejich života hlouběji. Mým hlavním cílem je tedy poznat jejich soukromí a zjistit jaký žijí život. Proto můj výzkum bude probíhat v jedné, konkrétní rodině schizofrenního pacienta.

Tato bakalářská práce se dělí na teoretickou a praktickou část. V teoretické části popíšu onemocnění, jeho příčiny, příznaky, vznik onemocnění, typy, diagnostiku a léčbu. V praktické části se budu věnovat kvalitativnímu výzkumu s použitím metody polostrukturovaného rozhovoru. Díky této metodě mi bude lépe umožněno nahlédnout do osobního života klienta a jeho rodiny, seznámit se s problémy při realizaci jejich každodenního života a v komunikaci mezi nimi. Zabývám se také popisem stigmatu u duševně nemocného člověka a popisem zásad komunikace s tímto člověkem.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SCHIZOFRENIE

Schizofrenie je duševní onemocnění projevující se zásadní změnou myšlení a vnímání, neadekvátní emotivitou a narušenou schopností srozumitelného jednání a chování. Schizofrenie je představitelem jednoho z nejzávažnějších psychotických onemocnění. Psychóza je v odborné terminologii charakterizována bludy, halucinacemi a dezorganizovaným slovním projevem a chováním nebo také poruchou vnímání reality. Toto onemocnění je diagnostikováno zhruba u 25 % pacientů psychiatricky hospitalizovaných a 50 % přijatých pacientů do psychiatrických zařízení za rok. Onemocnění má tendenci k chronickému průběhu, proto často vede k trvalé invaliditě. (Češková, 2007, s. 13)

Schizofrenie je duševní onemocnění, jehož název z řečtiny (schizis = rozštěp, frén = mysl) vystihuje dobře jakési rozštěpení či roztržštění psychiky nemocného, jehož vnímání, myšlení, city, vůle a vnější projevy jsou tak chorobně změněny, že jsou pro okolí velmi těžko pochopitelné, čímž se dále zhoršuje již primárně narušený kontakt nemocného s okolím a jeho odtržení od společnosti a reality. (Musil a kol., 2006, s. 105)

Sluchové halucinace a bludy patří mezi typické schizofrenní příznaky. Slyšení vlastních myšlenek nahlas je časté stejně jako pocity vkládání cizích myšlenek do hlavy nebo odnímání vlastních myšlenek cizími osobami. U schizofreniků se projevuje ztráta citových vztahů k blízkým osobám nebo citová ambivalence, tj. současné prožívání nenávisi a lásky. Vůle schizofreniků bývá často oslabena (hypobulie), což může znamenat nedostatek motivace k činnosti, ztrátu zájmů a apatii. (Musil a kol., 2006, s. 105)

Schizofrenie postihuje přibližně 1 % populace bez ohledu na zeměpisnou lokalizaci, rasovou příslušnost, pohlaví či sociokulturní vlivy. Vzniká nejčastěji v mladém věku, v rozmezí 15-35 let, u žen o něco později než u mužů. (Vágnerová, 2004, s. 334)

Podle Motlové a Koukolíka (2005, s. 39) se schizofrenie poprvé manifestuje v pozdní adolescenci a časně dospělosti. Je těžké určit začátek onemocnění, protože schizofrenie začíná spíše nespecifickými příznaky, jako je neklid a náladovost.

1.1 Příčiny vzniku schizofrenie

Podle Vágnerové (2004, s. 334) není jednoznačně určena přesná příčina vzniku schizofrenie. Jde spíše o skupinu poruch, které se v některých symptomech shodují. Dá se tedy předpokládat, že její vznik ovlivní soubor mnoha faktorů, jejich vzájemná interakce. Jedná se o soubor dědičných dispozic, vývojově podmíněných změn, specifických zkušeností a vyvolávajících podnětů. Ke vzniku schizofrenie přispívají i genetické faktory, avšak není doposud jednoznačně určeno, o jaký typ dědičnosti jde.

Při rozvoji schizofrenie se uplatňují genetické vlivy a vlivy zevního prostředí (Motlová a Koukolík, 2005, s. 53).

1.2 Příznaky

Motlová a Koukolík (2005, s. 21) uvádí, že nejčastěji vyskytujícími symptomy jsou bludy, halucinace, dezorganizace myšlení, řeči a chování, poruchy emotivity, mohou být přítomny katatonní příznaky.

Vágnerová (2004, s. 336) tvrdí, že symptomy mohou být relativně různorodé, protože schizofrenie nemá jednotný klinický obraz. Jednotlivé příznaky lze diferencovat podle toho, zda jsou projevem nadměrného, resp. zkresleného vyjádření standardních funkcí (pozitivní příznaky), nebo jejich úbytku (negativní příznaky). U **pozitivních příznaků** (např. bludy, halucinace, vkládání toku myšlenek, dezorganizace řeči, narušená kontrola chování) se předpokládá, že jsou projevem zvýšené aktivity různých oblastí mozku, zatímco **negativní symptomy** (např. výrazná apatie, útlum emočních reakcí, zpomalenost myšlení) vznikají jako důsledek jejich útlumu.

1.2.1 Bludy

Bludy jsou charakterizované jako mylná přesvědčení. Významnou roli při jejich vzniku hraje mylná interpretace vjemů či prožitků. Jsou velice časté, během vývoje onemocnění se vyskytují někdy u více než 90 % nemocných. (Bankovská Motlová a Španiel, 2011, s. 15)

Podle Motlové a Koukolíka (2005, s. 21-22) je pro blud charakteristická chorobnost (vzniká v důsledku nemoci, onemocnění) a nevývratnost (ostatní lidé nesdílejí s pacientem jeho přesvědčení, ale zcela marně by mu vyvraceli). Obsah bludů je různý. Nejčastější jsou bludy vztahovačnosti, kdy si pacient různé situace vztahuje ke své osobě (lidé v metru

o něm vše vědí a povídají si o něm). U paranoidně-perzekučních bludů se dotyčný cítí pronásledovaný (mimozemšťany, sousedem nebo rozvědkou). Bludy ovlivňování a kontrolování vyvolávají u pacienta pocit, že na něho někdo působí na dálku. Mohou se vyskytnout i religiózní bludy, ty jsou klinicky významné, protože jsou spojeny se sebepoškozováním. Pro schizofrenii jsou typické především bizarní bludy (klient si je jistý, že mu někdo na dálku přemístil orgány z dutiny hrudní do břišní a obráceně).

1.2.2 Halucinace

Jsou to vjemy, které vznikají bez současného vnějšího podnětu a přitom mají pro jedince charakter skutečnosti. (Dušek a Večeřová- Procházková, 2010, s. 46)

Motlová a Koukolík (2005, s. 23) uvádí, že mezi nejčastěji vyskytující se halucinace u schizofrenie patří sluchové, a to asi u 50 % pacientů, zrakové halucinace má 15 % nemocných a taktilní 5 %.

Pacienti popisují sluchové halucinace jako „hlasy“, jejichž obsah je většinou nepříjemný. Pro schizofrenii jsou charakteristické hlasy, které neustále komentují klientovy myšlenky nebo chování. Hlasy se hádají, přikazují pacientovi (imperativní halucinace) nebo radí (teleologické halucinace). (Bankovská Motlová a Španiel, 2011, s. 17)

Iluze jsou vjemy, při kterých není správně vnímána objektivní skutečnost. Vnímání reálných objektů je deformované, zkreslené. U duševně nemocných jsou typické právě iluze. Nemocný je pevně přesvědčen, že vnímá reálnou věc. Iluze dělíme podle smyslů na zrakové, sluchové, čichové, chuťové a tělové. (Praško a kolektiv, 2011, s. 77)

Podle Motlové a Koukolíka (2005, s. 24) je iluze porucha vnímání reálně existujícího objektu - pacient vidí hada, přičemž se jedná o elektrickou šňůru. Pseudohalucinace jsou vjemy bez existujícího objektu - klient vidí slona na silnici, ale ví, že tam žádný není.

1.2.3 Dezorganizace

Mezi další projevy akutní psychózy patří dezorganizace řeči, chování i myšlení. Důsledkem formální poruchy myšlení je nesouvislé myšlení a mluvení z cesty. Dezorganizace chování se projevuje zanedbáním péče o svůj zevnějšek včetně nápadností i v oblékání (podprsenka na hlavě či zimní kabát v parném létě). (Bankovská Motlová a Španiel, 2011, s. 18)

1.2.4 Emoce a jejich poruchy

Klinicky užitečné je podle Motlové a Koukolíka (2005, s. 28-29) popisovat emoce jako skupinu zahrnující pocit, afekt, náladu a motivaci. Apatii pacienti popisují jako neschopnost „odstartovat“ jakoukoliv činnost.

U lidí trpících schizofrenií se mění citové prožívání z hlediska kvantity, kvality i adekvátnosti. Jejich citové reakce bývají neadekvátní k podnětům, které je vyvolávají, např. nemocný reaguje smíchem ve zcela neutrální situaci. Nemocní mohou být i nápadně přecitlivělí. S projevy nápadné emoční lability se můžeme setkat zejména na počátku onemocnění. V pozdější fázi onemocnění se objevuje i celková citová otupělost. Dost často se objevují i deprese, které postihují převážně čtvrtinu nemocných schizofrenií. (Vágnerová, 2004, s. 341-342)

1.2.5 Afektivní příznaky

V iniciální fázi nemoci bývá často přítomna deprese (afektivní příznak), která je součástí akutní psychotické ataky. Po odeznění psychotické symptomatologie se dostává více do popředí depresivní komponenta (postpsychotická deprese). Až 10 % lidí se schizofrenní poruchou spáchá suicidium (sebevraždu). Pro mnoho schizofreniků představují negativní příznaky problém začlenit se do normálního života a obstát na trhu práce. (Češková, 2007, s. 18-19)

Deprese je v rámci schizofrenie jednou z nejzávažnějších sociálních a zdravotních komplikací. Výskyt je velmi vysoký a zhoršuje kvalitu života nemocných nejvíce ze všech příznaků. Deprese se často objeví jako první příznak tohoto onemocnění. Tvoří poměrně pestrý soubor příznaků různé prognózy, závažnosti, etiologie a průběhu. (Maršálek, 2007, s. 11-15)

Porucha nálady je hlavním příznakem deprese. Kromě nálady je také zasaženo, myšlení, chování i tělesné fungování. Deprese je onemocnění těla i duše. Depresivní prožívání se objevuje většinou v době, kdy ztrácejí smysl a motivaci pro život. (Praško a kol., 2009, s. 222-223)

Motlová a Koukolík (2005, s. 29) uvádí, že deprese a beznaděj patří mezi rizikové faktory suicidia. Přibližně každý desátý nemocný se schizofrenií ukončí život vlastní rukou. O sebevraždu se pokusí 25-50 % pacientů, z toho 4-13 % nemocných ji dokoná.

1.3 Typy schizofrenie

Rozlišujeme čtyři základní typy schizofrenie (paranoidní, hebefrenií, katatonní, simplexní). Rozdělení je teoretické, protože se mohou v praxi překrývat, nebo jedna forma přechází do jiné, průběh choroby může být velmi různorodý. Můžeme se setkat i s kombinovanými variantami schizofrenie. (Vágnerová, 2004, s. 345)

1.3.1 Paranoidní schizofrenie

Je typická paranoidními bludy, velmi často systematizovanými, avšak obsah nebývá bizarní. Jsou doprovázeny halucinacemi a dalšími hlavními příznaky schizofrenie. Hlavním znakem paranoidní poruchy osobnosti je celoživotní nedůvěřivost vůči druhým lidem. Jde o jedince, kteří jsou extrémně citliví na kritiku, nezájem, nezdary nebo urážky. Typická je vlastnost mylně chápat chování druhých jako nepřátelské nebo až opovržlivé, i když je neutrální, nebo velmi přátelské. Tito lidé mají většinou tendenci ze svých vlastních neúspěchů obviňovat druhé. Cítí se nadměrně významní a mají pocit, že jsou tak důležití. (Praško a kol., 2009, s. 201-205)

Paranoidní schizofrenie patří mezi nejčastější a nejobvyklejší typ schizofrenie. Bludy jsou většinou doprovázeny halucinacemi. Bludy vztahovачné, originální a bludy žárlivecké patří mezi nejběžnější paranoidní poruchy myšlení. (Hort et al., 2008, s. 153-154)

1.3.2 Hebefrenní schizofrenie

Hebefrenní schizofrenie se vyznačuje zcela zvláštním, klackovitým chováním, nevhodným vtípkováním a nepřiměřenými emočními reakcemi. Bludy a halucinace bývají nestálé, většinou prchavé. (Musil a kol., 2006, s. 106)

Pro tuto formu schizofrenie je typické výrazné narušení afektivity a vůle s poruchou myšlení. Objevuje se většinou dezorganizované myšlení spolu s „planým filozofováním“ (zabývá se náboženskými nebo filozofickými tématy ale pouze povrchně bez cíle). Chování je nepředvídatelné, bez citu a empatie. (Hort et al., 2008, s. 154)

Hebefrenní schizofrenie se objevuje v období adolescence a rané dospělosti, mezi 15 a 25 lety. Jak uvádí Vágnerová (2004, s. 347), mívá špatnou prognózu, protože zasáhne do rozvoje osobnosti v době, kdy se vytváří nová identita jedince. Pokud propukne závažné duševní onemocnění v této vývojové fázi, nová identita se nevytvoří a původní slouží jako

stabilní základ. Můžeme pozorovat nezdvořilé chování neodpovídající věku nebo nápadné šaškování. Nemoc se tady může jevit jako prohloubená a protahovaná puberta.

Významným znakem je **porucha myšlení**. Může se objevit pseudofilozofické myšlení, úvahy o metafyzických, náboženských, obecných či filozofických otázkách, které nejsou založeny na znalostech a které neberou v úvahu racionální argumenty. Postupně dochází k ochuzení a zúžení myšlení. Nemocní mívají nápadný slovní projev, užívají neobvyklá slovní spojení a někdy vytvářejí neologismy. Také se objevují hypochondricky nebo kosmicky zaměřené bizarní bludy. Halucinace bývají spíše zrakové než sluchové. Nemocní mohou mít potíže s vlastní identitou, někdy si nejsou zcela jistí, zda jsou žena či muž nebo něco jiného. Vágnerová (2004, s. 347)

Známa je také **porucha emočního prožívání**. Obvykle se projevuje kolísáním citových prožitků, podrážděností, střídáním emočního vzrušení s depresí a strachem. Objevuje se moria (hypomanická nálada), která se projevuje se nevhodným žertováním. Vágnerová (2004, s. 347)

V oblasti **sociálního chování** je nápadný nedostatek zábran, hrubost nebo vulgarita. Někteří nemocní mohou jednat suverénně, jako by věděli všechno nejlépe. Pacient může nevhodně vtípkovat a urážet tak jiné lidi. Vágnerová (2004, s. 347)

1.3.3 Katatonní schizofrenie

Jak uvádí Češková (2007, s. 20), katatonní schizofrenie má v popředí poruchy motoriky. Mohou se projevovat ve smyslu zvýšené až bezcílné motorické aktivity, grimasování (produktivní forma), nebo ve smyslu stuporu (neproduktivní forma).

Vágnerová (2004, s. 349) rozlišuje dvě varianty katatonní schizofrenie:

- **Produktivní forma** se vyznačuje nepřiměřenou a nadměrnou pohybovou aktivitou.
- **Stuporózní forma** se projevuje naopak celkovým zpomalením, útlumem či ztrátou vůle k jakékoli činnosti. Takový pacient se nehýbá, nemluví a často vydrží velmi dlouho v jedné poloze. Je negativistický, a pokud reaguje, bývají jeho reakce paradoxní. Můžeme se objevovat také tzv. flexibilitas cerea (vosková ohebnost). Nemocný reaguje jako loutka, například pokud by byl uveden do určité polohy, pak v této poloze zůstane. Halucinace, hlasy, které se objevují, zakazují klientovi mluvit, jednat nebo dokonce jíst. Nemocní jsou nevyzpytatelní, nelze odhadnout jejich chování, protože nemůžeme odhadnout, k čemu je hlasy vyzvou.

1.3.4 Simplexní schizofrenie

Je typická svým plíživým rozvojem, tzv. negativních schizofrenních příznaků. Halucinace a bludy zde obvykle chybí. (Musil a kol., 2006, s. 106)

U tohoto typu poruchy je nejnápadnější změna osobnosti, pokles výkonnosti až ztráta zájmů, nečinnost, tupost, zanedbání vlastní hygieny i sociálního fungování (Hort et al., 2008, s. 155).

1.4 Průběh onemocnění

Průběh onemocnění může být velmi různý. Podle Vágnerové (2004, s. 349-351), může být počátek onemocnění náhlý nebo pozvolna vznikající. Prodromální fázi nazýváme dobu před vypuknutím nemoci a mohou se v ní objevovat určité nápadnosti. Mezi prodromální příznaky řadíme zvýšenou zranitelnost a slabost ega, nápadné introvertní zaměření, obtíže v mezilidských vztazích, omezenou schopnost osamostatnění, nižší výkon a somatické stesky neurčitého charakteru. U pacientů v krystalizační fázi chorobného procesu se často projevují příznaky jako je celkový neklid, nejistota a úzkost, ale i pocit, že se děje něco, co si nedovedou vysvětlit. Průběh onemocnění může být akutní (střídání se období atak) a klidové stádium nemoci (remise).

Češková (2007, s. 21-22) uvádí, že pacienti se schizofrenií nejčastěji prožívají opakované psychotické epizody (relapsy) nebo mohou mít dlouhodobě přetrvávající psychotické symptomy. Okolo třetiny nemocných se po několika atakách dokáže vrátit k normálnímu životu. Nemoc u nich ale stále přetrvává, neustoupí. U další třetiny nemocných se v průběhu celého života střídají období schizofrenie s remisemi. To vede ke ztrátě zaměstnání a musí jim být přiznán invalidní důchod. Poslední třetina se nezbaví příznaků psychózy ani přes podstupující léčbu. Tito pacienti jsou odkázáni na pomoc rodiny.

Průběh schizofrenie je ovlivněn nepříznivými životními okolnostmi. Například život v nepříznivé až chaotické rodinné atmosféře působí jako chronicky stresující činitel. (Motlová a Koukolík, 2005, s. 43)

1.5 Diagnostika

Všechna psychická onemocnění včetně schizofrenie jsou diagnostikována pomocí psychiatrického vyšetření. Psychiatrické vyšetření je podle Češkové (2007, s. 25) zaměřeno na psychiatrickou anamnézu a vyšetření psychického stavu. Diagnostika

v psychiatrii zatím spočívá převážně v umění naslouchat, vhodně se ptát a pozorovat pacienta. Důležitou součástí diagnostiky je také porovnání údajů získaných od nemocného (subjektivní pohled) s údaji jeho nejbližších (relativně objektivní pohled).

Psychiatrické vyšetření si klade za cíl zmapovat psychický i tělesný stav pacienta, určit přesnou diagnózu a navrhnout terapii. Vyšetření psychicky nemocného začíná pozorováním a přesným zaznamenáváním verbálních i nonverbálních projevů. Základním postupem psychiatrického vyšetření je vedení rozhovoru s nemocným. Všimáme si témat, o kterých klient hovoří, ale i těch, kterým se vyhýbá. Zobrazovací metody jsou důležitou součástí vyšetření. Zkoumají mozkové struktury a dovedou odhalit jejich abnormality. V diagnostice psychických onemocnění využíváme i pomocné vyšetřovací metody a laboratorní vyšetření. (Praško a kolektiv, 2011, s. 141–142, s. 156)

Zhodnocení psychosociálních funkcí je nezbytnou součástí vyšetření u pacienta se schizofrenií. Získané informace nám pomáhají při stanovení jak diagnózy, tak i prognózy. Vědci zabývající se kognitivním postižením u pacientů se schizofrenií a jeho léčbou, uvádí sedm kognitivních oblastí, které jsou pro onemocnění schizofrenií specifické: a) pozornost/vigilance, b) rychlost zapamatování informací, c) pracovní paměť, d) verbální učení a paměť, e) zrakové učení a paměť, f) logické myšlení a řešení problému, g) sociální kognice. (Češková, Svoboda a Kučerová, 2006, s. 190-191)

1.6 Léčba a resocializace

Schizofrenie je nemoc, která je léčitelná. Podle Motlové a Koukolíka (2005, s. 299) musí většina nemocných podstupovat dlouhodobou terapii. Jsou i pacienti, kteří se z první schizofrenní ataky zotaví k plnému zdraví a během života další ataku nemoci nikdy neprodělají. Léčba schizofrenie vyžaduje komplexní přístup. Součástí léčby je vždy farmakoterapie, doplněná psychosociálními intervencemi.

Schizofrenní porucha je proces procházející různými fázemi, které vyžadují odlišnou taktiku, strategii a postup. Základem léčby je farmakoterapie ve všech fázích léčby. V současné době jsou preferována antipsychotika druhé generace, jsou lépe snášena, zlepšují kvalitu a života pacienta a zvyšují klientovu spokojenost. (Češková, Svoboda a Kučerová, 2006, s. 195)

Cílem léčby schizofrenních onemocnění na prahu 21. století již není pouze odstraňování symptomů, ale „úzdava“. Úzdava, velice subjektivní pojem, znamená nejen absenci příznaků, ale i schopnost obstat v životních rolích (Bankovská Motlová a Španiel, 2011, s. 51).

Podle Vágnerové (2004, s. 365) **psychofarmakologická léčba** vede k uklidnění, k regulaci psychických projevů a ke zvýšení psychické odolnosti. Především jsou podávána neuroleptika, která snižují napětí a úzkost. Léky zmírňují zejména akutní a pozitivní příznaky choroby. Schizofrenii bereme za léčitelnou pouze tehdy, když nemocný léčbu akceptuje a užívá pravidelně léky. Hospitalizace bývá nutná především v akutní fázi onemocnění, u nemocných nelze počítat s ochotou spolupracovat. Nutnost léčby je třeba vysvětlit i rodinným příslušníkům. Někdy mohou mít tyto lidé obavy z vedlejších účinků léků, mohou se bát negativních změn. V současné době se již používají antipsychotické přípravky nové řady, které takové riziko nepředstavují.

Důležitou součástí léčby je **psychoterapie**. Psychoterapie pomáhá obnovit přirozený pocit kontroly nad svým vnímáním, představami a myšlenkami, chováním a emocemi. Hlavním úkolem všech psychoterapeutických postupů je podpora zdravých částí osobnosti. Psychoterapie pomáhá hlouběji porozumět, co se s člověkem děje. (Praško, Prašková a Prašková, 2003, s. 86)

Léčba spočívá v postupném povzbuzování k odvaze být mezi lidmi. Velmi prospěšná může být i skupinová terapie. Pokud to je možné, je vhodné začlenit pacienta do skupinové psychoterapie. Ta může sloužit jako prostředí získávání sociálních dovedností a pomůže urychlit jejich nácvik. (Praško a kol., 2009, s. 221-222)

Mezi složky komplexní léčby patří i **socioterapie**. Resocializace se zaměřuje na aktivizaci pacientů a na podporu rozvoje různých praktických činností. Cílem socioterapie je dosažení přijatelné sociální adaptace a sociální integrace v oblasti bydlení i zaměstnání. Důležitá je změna vztahů v rodině nemocného, která je zaměřena na zvládnutí soužití. Tato změna musí být snesitelná, jak pro nemocného, tak i pro ostatní členy rodiny a zároveň musí snižovat napětí uvnitř rodiny a nesmí působit dráždivě na nemocného. V rámci přístupu k nemocnému je potřeba pro něj vytvořit denní program a režim a dbát na jeho dodržování. Nemocný většinou není schopen aktivní účasti v rodině a má tendenci se izolovat a nic nedělat. Tento program nesmí nemocného nadměrně zatěžovat, ale zároveň mu musí umožňovat kontakt s ostatními lidmi. Vyvolává v něm

pocit užitečnosti, dává mu smysl života a usnadňuje situaci ostatním členům rodiny. (Vágnerová, 2004, s. 366)

Návrat do zaměstnání bývá obtížný, protože nemocní jsou méně výkonní a hůře se adaptují na své původní pracovní návyky. Návrat do pracovního procesu, může přinést dvě základní rizika: nemocný není schopen plně zvládnout pracovní zatížení a přizpůsobit se novým pracovním úkolům; druhým rizikem mohou být negativní reakce ze strany kolegů. V tomto případě je důležité zkusit nějakou zvládnutelnou pracovní činnost, zpočátku nejlépe na chráněném pracovišti. (Vágnerová, 2004, s. 366-367)

1.7 Fáze léčby

Léčbu schizofrenie můžeme rozdělit na tři základní fáze:

- *Akutní léčba*

Cílem akutní léčby je eliminace příznaků. Některé lze odstranit během několika hodin či dnů (agitovanost, agresivitu, hyperaktivitu). Odstranění halucinací a bludů trvá déle, ale většinou dochází ke zlepšení již po několika dnech. Nezbytnou součástí v této fázi léčby je i psychosociální intervence a pomoc. Psychosociální intervence spočívá v minimalizaci stresů, jasné komunikaci, podpoře a toleranci. Nedílnou součástí je i pomoc v takových oblastech jako je bydlení, finance a osobní vztahy. Nemocný by měl být informován o stavu a průběhu své léčby a měl by být motivován k maximální spolupráci. Plnou obnovu původních vztahů v rodině můžeme očekávat v průběhu 4-8 týdnů. (Češková, Svoboda a Kučerová, 2006, s. 195)

- *Fáze stabilizace*

V této fázi jde především o udržení získaného zlepšení při zapojování do běžného života a rehabilitace. Velký nárok je zde kladen na naději v další pokrok v očích nemocného i rodiny. Většinou přetrvávají negativní příznaky a kognitivní deficit a to až 12 měsíců. Tyto příznaky u mnohých nemocných v mírnější intenzitě přetrvávají. Součástí této fáze je i nadále antipsychotická léčba. Psychosociální intervence by měly být i nadále podpůrné. Nemocný bývá většinou propuštěn z hospitalizace, je zde ale velmi vysoká pravděpodobnost relapsu. (Češková, Svoboda a Kučerová, 2006, s. 196)

- *Fáze stabilní*

Hlavním cílem této fáze je zabránění relapsu a dosažení remise. Farmakoterapie nadále spočívá v udržovací léčbě minimálními dávkami. Psychosociální intervence je zaměřena na rodinu a zapojení nemocného do zaměstnání (chráněné zaměstnání). (Češková, Svoboda a Kučerová, 2006, s. 196)

2 KVALITA ŽIVOTA

V 2. polovině 20. století se začalo používat k hodnocení komplexní charakteristiky zdravotního stavu pacienta kritérium s názvem „kvalita života“ („quality of life“ v již zavedené zkratce QOL, někdy též ve specifikované podobě „health – related quality of life“ se zkratkou HRQOL). Ukázalo se totiž, že k hodnocení stavu pacienta již nepostačují dříve užívané postupy (diagnózy nemoci, doba dožití), ale že je potřeba posuzovat i psychické a sociální ukazatelé lidského života. (Kebza, 2005, s. 57)

Výhodou této metody je subjektivní povaha hodnocení: pacient si sám ohodnocuje kvalitu své životní situace a spokojenost se svým životem. Tato metoda má i další výhodu, která vyplývá z možnosti porovnávat kvalitu života různých diagnostických skupin a pacientů s kvalitou života jejich zdravých protějšků. (Motlová a Koukolík, 2005, s. 348-349)

2.1 Subjektivní a objektivní dimenze kvality života

Koncept kvality života můžeme brát ze dvou hledisek, objektivního a subjektivního. **Objektivní kvalita života** zahrnuje pojmy: materiální zabezpečení, životní úroveň, sociální podmínky života, fyzické zdraví a sociální status. Je to tedy souhrn ekonomických, sociálních, zdravotních a environmentálních podmínek života člověka. **Subjektivní kvalita života** vypovídá o vlivu zdravotního stavu a podmínek jedince. To tedy znamená, jak jedinec vnímá své postavení ve světě v kontextu jeho kultury a hodnotového systému. Vše ve vztahu k jeho osobním cílům, očekávání, zájmům a životnímu stylu. (Vařurová a Mühlpachr, 2005, s. 17)

2.2 Rozdělení oblastí QOL

Odborníci z různých vědních oborů a oblastí se dívají na pojem „kvality života“ různě a to z hlediska svého oboru. Tento pohled je rozdílný u sociologie, pedagogiky, lékařství, ale i dalších oborů. **Rozeznáváme šest základních oblastí QOL:** psychologickou, medicínskou, psychoterapeutickou, ekologickou a environmentální, sociální a vzdělání. Základem přístupu v **medicínské oblasti** je dimenze zdraví. Zdraví můžeme vnímat jako soubor podmínek, které umožňují určité osobě žít a pracovat tak, aby byly splněny její individuální cíle. Další přístup ke kvalitě života je **z hlediska psychologie**. Základem psychologického přístupu je termín „well-being“ neboli spokojenost, pohoda. Jedinec

se považuje za spokojeného, jestliže převažují v jeho životě pozitivní emoce (láska k ostatním lidem, k sobě a ke svému okolí). **Psychoterapeutický přístup** ke kvalitě života, se uskutečňuje výhradně psychologickými prostředky. Tyto prostředky jsou komunikační a vztahové a působí na duševní život člověka, jeho chování a meziosobní vztahy. Tímto procesem se navozují změny, které podporují uzdravení a znesnadňují či zabraňují relapsu. To znamená, že pacient rozvíjí své schopnosti a možnosti, i když mohou být nemocí omezeny. Kvalita života **z hlediska sociologického** se zabývá životní úrovní, způsobem života a životním stylem pacienta. To znamená ekonomickými a materiálními podmínkami, vztahem společnosti a jedince, specifickým chováním jedince, kulturou, vzděláním a morálkou. Kvalita života **z hlediska ekologického a environmentálního** je přímo ovlivněna životním prostředím. Zdravé životní prostředí a život v souladu s přírodou je jedním ze základních lidských práv. Poslední a nedílnou součástí kvality života je **vzdělání**. Vzdělání je podmíněno kulturními, politickými a materiálně ekonomickými podmínkami. Cílem vzdělání je umožnit získání takových znalostí, které zapojí občana do pracovního i sociálního života. Toto umožňuje nalézt člověku vlastní identitu ve všech sférách moderního veřejného života. (Vaňurová a Múhlpachr, 2005, s. 24-38)

Podpora jednotlivých oblastí QOL má na život jedinců s duševními poruchami významný vliv. Ať už se jedná o programy zabývající se pracovní rehabilitací nebo rodinnými psychoedukačními programy. Studie, která se zabývala životem pacientů s chronickou schizofrenií v USA a porovnávala ji se souborem duševně zdravých občanů zjistila, že pacienti, kteří trpěli chronickou schizofrenií, měli zhoršenou kvalitu života. Jednoznačně vyšší kvalitu života měli jedinci, kteří bydleli se svojí rodinou a ta jim poskytovala pomoc a oporu, což naznačuje ochranný vliv rodinného prostředí. Studie, které se zabývaly životem schizofreniků ve Finsku poukazyvaly na to, že ženy byly spokojenější než muži a častěji se věnovaly užitečné práci. I zde se potvrdil ochranný vliv rodinného prostředí, kterého se pacientovi dostává od nejbližší rodiny, tak i od širšího rodinného a sociálního okolí. (Motlová a Koukolík, 2005, s. 352)

Z těchto dvou citovaných, ale i dalších známých studií vyplývá, že kvalita života pacientů se schizofrenní poruchou je přímo závislá na rodinném stavu. Ochranný vliv rodinného prostředí se projevuje u pacienta nejenom po stránce psychologické a sociální, ale také existenční. (Motlová a Koukolík, 2005, s. 352)

2.3 Rozsah pojetí kvality života

Kvalitu života posuzujeme ve čtyřech oblastech:

- **Makro – rovina** se zajímá o oblast kvality života velkých společenských celků (kontinentů, států). Hlavním problémem se zde stává zamýšlení se o absolutním smyslu života. Jedná se o základní politické úvahy, jako jsou hladomor, epidemie nebo boj s terorismem.
- **Mezo – rovina** se zabývá otázkami QOL v malých sociálních skupinách (podnik, nemocnice, školy). Vedle hlavního aspektu – morální hodnota člověka, se zabývá tato rovina také otázkami vzájemných vztahů mezi lidmi, uspokojování či neuspokojování potřeb každého člena skupiny sociálního prostředí.
- **Personální rovina** se zabývá životem jednotlivce. Při hodnocení kvality života zvažuje subjektivní hodnocení bolesti, zdravotního stavu a spokojenosti.
- **Rovina fyzické existence** je poslední rovinou, v níž můžeme mluvit o kvalitě života. V této rovině se zaměřujeme na pozorovatelné chování druhých lidí, které je srovnatelné. (Vaňurová a Mühlpachr, 2005, s. 15)

3 STIGMA

Řekové, kteří si očividně potrpěli na vizuální pomůcky, uvedli v život termín stigma s úmyslem označovat jím tělesné znaky určené k tomu, aby vyšlo najevo cosi neobvyklého a špatného o morálním statusu označovaného. (Goffman, 2003, s. 9)

Pro stigma je charakteristický současný výskyt nálepky, stereotypu, separace, ztráty postavení a diskriminace, přičemž k uplatnění stigmatizace musí být k dispozici moc. (Motlová a Koukolík, 2005, s. 340)

Tyto znaky se trvale označovaly (vypalovaly, vyřezávaly) na viditelné místo na těle a měly za úkol upozorňovat, že tato osoba je určitým způsobem poznamenaná a není radno se s ní kontaktovat, hlavně na veřejnosti. V době křesťanské se takto označovaly osoby s napodobeninami ran Krista přibitého na kříž. Většinou se jednalo o hluboce věřící a mimořádně svaté jedince. Na druhé straně se v této době označovali stigmatem i lidé s různými fyzickými poruchami. Dnes stigma nese spíše hodnocení sociální než lékařské. Nynější společnost zařazuje lidi do různých kategorií (zdraví, nemocní, duševně nemocní). Toto hodnocení má kořeny nejen v sociálním prostředí, v kultuře, v komunikaci ale i v legendách či příbězích. (Baudiš a Libiger, 2002, s. 33-35)

Tato kategorizace probíhá v mnoha případech na tzv. prvním dojmu či podprahovém jednání. Tímto vnímáním si vytváříme o cizí osobě jisté představy a vytváříme si tzv. virtuální, sociální identitu. Naproti tomu skutečnou sociální identitu dané osoby určují její vlastní kategorie a atributy, kterými se odlišuje od jiných osob. (Goffman, 2003, s. 10)

Stigma se může týkat barvy kůže, náboženství, národnosti, sexuální orientace a také nemocí. Stigmatizace může doprovázet pacienty s různými nemocemi – pohlavními, duševními, onkologickými, psychickými. Všeobecně stigmatizace připravuje o důvěru a má velice negativní dopad na daného jedince. (Baudiš a Libiger, 2002, s. 35)

Termínem stigma tedy budeme označovat silně diskreditující atribut (Goffman, 2003, s. 11).

Na stigma a stigmatizaci se můžeme podívat z dvojího hlediska: v prvním případě posuzujeme situaci diskreditovaného, v druhém případě diskreditovatelného. Ačkoliv je tento rozdíl důležitý, stigmatizovaný většinou mívá zkušenost s oběma situacemi. Příklad si můžeme dát na různých typech stigmat. Zpravidla jsou to stigmata tělesná (znetvoření), další stigmata jsou charakterová (dominantnost, faleš, nepoctivost, alkoholismus,

homosexualita) a posledním typem jsou stigmata kmenová (rasa, národnost, náboženství). V běžném společenském styku se tyto jedinci vnucují do naší vnímavosti a způsobují, že se od nich odvracíme. Tyto postoje k osobě se stigmatem jsou známé a mohou usnadňovat či zhoršovat život nebo sociální zařazení daného jedince. Věříme, že takto postižená osoba není „normální“, což je de facto nevědomá forma diskriminace. Tímto jednáním vyřazujeme tyto jedince ze společnosti a snižujeme jejich životní šance. V běžném kontaktu označujeme tyto stigmatizující jedince výrazy jako imbecil, mrzák a dalšími různými přirovnáními. (Goffman, 2003, s. 12–13)

A nyní se na problém podívejme z druhé strany, ze strany stigmatizované osoby. Tato osoba vnímá sebe jako plnoprávnou lidskou bytost a nás ostatní jako „nehumánní“. Vnímá, že její ostatní opravdu neakceptují a nestýkají se s ním jako se sobě rovným. Rozhodujícím faktorem se stává hanba a také poskvrněnost jeho osoby. Stigmatizovaný na tuto situaci reaguje různě - nápravou své vady (plastická operace, psychoterapeutická sezení) nebo se pokouší ovlivnit svou situaci nepřímo tím, že se snaží vyniknout v některých oblastech nebo činnostech. Může dojít i k tomu, že se taková osoba odvrátí od reality a pokouší se o neoriginální posouzení svého charakteru. (Goffman, 2003, s. 17-18)

3.1 Stigma psychické choroby

Duševně nemocný člověk je v jiném postavení než člověk s tělesnou nemocí. U člověka s tělesnou nemocí je snížení schopnosti spojené s danou nemocí. U psychických pacientů je takové omezení méně zřetelné. Chování psychického pacienta se nejčastěji projevuje vystupňováním stavů, které známe z normálního života – smutek, nespavost, nechutenství, úzkosti. Zdravý člověk tyto stavy překonává, ale psychicky nemocný je natolik „slabý“, že tyto stavy překonat nedokáže. Jen stěží lze pochopit, že tyto stavy vedou nemocného až k nepřiměřené agresi. (Baudiš a Libiger, 2002, s. 33)

Pro obyčejného člověka z toho vyplývá, že duševně nemocný člověk je odlišný od zdravého člověka nebo člověka s tělesnou nemocí. Proto se duševně nemocný jeví jako člověk s různými vadami povahy, neschopný, hloupý a slabý. Není jednoduché si připustit, že se jedná o nemoc poruchy funkcí mozku a to proto, že duševní nemoc není chápána jako součást přirozeného řádu života jakým je nemoc fyzická (zlomeniny, selhání srdce, rakovina). Mnoho lidí považuje psychické nemoci jako trest vyšší moci. Duševně nemocní bojují s těmito předsudky a povrchními soudy v mnoha případech daleko více než běžný nemocný člověk. (Baudiš a Libiger, 2002, s. 33-34)

Tuto diskriminaci si začala uvědomovat řada odborníků, politiků a sociologů a to přispělo k tomu, že v únoru roku 1992 byla přijata Organizací spojených národů rezoluce č. 119. Tato rezoluce vyhláší léčbu a péči psychicky nemocných za lidská práva. Na základě ní vznikla příloha pro formulaci Principů k ochraně osob s duševními nemocemi a ke zlepšení péče o ně. Součástí této přílohy jsou mimo jiné tato prohlášení:

- *Všechny osoby mají právo na nejlepší dosažitelnou péči o duševní zdraví.*
- *Všechny osoby s duševní nemocí, které jsou pro takovou nemoc léčeny, budou léčeny s lidskostí a úctou k přirozené důstojnosti člověka.*
- *Na podkladě duševního onemocnění nevznikne žádná diskriminace. Diskriminace znamená jakékoli rozdíly, vyloučení nebo přednost, které odstraňují nebo narušují stejný přístup k právům.*
- *Každá osoba s duševním onemocněním bude mít všechna práva..., která jsou uznána ve Všeobecné deklaraci lidských práv...(a dalších dokumentech).*
- *Zjištění, že některá osoba má duševní onemocnění, musí být provedeno v souhlasu s mezinárodně uznávanými lékařskými standardy.*
- *Rodinné a pracovní konflikty, nekonformita s morálními, sociálními, kulturními nebo politickým hodnotami nebo náboženskou vírou se nikdy nemohou stát rozhodujícím faktorem při diagnóze duševního onemocnění.*
- *Každý pacient bude chráněn před újmou vznikající neodůvodněnou medikací, zneužití ze strany ošetřujícího personálu a druhých pacientů...*
- *Každý pacient má právo na léčbu v nejméně omezujícím prostředí a nejméně omezujícími nebo obtěžujícími prostředky vzhledem k potřebám svého zdravotního stavu. (Baudiš a Libiger, 2002, s. 36)*

Stěžejním úkolem psychiatrie a pracovníků ve zdravotnictví je vystupovat proti stigmatizování pacientů a tím k následné diskriminaci. Tato opatření by měla vést ke kvalitnějšímu životu duševně nemocných a k lehčímu průběhu jejich nemoci. (Baudiš a Libiger, 2002, s. 36-37)

3.2 Schizofrenie a stigma

Onemocnění schizofrenií provází několik chybných předsudků a diskriminací. Patří k nim hlavně tyto: násilí a nebezpečí, nevyléčitelnost onemocnění, nespolehlivost a neschopnost pracovat, duševní zaostalost. Motlová a Koukolík (2005, 342-344)

3.2.1 Násilí a nebezpečí

Motlová a Koukolík (2005, s. 342-344) uvádí, že schizofrenie je spojena u většiny obyvatel s násilím a nebezpečím. K tomuto přispívá medializace násilných činů, ale i podvědomí veřejnosti o „nebezpečnosti“ duševně nemocných. Podle průzkumů, které probíhaly v USA v letech 1950 a 1996 se zjistilo, že představa o těchto stigmatěch neklesá, ale naopak narůstá. Většina pacientů nemocných schizofrenií nikdy nespáchá násilný trestný čin. Riziko násilného chování je vyšší u drogově závislých a antisociálních jedinců než u schizofreniků a dalších pacientů s psychickou poruchou. I když je u nemocných se schizofrenií výskyt násilného chování mírně zvýšený oproti jiným nemocným, jedná se většinou o pacienty, kteří jsou léčeni nesprávně nebo vůbec. Z různých studií vyplývá, že násilné činy vycházejí z psychotických symptomů (bludy, halucinace). Přitom více jak 75 % nemocných schizofrenií spáchalo násilné činy pod vlivem bludů.

Z toho plyne, že adekvátní léčba psychotických poruch je v prevenci kriminálních činů u této populace pacientů klíčová. (Motlová a Koukolík, 2005, s. 344)

Jak již bylo zmiňováno, bludy jsou velmi důležité jako faktor násilného chování a jejich velikost je přímo úměrná závažnosti násilných činů. U pacientů se schizofrenií je výskyt bludů převažující, ale násilné činy jsou méně časté. Z tohoto také vyplývá, že spouštěčem násilí je jiný faktor nebo kombinace více faktorů. Z tohoto vycházely Link a Stueve, kteří studovali skupinu pacientů v New Yorku. Z jejich studie vyplývá, že k násilnému chování je nutná přítomnost těchto faktorů: ztráta kontroly nad vlastním myšlením, vkládání cizích myšlenek a přesvědčení o lidech, kteří mu chtějí úmyslně uškodit. Podle mnoha autorů zabývajících se vztahem násilného činu duševně nemocného násilníka a oběti vyšlo najevo, že obětí je nejčastěji osoba blízká. Terčem útoku je převážně rodina pacienta nebo jeho nejbližší sociální síť. Převažuje násilí, které páchá schizofrenní dítě na rodičích a to nejčastěji na své matce. (Motlová a Koukolík, 2005, s. 344-346)

3.2.2 Nevyléčitelnost onemocnění

Je pravdou, že schizofrenie nemusí mít progresivní nebo celoživotní průběh. K úplnému uzdravení dochází podle Jablenského až u 22 % pacientů ve vyspělých zemích a 38 % pacientů v rozvojových zemích. Uspokojivý život vede více jak jedna – třetina pacientů. Průběh nemoci ovlivňuje celé řada proměnných. Vedle diagnostických omylů a nesprávné léčby to může být nejen rodinné prostředí a sociální vlivy, ale taktéž i intenzita a rozsah postižení. Jako i u jiných onemocnění lze toto kontrolovat, minimalizovat a v některých případech i úplně vyléčit. (Baudiš a Libiger, 2002, s. 37-38)

3.2.3 Nespolehlivost a neschopnost pracovat

Pracovní výkon v zaměstnání nesouvisí přímo s intenzitou onemocnění. Zaměstnání, které je bez stresu a s jasně určenými pravidly, je pro schizofrenní pacienty prospěšné a zvládnutelné. Je prokázáno, že při podpoře může pracovat více než polovina nemocných a je schopna si své místo udržet. (Baudiš a Libiger, 2002, s. 38)

3.2.4 Duševní zaostalost

Jde o předsudek, který je velmi rozšířený jak ve veřejném mínění, tak i u mnoha lékařů. Hlavní překážkou pro odstranění tohoto předsudku je to, že ji ve velké míře sdílejí i sami pacienti. Nejlepší obranou je informovanost pacienta, nezatajování průběhu a důsledku onemocnění, ale i pomoc v běžném životě a práci. (Baudiš a Libiger, 2002, s. 39)

4 KOMUNIKACE S ČLOVĚKEM S PSYCHICKÝM ONEMOCNĚNÍM

Při komunikaci s pacientem s psychotickým onemocněním jednáme s ohledem k jeho možnostem a projevům. Jinak pracujeme s pacientem stabilizovaným – adaptovaným a jinak s pacientem, který je v akutní krizi. Obecně lze říci, že komunikace s těmito pacienty může být velmi pestrá. Někdy s nimi kontakt nelze navázat vůbec nebo velmi obtížně, jindy navazují kontakt přehnaně ochotně. Ačkoliv tito lidé mají bizarní představy či přesvědčení (bludy), musíme se obrnit trpělivostí a přizpůsobit komunikaci jejich aktuálnímu stavu. Pacienti prožívají většinou velké stavy úzkosti, strachu a napětí a správným přístupem by psychoterapeutický pracovník měl tyto problémy během komunikace zmírnit. (Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 127-128)

Lidé se schizofrenií patří do kategorie pacientů s největšími potížemi s komunikací. Takto postižený pacient má tendenci postupně nebo náhle ztrácet názor na realitu a vidí svět z jiného, „svého“ úhlu pohledu. Velmi často jsou to auditivní halucinace, které v něm posilují úzkost a zmatek. Někteří nemocní nevnímají sami sebe jako nemocné, ale své okolí. O tomto „nenormálním“ hledisku jsou přesvědčeni a trvají na něm. Další skupinou jsou nemocní, kteří si naopak uvědomují svoji nemoc a tím i svoji odlišnost. Mnoho pacientů s psychózou prožívá osamocenenost a izolaci. Při komunikaci s psychickými pacienty se schizofrenií je rovněž důležitý kontext. Porozumění kontextu nám umožňuje porozumět tomu, co nám pacient chce sdělit. Tito pacienti mají velkou citlivost a pozorovací schopnost, lehce odhalují lži a nečestnosti. Na to reagují obranným chováním – vyhýbáním se kontaktu. Naproti tomu jsou velmi vnímaví na uznání a souhlas. Většina terapeutů a lékařů doporučuje jednat s těmito lidmi „normálně“ a hlavní zásadou v komunikaci je jasnost a srozumitelnost. Zásadní komunikační pravidlo – „méně je někdy více“. (Vybíral, 2009, s. 246-248)

Někteří autoři se zabývali i dalšími charakteristikami v komunikaci lidí se schizofrenním onemocněním. Je to například pseudohumor, který je obranným prostředkem nemocného nebo tzv. slovním salátem, který umožňuje vyhnout se určité situaci. Hlavní význam těchto strategií lze vidět v tom, že se nemocný vyhýbá zaujetí pozice. Pacient se bojí být jednoznačný a zodpovědný za vyslovené, proto dává zmatečné a nejednoznačné odpovědi. Toto mu dovoluje vyhnout se odpovědnosti za vyřčené. (Vybíral, 2009, s. 248)

4.1 Zásady komunikace s psychicky nemocným pacientem

Hlavním cílem komunikace s psychiatricky nemocným pacientem je pomoci mu získat důvěru v okolí, umožnit mu sdělovat své přání a potřeby a pomoci mu navázat kontakt s ostatními.

- snažíme se o zachování empatického postoje
- necháváme dostatek času a prostoru pro obnovení vztahů
- snažíme se chápat situaci s ohledem na psychické změny klienta
- zjišťujeme všechny vlivy a příčiny, které mohou narušit schopnost komunikovat
- užíváme jednoduché a pravdivé výroky
- na klienta nenaléháme ani ho nepřesvědčujeme
- zaměřujeme se i na neverbální komunikaci
- respektujeme intimní zónu nemocného
- průběžně se ujíšťujeme, zda nám klient rozumí
- respektujeme obtíže nemocného (Venglářová a Mahrová, 2006, s. 97-98)

Obecnou zásadou, již se musí komunikace řídit, je respekt k lidské důstojnosti. Psychické onemocnění je ještě pořád vnímáno jako něco, co člověku ubírá na jeho lidské důstojnosti. Pacienti často uvádějí vyjádření jako – blázen, šílenec, vy jste paranoik nebo „cvokhaus“. Pacientovi není možné zastírat jeho duševní zdraví, ale má nárok na šetrnou a ohleduplnou komunikaci. (Linhartová, 2007, s. 65)

Komunikační strategie mohou být v závislosti na typu poruchy velice variabilní. Velmi důležité je také udržovat klidnou atmosféru a tolerovat pomalejší, rychlejší nebo dokonce zmatené vyjadřování. Také přívětivé psychické klima mívá na nemocného výrazně pozitivní vliv. Důležitá je ochota naslouchat i rozporuplným sdělením a reagovat převážně na emocionální stránku komunikace než na obsah. (Slowík, 2010, s. 59-61)

4.2 Problémoví pacienti

Je nutno si uvědomit, že žádný pacient není dokonalý. Úroveň spolupráce mezi lékařem a zdravotnickým personálem na jedné straně a pacientem na druhé straně je nezdědka kdy nekomplikovaná. Je nezbytné si uvědomit, že účastníci tohoto jednání do něho vkládají nejen profesní ale i osobní postoje. Role pacienta přináší úlevy od mnoha povinností, ale také různé zákazy či omezení. Mimo to se vyžaduje, aby pacient na svém „uzdravení“ aktivně spolupracoval. Podle přístupu jednotlivých pacientů k problematice léčení a uzdravení rozdělujeme pacienty do několika kategorií:

- **Agresivní pacient**

Agresivita pacienta může mít různou intenzitu od afektu s fyzickým napadením nebo destrukcí až po maskovanou ledovou zdvořilost. Agresivní pacient nejenže většinou nespolupracuje s lékaři a ošetřujícím personálem, ale mnohdy vyvolává jeho ohrožení. Jeho reflexní odpovědi jsou „útok nebo útěk“. Zásadním požadavkem úspěšného zvládnutí pacienta je nedávat impulzivní odpovědi. Nejúspěšnější technikou je asertivní jednání nebo nereagování vůbec.

- **Úzkostný pacient**

Takový pacient reaguje v určitém směru maximalizací pocitů, s nimiž přichází většina pacientů k lékaři a to je úzkost. Dožaduje se podpory, uklidnění, ochrany jistoty a bezpečí, ale dělá to velmi nepříjemným způsobem. Velmi často v určitém zlomovém bodě se jeho komunikace změní v agresivitu nebo v hysterii. Profesionální lékař a ošetřující personál se musí snažit úzkost pacienta eliminovat nebo alespoň snížit. Toto mu zaručuje následnou lepší spolupráci.

- **Depresivní pacient**

Tento pacient velmi špatně spolupracuje a dopředu dává najevo, že naše práce nemá cenu a že by bylo lépe vše dopředu ukončit. U těchto pacientů se velmi často projevují sebevražedné sklony. Ve všech případech, kdy pacient tyto sebevražedné sklony naznačí, je potřeba s ním prodiskutovat a projednat antisuicidální smlouvu (slib, že po dobu, než vyhledá patřičnou pomoc, nepodnikne nic, co by ohrozilo jeho život nebo zdraví).

K dalším problémovým typům pacientů patří: úzkostný pedant, narcistický pacient, kverulující pacient a seduktivní pacient. (Honzák, 1999, s. 103-116)

4.3 Narušená komunikační schopnost

Komunikační schopnost člověka je narušena tehdy, když některá rovina jeho jazykových projevů (příp. několik rovin současně) působí interferenčně vzhledem ke komunikačnímu záměru. (Lehta a kol., 2003, s. 17)

Narušená komunikační schopnost se může projevit jako vrozená vada řeči nebo získaná porucha řeči. Může být příznakem jiného onemocnění nebo narušení. Při určování diagnózy je důležité brát v úvahu celou osobnost jedince a v určitých případech přezkoumat domácí prostředí, v kterém jedinec pobývá. Nesmírně důležité je pátrání po příčině narušené komunikační schopnosti. Při stanovení konečné diagnózy se vychází z informací zjištěných větším počtem odborníků – logopedů, psychologů, psychiatrů, speciálních pedagogů atd. (Lehta a kol., 2003, 18-27)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODOLOGIE VÝZKUMU

Praktická část této bakalářské práce se věnuje zjištění, jak člověk se schizofrenií vnímá tuto nemoc a jak ji vnímá jeho rodina. Výzkum jsem prováděla v jedné konkrétní rodině, která byla ochotna se mnou spolupracovat, vést rozhovory a odkrýt mi své soukromí a osobní život. Zvolila jsem si kvalitativní výzkum, který umožňuje získat hlubší obraz o životě člověka, který trpí touto nemocí. Věnuji se také objasnění vlivu nemoci na kvalitu života „schizofrenika“ a na kvalitu života lidí, kteří žijí s tímto člověkem.

5.1 Výzkumné otázky

První výzkumná otázka: Jak klient vnímá svoji nemoc a jak toto onemocnění vnímá klientova rodina?

Druhá výzkumná otázka: Jaký vliv má onemocnění na kvalitu života klienta a na kvalitu života jeho rodiny?

5.2 Metodika práce

Zvolila jsem si kvalitativní výzkumné šetření, které umožňuje hlubší pohled na zkoumanou problematiku. Kvalitativní výzkum nám dává možnost získat ucelenější obraz o životě člověka, který onemocněl schizofrenií.

Kvalitativní výzkum je nematematický analytický postup. Tento výzkum se může týkat života lidí, příběhů, chování, ale také chodu organizací nebo vzájemných vztahů. Analyzuje zkoumaný jev, odhaluje jejich elementární složky, odhaluje spojení a závislosti, které mezi nimi jsou. Tento výzkum umožňuje poznání širšího kontextu jevů, o které se badatel zajímá a jejich poznání v přirozených podmínkách. V kvalitativním výzkumu mají údaje charakter textu. Výzkum je velmi náročný na čas, dovednosti a vědomosti badatele. Především by měl mít cit pro analýzu textových dat, schopnost analytického a kreativního myšlení. Závěry kvalitativního výzkumu jsou specifickým vyprávěním (narativní postup) o myšlenkách a činech zkoumaných osob nebo skupin. (Kutnohorská 2009, s. 20-23)

5.3 Technika výzkumu – polostandardizovaný rozhovor/ interview

Vyžaduje náročnější technickou přípravu. Vytváříme si určité schéma otázek, na které se budeme účastníků ptát. Pořadí otázek je možné zaměnit. U některých okruhů necháváme tazateli volnější pole působnosti, jiné okruhy mohou mít plně strukturovanou formu a vyžadujeme u nich po tazateli jednoznačně směřovanou odpověď a zachování pořadí otázek. U polostrukturovaného interview máme definované tzv. jádro interview, tj. minimum otázek a témat, které potřebujeme probrat. Při tomto rozhovoru mají velký význam vnější okolnosti: prostředí, doba rozhovoru apod. (Kutnohorská, 2009, s. 40)

5.4 Charakteristika respondentů

Výběr respondentů jsem provedla záměrným výběrem. Použila jsem účelový výběr, kdy jsem stanovila kritéria výběru a následně oslovila klienta, kterého osobně znám a který splňoval tato navržená kritéria. Kritérii při výběru byla: jakákoliv forma schizofrenie, kompenzovaný zdravotní stav, schopnost srozumitelně odpovídat a formulovat své myšlenky, otevřenost a ochota spolupracovat, souhlas s rozhovorem a s nahrávkou jejich odpovědí pro účely zpracování této práce. Manželku respondenta jsem oslovila ještě dříve, než samotného respondenta. Podrobně jsem ji vysvětlila, co potřebuji. Uvedla mi, že souhlasí s poskytnutím rozhovoru a dalších informací. Doma potom klienta připravila na můj příchod a na mé dotazy. Díky tomu, že je dlouhodobě znám, přikývl nemocný na moji prosbu. Hlavní respondent muž, věk 53 let, diagnóza paranoidní schizofrenie, léčí se s touto diagnózou 11 let. Žije se svojí manželkou a se svými dvěma syny v bytě. Nemocný pobírá plný invalidní důchod. Manželka, věk 49 let, pracuje jako uklízečka. Rodina chce zůstat v anonymitě, proto neuvádím jména ani žádné jiné osobní údaje.

5.5 Design výzkumu

Výzkum jsem realizovala na začátku března 2013. S rodinou jsem se předem domluvila na datu a čase uskutečnění rozhovorů. Respondentům jsem předem nesdělovala přesné znění otázek, pouze okruhy, na které bych potřebovala jejich odpovědi. Před započítím rozhovoru, jsem ještě jednou oba respondenty seznámila s účelem a tématem našeho setkání. Ujistila jsem se v souhlase klientů poskytnout mi rozhovory a informace, které

můžu dále zpracovávat. Informovala jsem je předem o přibližné délce rozhovoru. Oba rozhovory probíhaly face to face, v přátelské atmosféře u rodiny v bytě. První jsem vedla rozhovor s manželkou, po kratší pauze s nemocným. Rozhovory jsou vedeny formou tykání. Jeden rozhovor trval průměrně asi hodinu s tím, že jsme se po zodpovězení otázek, které jsem měla nachystané, bavili i o vedlejších tématech. Po ukončení jsem respondentům poděkovala a sdělila, že si vážím jejich otevřenosti, vstřícnosti a důvěry. Oběma respondentům jsem ještě jednou vysvětlila, k jakému účelu budou rozhovory použity. Ujistila jsem je o ochraně osobních údajů. Plně jejich rozhodnutí zůstat v anonymitě respektuji. Po získání informací jsem přistoupila ke zpracování dat.

5.6 Zpracování získaných dat

Provedla jsem doslovnou transkripci a získaný text jsem dále zpracovávala metodou analytického a axiálního kódování. Z doslovné transkripce jsem vybrala podstatné informace, které jsem dále zpracovávala v analytickém a axiálním kódování.

Respondent č. 1 manželka

1) Jak se změnil Tvůj manžel po zjištění nemoci?

No to se nedá ani popsat, prostě obrovská změna. Stal se z něho úplně jiný člověk. Změnil se prostě ve všem. Předtím chodil normálně do práce, děckám se věnoval, chodil s něma na hřiště, na U-rampu. Nikdo jsme nevěděli, co se děje. Ten den co se mu stal ten úraz, jsem šla domů a na ulici mi soused říká: „Dneska ti chlapa málem zabili v práci!“ Vůbec jsem nechápala co se děje, běžela jsem dom a tam už byl Y, ležel a držel se za hlavu. Ptala jsem se ho, co se stalo. Řekl mi to, ale co si nepamatoval, byl ten úraz. Potom asi po dvou dnech z něho vypadlo, že podepsal papíry v práci, že z jejich strany nevzniklo žádné pochybení. Neuvěřitelné! V tu chvíli, kdy je těsně po úrazu, tak mu dají něco podepsat. A nepomohlo nic! I když jsem tam zašla do jeho práce, že chci mluvit s vedoucím ohledně toho úrazu - co se stalo, jak se to stalo, kdo u toho byl. Jenomže oni mi řekli, že manžel je tu podepsanej, nikdo jej nenutil to podepisovat, prostě to podepsal a hotovo. Nikdo se s tebou už dál nebaví. Svoje mají zametené, nemusí platit a to je pro ně hlavní. Jenomže víš, co to je, když ti manžel nosí dom patnáct tisíc a najednou nemáš nic a čekáš, až se vyřídí všechny papíry? Ted'ka jsme měli v té době oba dva kluky na škole, takže

to stálo hromadu peněz, platit nájem, poplatíš všechno, co musíš a nezbyde ti skoro nic. A taky hlavně bylo všechno napsané na něho, všechny poplatky, prostě úplně všechno, takže jsme to museli přepsat na mě. Protože on nebyl ani schopnej dojít na poštu a zaplatit složenkou. Takže v našem životě to byl obrovský zlom. Všechno bylo najednou úplně jinak, než byl člověk zvyklý.

2) *Jak vnímáš manželovu nemoc?*

Ze začátku jsem to brala jako trest. Nedokázala jsem pochopit, proč to muselo potkat zrovna nás. Tím, že se ti změní celý život od základů, tak hledáš pořád, co jsi udělala tak hrozného, že si taková blbá nemoc vybrala zrovna nás. Nepřála bych to nikdy nikomu, ani tomu největšímu nepříteli, opravdu ne. Je to hrozné, když přestaneš poznávat chlapa, kterého jsi měla tolik let vedle sebe. Změnil se prostě ve všem. Od roku 2002 se nám začal život měnit. Ale teďka, tím že je v takovém klidu, relativně, tak už to tak neberu. Někdy má takové svoje chvílky, že bych se sbalila a odešla, ale nikdy bych to neudělala. Dneska už i on to bere jinak, zasměje se, jdeme někam na výlet, už je zase jiný, než býval na začátku nemoci. A po těch letech už ti ani nepřijde, že je nemocný. A hlavně teďka jak má dobře nastavenou léčbu.

3) *Jak probíhalo onemocnění u manžela?*

No, tak my jsme nikdo ze začátku ani nevěděli, že by mohl mít schizofrenii. Musel být doma po tom úrazu a chodil po vyšetřeních, ale nikdo nevěděl, co se děje. Jako úplně těsně po tom úrazu, tak to jen polehával, ani z postele nevyšel. Pořád mi říkal, že ho pálí a bolí hlava, já jsem to říkala na těch vyšetřeních doktorům, ale neřekli mi k tomu nic, jen že to je následek otřesu té hlavy. Potom, jak mi řekl o tom, že vidí ty lidi na mostě a cestou do práce, kteří ho pronásledují, tak jsem si myslela, že je to pravda. Ale potom jsem si říkala, proč by ho někdo sledoval, když mi nikdy předtím neříkal, že by ho někdo sledoval. Vůbec jsem nevěděla, jestli je to pravda! Musela jsem ho pořád sledovat, jeho reakce a prostě všechno. Děcka chodily a ptaly se mě, co je s taťkou. Tak jsem nevěděla, co jim mám říct. Měli oba před zkouškama, tak jsem je nechtěla stresovat. Ale oni si toho sami potom všimli, že už je to vážné, když s nimi přestal chodit ven, ani se s nikým nebavil, na nic se jich nezeptal. Teď je celá domácnost jen na mně, všechno placení, škola,

vyřizování v práci, abych měla volno, když jsme šli po vyšetřeních. No nebyla to žádná sranda, čím jsme si prošli.

Nejhorší to bylo, jak se začal dostávat do té deprese. Nic pro něj neexistovalo, my kdybychom hořeli nebo něco, tak by to s ním ani nehlo. To bylo šílené období. Nechtěl brát ze začátku ani léky. Nedokázal se srovnat s tím, že byl doma, že nemohl do práce. To když jsem přišla večer dom, tak po baráku všude pozhasínané, když jsem rožla, tak hnedka ať zhasnu, že nás sledují, ať honem zhasnu. Seděl u topení v obýváku, všude tma a sledoval oknem lidi na ulici a něco si pošuškával. A to je šílené, když prostě vidíš, jak najednou chlap, kterého jsi měla vedle sebe, je úplně někdo jiný. Pak měl i období, kdy rozesílal sousedům po baráku výhružné dopisy, že o nich všechno ví a že je udá. Nebo pokřikoval na lidi sprostě z okna. Pořád byl v takovém neklidu, sledoval kolik je hodin, chodil od okna k oknu a díval se ven, kde kdo projde nebo stojí. Sledoval i kdo vchází do baráku a potom, když odcházel, tak si zase něco pošuškával. Nechtěl se se mnou o tom vůbec bavit. Jsem se ho zeptala, co si tam šuškáš, tak hnedka nic nic. On třeba celý den seděl jen u okna a díval se ven. Když jsem se ho ptala, koho venku pořád pozoruje, tak mi řekl, že jsou tady všude, ty je nevidíš? Oni jsou kolem baráku a sledují nás. Z toho měl potom období, kdy se v jednom kuse jen houpal schoulenej v klubíčku a houpal se. Mě to strašně rozčilovalo. A on tak vydržel třeba dvě, tři hodiny se jen houpat v křesle a nic neříkat. Jenom jsem viděla ten výraz, jak mu to v hlavě šrotuje. Ale nejhorší pro mě bylo se s tím srovnat, že už nebude takový, jaký byl předtím. Jak nám řekla doktorka, že má Y schizofrenii, tak jsem nevěděla, co to je. Zнала jsem jen pojem rozdvojená osobnost, ale víc nic. Dala mi nějaké knížky dom na prostudování, abych se na to podívala, seznámila se s tím, co je to za nemoc, jak se projevuje. Potom, když jsem si doma pročítala ty příznaky, protože Y má paranoidní schizofrenii, tak mi to úplně sedělo. Říkla jsem mu, ať se podívá, že tam jsou přesně popsané jeho příznaky. Vůbec si to nepřipouštěl, tvrdil nám, že mu nic není, že z něho jen chtějí udělat blázna, aby měli od něj klid. Ale potom si ty knížky začal i on sám pročítat. Ale, stejně si i teďka myslí, že není nemocnej. On chvíli mluví tak a potom otočí, jak se mu to hodí. Z toho tvrdí, že je nemocnej a potom bude zapírat a říkat že je úplně zdravěj.

Mně dokonce podezíral, že mám chlapa. Já jsem chodila do práce normálně a on tím, jak byl doma, tak už nevěděl, co by vymyslel. Jednou jsem přišla domů později, než byl zvyklej, tak se mě hnedka ptal, kde jsem byla. Jestli náhodou nemám chlapa a nescházím se s ním potajnu. Tak to byl další takovej kopanec. Pak mě začal kontrolovat v práci. Čekal

na mě než skončím a když viděl, že se s někým bavím, jako s nějakým chlapem, tak hnedka že je to můj milenec a takto na mě. Dokonce jednou lezl i na strom, aby se podíval do úrovně okna u mě v práci, jestli mě tam s někým nenachytá nebo co. No normální blázen. A teďka se cítíš jak blbec opravdu. Chodíš do práce a ještě toto. Pak ho to sice přešlo, ale bylo to nepříjemné. To, že ti ani nevěří. Chodíš do práce a ještě jsi pod dozorem a musíš se pomalu hlídat, s kým se budeš bavit. Tak to jsem mu potom doma taky rázně řekla, že takto se chovat teda nebude, aby mě naháněl a sledoval jak nějakou takovou. Ale to měl taky asi měsíc a potom ho to pustilo. Asi se utvrdil v tom, že opravdu nikoho nemám. Fakt nevím, co si potřeboval zjistit.

4) *Jak dlouho trvalo období, kdy měl pocit, že ho někdo pronásleduje, sleduje, vyhrožuje mu?*

No, asi dva, tři roky. Než se mu upravila trošku léčba. Hodně mu střídali léky, než mu nějaké sedly. Předtím, než jel podruhé do Opavy, tak měl takové stavy, že mi říkal, že jsem Satan, ať od něho odejdu a nepřibližuji se k němu. A teď si vem, když ti něco takového řekne tvůj manžel, to je síla co? Víš, jak to bylo hrozné období? Já jsem z toho byla úplně na dně. Když jsem kolem něho jenom prošla, tak se hnedka křížoval a křičel na mě: „Satane odstup.“ Vůbec nechtěl, abych vedle něho seděla nebo jen stála. Nesměla jsem se na něj ani podívat, aby nebylo zle. To bylo to období, než jel podruhé do Opavy. Nechtěl tam ale jet, říkal, že není blázen, že od něj chceme mít klid a takové řeči. Já už jsem sama na něho nestačila, tak jsem volala klukům do práce, že už to není únosné, co tata dělá, že ho musíme odvést dneska do Opavy. No, když přišli kluci domů, tak tata hnedka obrátil, začal se chovat jinak, než když byl jen se mnou doma. Tak dvě hodiny jsme se ho snažili přesvědčovat, ať nastoupí do auta, že ho odvezeme, že se musí léčit. Bránil se nám, že nikam nepůjde, že je normální. Potom mu teda mladší syn řekl, že buď se půjde léčit, nebo na něj zavolá policajty, že už to s ním takle nejde. Tak to na chvíli, že už se jde balit a že půjde sám, ať nevoláme policajty, ať neděláme problémy, že ho povedou jak kriminálního a že on nic neudělal. Mladší syn je takovej tvrdší na tatu. To starší syn je citlivější, tak na něj tata pořád citově útočil: „Ty chceš, aby mě tam odvezli?“ No a N brečel, protože on je na tyto věci citlivej. Nikoho jiného z nás tak psychicky nevydíral, jak ho. Já jsem ani nevěděla, jak ho mám chudáka bránit. No nakonec teda sedl do toho auta a odjeli jsme do té Opavy. Tam taky, když jsme potom jezdili za ním na návštěvy,

tak nás chtěl tak dvě minuty vidět a potom hnedka, ať už jedeme, že je před náma dlouhá cesta a že on už musí taky jít. Prostě se s náma nechtěl vůbec bavit! Sotva jsme přijeli, tak už vymýšlel, co nám řekne, abychom odešli. Bylo to hrozné. Jezdili jsme za ním, že ho chceme vidět a on nás vzápětí odprovázel, že už abychom šli. Bylo vidět, že je na lékách, že už je jiný. Potom se mi i omlouval, že to přehnal, že co s ním všechno musím přetrpět. Tak to mi taky přišlo líto, ale byla jsem ráda, že si uvědomoval, že se choval tak, jak se chovat neměl.

A když byl v té Opavě, tak jsem mu ve skříni našla deník. On to měl ve skříni pod věcmi a úplně vzadu zasunuté. Já jsem první nevěděla, co to je. Nikdy jsem ho neviděla, že by si něco psal do takového sešitu. On jednu dobu chodil po bytě a pořád něco počítal, psal si na papírky, ale ne do sešitu. To byly všude samé papírky s poznámkami a když jsem mu šla říct, že je oběd nebo ať jde něco udělat, tak mi ještě nadal, že už to měl skoro vypočítané, že teďka to musí dělat všechno znova. A nic nám neřekl, co si tam píše nebo co počítá. Když jsme se ho doma ptali, co počítá, co si tam píše, tak vždycky nic nic nic. Nikdy takle neřekl, co se mu honí hlavou. Akorát třeba, když prošel obývákem, tak řekl: „Já už jsem na ně přišel, kde mají to sídlo.“ I v noci večer se sbalil v jedenáct večer, a že musí jít ven. Držela jsem ho, ale on se nedal. Prostě jde ven a hotovo, a teďka nevíš co se děje, kam jde nebo co udělá. No, než jsem se oblíkla, tak jsem ani nevěděla, kterým směrem šel. Takže já jsem chodila v noci po městě a naháněla tatu. Potom, když jsem ho dohonila, tak mu říkám: „Pojď zpátky, pojď domů!“ Tak na mě přes celou ulici mezi barákami hulákal. Tak to víš, že lidi se dívali zpoza oken co se děje na ulici. Takže jsme hráli lidem takové divadlo. Ale nedokázal mi ani říct, kam přesně šel, nebo mi to spíš nechtěl říct. Samé tajemství, máloco jen prozradil. No, takže po půlnoci ho naháníš po městě a ráno máš jít do práce. To je jako super. Nevyspalá a teďka nevíš, co ho napadne přes ten den udělat. Ze začátku jsem mu pořád volala na mobil, když jsem měla chvíli volna, abych se ho zeptala, co dělá nebo jestli je vůbec doma. No byla to hrůza. S klukama jsme se střídali. Když měli chvíli volna, tak se jeli podívat na tatku dom, ale to taky nejde věčně, že? Já jsem i přemýšlela, jestli nebudu muset s ním zůstat doma, ale nemohla jsem. Kluci byli na škole, potom začali chodit hnedka do práce. Ale z toho začátku to nešlo. Teďka už ho tak nehlídám. Už si zvykl a přizpůsobil se nějakému tomu svému režimu. Ale než jdu do práce, tak mu řeknu, co má udělat a musí to udělat. Jinak jak by neměl dohled a neměl by co dělat, tak by vymýšlel blbosti po baráku. Musí mít přesně stanovené, co udělá, pevný řád.

4.1) *A co přesně bylo v tom deníku, co jsi našla?*

No byly tam samé čísla, vysvětlené co to znamená, ale i normálně napsaný děj. Koho kde viděl a hodně rozepsané. I svoje myšlenky si tam zapisoval. Já, když jsem to četla, tak jsem z toho byla úplně zděšená. Myslela jsem si, že už mě nemůže nic u něj překvapit. Já jsem to potom dávala číst i klukům a oni říkali, že to by nevymyslel ani ten nejlepší scénarista. Domluvili jsme se, že ho musíme spálit, aby ho nikdo nenašel. On ani nevěděl, že jsme mu ten deník našli a zničili. My jsme mu to neřekli. Jak se vrátil z Opavy, tak to po nějaké době zjistil. Ale nezeptal se nás. Ani nic k tomu neřekl. Já jsem mu potom řekla, že jsme to spálili. Vůbec se o tom nebavil ani to nerozebíral.

5) *A jak probíhalo dál období schizofrenie u tvého manžela?*

Jak začal s tím, že ho pronásledují, tak to bylo asi to nejhůř pochopitelné pro mě. Já jsem mu nevěřila, že to vidí. Ale nevěděla jsem, jestli je to pravda nebo si to jen vymýšlí. Spíš jsem to brala tak, že si to vymýšlí, než abych mu věřila. I doma nás obviňoval, že mu děláme jen věci naschvál, že když nám řekne, abychom se o něčem nebavili, tak se o tom doma stejně bavíme. On i po večerech chodil z místnosti do místnosti a pořád něco hledal, koukal přes žaluzie nebo nahlížel z okna. Večer křičel ze spaní, ale tak hrozně, jako kdybychom ho doma vraždili. To jsem si říkala, aby na nás sousedi nezavolali policajty. To ti byl takový řev, no jak kdybychom doma někoho mučili. A on než se probudil! Takový tvrdý spánek měl! Pak se probudil a úplně vystrašený výraz a pokřikoval: „Však já vám ukážu, mě nezastrašíte vy svině. Já vám ještě ukážu!“ Ale tak vyděšený, úplně jak kdyby viděl něco hrozného v tom snu. Ty oči vystrašený. No, příšerné chvíle. Spíš a vedle tebe začne křičet na celý barák tvůj chlap a vůbec nevíš, co se děje. A když jsem se ho zeptala, co se mu tak hrozného zdálo, tak mi řekl: „Ale nic, neboj se ničeho, klidně spi dál. Jen se neboj, neboj se.“

Potom byla zase éra ufonů. Že oni ho pálí a označují si ho, že si označují všechny kolem sebe, které chtějí zničit. Večer, když ležel v posteli, tak mu strašně vadilo, když jsem zatáhla žaluzie, ty dírky, kterými prosvítá světlo. Kdyby mohl, tak zadělá i ty dírky na těch žaluziích, aby na něho nešlo vůbec žádné světlo. On si myslel, že je to ten lejzr, kterým ho pálí, nebo já nevím. A když měl to období, že ho pálí, že má hrozné bolesti, jak

to je nesnesitelné, tak šel normálně spát s ovázanou hlavou. Přikrytej až po krk, jen obličej měl ven, jinak nic mu nesmělo čouhat z pod peřiny. A když mu nepomohlo ani to ovazování proti tomu ležru, tak vymýšlel, že si dá do ložnice ocelový kryt, aby tím neprošel ten ležr a oni na něj nemohli. Já už jsem z toho byla úplně šílená. Když nemá klid ani v noci, pořád mluví dokola to stejné a nedá si to vymluvit. Prostě on to měl ve své hlavě a tím to haslo. Pořád říkal, že ví, že mu nevěříme, ale že sami uvidíme. Kolikrát tak naříkal bolestí, a říkal mi, že ho pálí ležrem do varlat, že mu to dělají schválně, aby ho zlikvidovali. Nevím, co u něj může vyvolat takové bolesti, ale když ho to chytlo, tak se třeba hodinu svíjel, že ho zase pálí, že na kůži se to dá vydržet, ale do těch varlat je to hrozné. No a ráno když vstal, tak byl nevyspalej, jen by polehával během dne a v noci strašil po bytě. No a N tomu se dělají na obličejí pupínky, takové červené, no a tata se na něj upřeně jen díval a ani na něj nemluvil. Přišel k němu blíž a začal mu počítat, kolik má těch pupínků na obličejí. A zase si sedl a jen se díval, takovým tím pohledem, že už jsem věděla, že se mu něco klube v hlavě, že zase přemýšlí nad tím, čím nemá. Pak mi řekl, když jsme byli sami: „Všimla sis toho? Už si N taky označují. Už jdou i po vás, ale to takle nejde, já to zastavím.“ A takové období měl asi měsíc, kdy chodil a sledoval, kolik máme červených teček na obličejí od ležru. Nebo i když k nám někdo přijel nebo přišel, tak se potom díval, jestli nemá tečky, jestli si ho neoznačili. To už na něho začali být kluci zlí, že ať si uvědomí, jak se chová, že to už není normální, že když se neuklidní, že s ním zajedou k doktorce, ať mu něco napíše. No a takle jsme se pohybovali asi pět let, než to začalo být trošku lepší. Já jsem za těch pět let zestárla asi o dvacet let, tolik starostí co mám, že nevím, jestli ho můžu nechat o samotě doma nebo ne. Teďka už ano. Ale po tu dobu těch pěti let?

Ale i teďka asi půl roku zpátky. Přišla k nám L s K a že jim tata udělá večeři. Tak začal v kuchyni smažit řízky. Dal na pánev olej a zapnul a zapálil plyn a zavřel dveře od kuchyně. No a já jsem byla s děčkama v obyváku a kecali jsme a tata přišel za náma. Jak jsme byli všeci v obyváku, tak slyšíme jenom ránu z kuchyně. Tak nám najednou došlo, že tata chtěl udělat jídlo, ale zapomněl se v obyváku. Přiletěla jsem do kuchyně a část linky už hořela. Tak K popadl hasičák a začal hasit. Naštěstí to uhasil. A víš co řekl tata? Že už mohli mít pokoj. A usmíval se u toho a takové gesto výhružné udělal, tak do vrchu. No fakt, jako zážitky s naším tatou... A takové to máš, prostě nikdy nevíš, s čím přijde.

6) *Jak se projevuje onemocnění v nynější době u manžela?*

Teďka je ve fázi klidového období bych řekla. Je vyrovnaněj, nemá ani ty depky, jak míval. Za celou dobu co je nemocnej, tak toto je nejkldnější období, co měl. Dá se s ním mluvit normálně, práci doma dělá, ale musím mu každý den říct, co udělá. Ráno vstane a hnedka už mu říkám, dneska uvaříš, pouklížíš, půjdeš se psem. Vím, že jsem na něho někdy generál, ale on to opravdu potřebuje. Kdybych na něho taková nebyla, tak on by doma nic neudělal a jen by polehával. A já potřebuju, aby začal normálně žít a ne někde seděl v koutě a měl deprese. I doktorka mi to říkala, že potřebuje mít každý den napsané, co bude dělat, mít ten řád, jinak by potom začal přemýšlet a vymýšlet nesmysly. Já jsem i ráda, že uvaří. Tak toho nemám alespoň tak moc a může taky něco udělat doma. I ven chodí se psem nebo i tak sám do obchodu. Už jde vidět, že se zlepšil za tu celou dobu. S těma začátkama se to nedá vůbec srovnat. Teďka ho teda víc hlídám, jak mu doktorka vysadila ty léky na ty deprese, tak ho více pozoruju, ptám se ho, co se mu honí hlavou, nad čím přemýšlí, aby se mi nedostal zase do bludného kruhu plného deprese. Ale zatím se mu daří dobře. Nemá nějaké deprese nebo obviňování druhých. On má zajetý svůj rituál a ten dodržuje. Když jde nakoupit, tak jde stejnou cestou. Když jde vyvenčit psa, tak chodí na stejná místa. Málokdy jde jinudma a to spíš nejde. Když se ho třeba zeptám, proč nejde na jiné místo se psem, tak mi jen řekne, že můžu být ráda, že s tím psem chodí, že tomu psovi je to jedno kam jde, hlavně že je venku a může se vyvenčit.

A poslední dva měsíce u něj pozoruju, že když jde nakoupit do obchodu, tak si donese sebou i piva. Dřív si piva nekupoval, ale jak viděl, že kluci doma pijí pivo, tak začal taky a přijde mi, že už na něm začíná být závislej. Předtím si dal jedno a nemusel mít každý den. No a teďka není den, kdy by si nedal alespoň jedno pivo. A to si ho otevře třeba u kluků v pokoji a chodí ho pít tam. On si asi myslí, že jsem hloupá, nebo já nevím, ale snaží se pít za mýma zádama. Jednu dobu jsme museli schovávat alkohol, to byl konec úplně. Jak jsi nechala otevřenou flašku doma, tak na druhý den už prostě nebyla. A když jsem se zeptala: „Kdo to vypil, to víno?“ Tak mi řekl, že neví, kdo to vypil. Ještě ze mě dělá blbce. I doktorce jsem říkala, že musíme doma schovávat alkohol, jinak že je Y schopnej sám celou flašku vypít. Tak mi paní doktorka řekla, že se nemáme před ním omezovat a schovávat si věci, že mu musíme říct rázně, že nebudeme pořád dělat ústupky před ním, že se musí sám hlídat. Třeba K měl doma hodně flašek alkoholu ve své baru a měl to zamčené, ale tata, jak je doma, tak neměl co dělat a hledal celej den klíček a našel ho a chodil tam potom na alkohol. A když si šel K do baru, tak si všiml, že mu tam chybí

nějaké flašky, tak mu bylo jasné, kdo mu tam na tom byl. Tak vzal všechny flašky a před tatou je vylil do umyvadla. Fakt! Všechny flašky otevřel a vylil. Říkal mi, že mu vůbec není líto toho alkoholu, že to nebude doma, aby to tatu nelákalo. A když je doma N a otevře si flašku vína, tak tata za ním jde, aby mu dal jen ochutnat trošku do skleničky, ale N mu nedá. On teda v tomto je na tatu přísněj. Tak on by neměl vůbec alkohol na ty léky, co bere, ale vymlouvej starýmu chlapovi, že nesmí pít. Jak malý děcko, když musíš hlídat, aby si nic nedal. Dal si předsevzetí, že už si nebude kupovat pivo, když půjde nakoupit, ale zatím ho vždycky donesl, tak nevím, kdy ho přestane nosit dom. A to na začátku, jak se trošku dostal z těch depresí a začal chodit mezi lidi pomalu, že zašel nakoupit, tak si taky nakoupil piva, ale já jsem o tom nevěděla. On si jedno otevřel a vypil u obchodu, jak pobuda nějakéj! Ale já bych se to ani nedozvěděla, kdyby mi to neřekli lidi, sousedi, co Y znají. On sám by nikdy neřekl, že má problém s pitím. A to si nakupoval piva a nosil si je schovávat do sklepa! Během dne vždycky zmizel a po chvílce přišel. Tak mi to začalo být divné. No a potom jsem to zjistila, že si tam chodí upíjet piva. To jsem zjistila, když jsme uklízeli sklep. Něco jsme přemísťovali a takových flašek tam! Tak mi to všechno došlo, kam náš tata chodil. Takže zase jsem ho musela hlídat a přemýšlet, jak mu to řeknu, aby to pochopil, že nemá pít.

7) Jak reagovalo Vaše okolí po zjištění onemocnění u Tvého manžela?

Tak tím, že to nikdo neví, že má Y schizofrenii, tak se k tomu nevyjadřovali. Lidi si takle všimli, že je úplně jinej, tak se mě vyptávali, co se stalo s Y, že už není takový, jaký býval nebo kluků, když je potkali. Ale my jsme jim řekli, že je po úraze z práce a že je doma. Tak každému to bylo divné. Y byl vždycky ten hlavní, když jsme něco pro děcka pořádali, nebo když byl ples nebo něco, tak jsme vyrazili taková partie. A když najendou Y nebylo ani slyšet ani vidět, tak se každý ptal. A kamarádi od děcek se taky zajímali co je s tatou, že s něma nešel hrát fotbal a tak. On totiž trénoval i kluky ve fotbale a florbale. Ten byl věčně s klukama někde po hřišti nebo na U rampě a z ničeho nic všechno utichlo. Žádný zájem z jeho strany. Nebo když šel po ulici, tak ani nepozdravil. A to byli jeho kamarádi nebo i lidi, které tady normálně zdravil a bavil se s něma! Jako všichni si toho všimli, že se něco stalo, ale neví, že má Y schizofrenii. A v rodině to taky nikdo neví. Jen pár lidí a jinak to nevykládáme. Ani Y mamka nevěděla, že má schizofrenii. Až myslím minulý rok nebo kdy to přesně bylo, se mě zeptala, co bylo s Y, že k nim přestal jezdit a takové

řeči. Tak jsem jí to řekla já, že je Y nemocnej, jinak on by jí to nikdy asi neřekl. A Y mama mi potom řekla, že i jeden jeho brácha to má, tu schizofrenii. A to já jsem třeba ani netušila, protože ho znám a vždycky, když přijedem, tak je v pohodě, nedá na sobě nic znát. Tak jsem si potom i říkala, že by to asi fakt dostal, tu nemoc, když to má i jeho brácha. Já se jen bojím toho, aby to nedostali i kluci. Já nevím, co bych dělala. Třeba K, o toho se tak nebojím, on je takovej tvrdší, jinej, ale N si věci hodně zabírá. Tak tam se bojím, aby se to taky neprojevalo.

8) *Jaký dopad mělo onemocnění Tvého manžela na Tvůj život a jak se změnil Tvůj život po zjištění manželovy diagnózy?*

No, tak úplně se změnil. To se nedá ani přesně tak říct v čem nebo jak, prostě žijeme úplně jinak, než jsme žili. Najednou na mě visela celá domácnost a nikoho to nezajímalo. Převzala jsem na sebe všechno, co dřív zařizoval Y. Najednou jsem nevěděla, co mám zajišťovat nebo co dělat dřív. I finančně jsi na tom najednou jinak, takže jsem musela zrušit všechny pojistky a spoření, abychom mohli normálně žít, protože já jsem neměla najednou tolik peněz, abych začala všechno táhnout z jednoho platu sama. A hlavně ta starost o Y, nevíš co mu je. Všeci jsme si mysleli, že utrpěl jen úraz hlavy a že se normálně vrátí zase do práce, ale jak se potom u něj začalo projevovat úplně jiné chování, než jak jsi zvyklá, tak nevíš, co se děje. Jestli si to jen vymýšlí nebo je to pravda. Učila jsem se žít vedle úplně jiného člověka. Najednou se z Y, kterého jsem znala, stal někdo jiný.

Bylo to těžké no. Taky to na těch úřadech všechno vyřídit, přepisovat. Mně se změnil život, ale i klukům, prostě nám všem. My, co jsem s ním byli každý den v kontaktu, tak jsme pocítovali, že něco není v pořádku, že se něco děje. I pro kluky to bylo těžký. Než si zvykli, že jejich tata už není takový, jak býval. Hlavně to nechápali, proč zrovna jejich tata má ten úraz a ještě nemoc a s tím jsem se dlouho smířovala i já. A když ještě víš, že on tam neměl ani být a stejně tam šel a stalo se mu toto. Doktorka nám říkala, že ten úraz byl jen spouštěcí mechanismus pro tu nemoc, že by u něj asi, i kdyby neměl ten úraz, tak by u něj propukla později.

Zakazoval nám nosit určité barvy oblečení, že tím provokujeme. Třeba červenou, růžovou nebo tady tento styl barev, to jsme vůbec nemohli nosit. Ale proč přesně, to nám neřekl. Jen, že provokujeme. N taky dovezl tatkově z Nového Zélandu takové krásné červené tričko. Jen jednou jsem ho na něm viděla, jinak ho vůbec nenosí. A to ještě ten den, kdy ho

měl na sobě, tak si ho asi po hodině sundal, že se v tom necítí dobře, že na sebe zbytečně upoutává pozornost.

9) *Jaký vliv má onemocnění na osobní život manžela?*

No obrovský! Úplně jiný, jiná osobnost se z něj stala. Říkám, než jsme si všeci zvykli, že je jiný a než se s tím naučíš žít... Hlavně on sám se taky nemohl s tím srovnat, že je z něj někdo jiný. Byl zvyklý chodit do práce a zvládal zátěž a takové normální situace a ty trošku horší dobře. Podporoval mě ve všem. O domácnost jsme se starali společně, teďka je to na mně. Celkově se mu ten osud otočil. Už mi kolikrát říkal, že se to asi mělo stát, že si to zasloužil. Párkrát v životě udělal zlé věci a on si myslí, že to má teďka za to. Že se mu jakoby někdo z vrchu mstí nebo že ho zbrzdil, aby si uvědomil, jak se choval.

10) *Jaký vliv má onemocnění manžela na rodinné vztahy?*

No na rodinné vztahy. My se vídáme jen s málo členy naší rodiny a ti vědí, že je Y nemocný. Jako všichni si všimli, že už není, co býval, ale musíme to prostě přijmout, smířit se s tím a jít dál. Ze začátku s ním nebylo lehké navázat kontakt. Neměl zájem se o ničem bavit a ani nikam chodit, takže jsme přestali jezdit třeba i za mojí mamou, takže s tou už se tak nevidáme. Ani se moc nerozvykládá mezi lidmi, které nezná. A o nemoci se vůbec nechce vůbec bavit.

11) *Byla jsi s ním od začátku, když se u něj začala nemoc projevovat?*

Já jsem s ním celou dobu. Takže ano, byla jsem s ním i na začátku, prostě pořád. Já jsem to s ním všechno absolvovala, od vyšetření po hospitalizaci, prostě všude jsem s ním byla. A nelituju toho, jsem jeho žena a nikdy bych ho neopustila. Taky nevím, jak dopadnu já. A abych ho dala někam, tak to vůbec. A teďka už je to fajn. Už spolu chodíme na procházky a se psem. I jak začal Y chodit na hokej s ostatními chlapama z baráku, tak je to lepší. Nebojí se jít mezi lidi, tak jsem ráda.

Respondent č. 2 nemocný**1) Pocit'uješ ze strany druhých lidí, že ti dávají najevo tvoji nemoc?**

Ted' už ne, ale ze začátku mi to vadilo. Ze začátku, když se bavili, tak jsem si říkal, baví se o mně. Ale ted' už jsem si tak řekl, že já jsem se taky bavil o kde kom. Tak už to tak neberu. Oni ani neví, že mám schizofrenii. Já jsem to nikomu neřekl, jenom nejbližší rodina to ví. U nás v baráku ani v okolí jsme to nikomu neříkali, ani bych jako nechtěl, aby se to někdo dozvěděl. Jsem rád, že je to, jak je. Pak by byly zbytečné řeči a povídání. Dneska možná, že kdybych žil na nějaké samotě nebo někde, víš, tak by mi to tak nepřišlo a možná, že bych nemusel mít ani léky a tak. S doktorkou jsem se tak bavil, že bych mohl normálně žít, dělat a tak. Když ve městě je člověk vystaven takovému většímu stresu a náporu a různým takovým prupovídám, kterými se lidi baví. Nechápu to.

2) Kdy u tebe vzniklo onemocnění?

Kdy to bylo? To bylo v roce 2002. Já jsem byl v práci a stal se mi úraz hlavy. Já jsem tam tenkrát ani neměl být, ale kluci potřebovali pomoc, tak jsem jim tam skočil pomoci. Tam byla taková jímka záchytná na olej a tam je pomořený čerpadlo a bylo na rumpálu. To čerpadlo bylo tak těžké a já jsem stál tak v předklonu a ještě jsem říkal: „Hoši dávejte pozor, ať to nikoho nezabije!“ Sám jsem tam šel, ať kluci nemusí chodit dolů, že jim to pustím. Točím, točím, ted' jsem to chtěl zastrčit ten kolík, jenomže v jedné ruce jsem to neudržel a dostal jsem šlehu, no centimetr a bylo po mně. To se mi vysmyklo a šlehla mě ta rukojeť kousek od spánku. Trvalo dlouho, než jsem se vzpamatoval. Úplně mě to odhodilo a to jsem sám ještě došel a zapsal se do knihy, kde se píšou úrazy. Zapsal jsem přesně datum, čas, co se stalo, že jsem dostal ránu, osprchoval jsem se a sekretářka mě zavezla do nemocnice. Tam mi udělali rentgen lebky. Ani CT mi neudělali! Měsíc jsem musel čekat na CT, to bylo hrozné. Víš, jak já jsem se trápil? Tolik nejistoty, jestli tam nemám krvácení do mozku nebo něco. To bylo před Štědrým dnem a přišel jsem tam úplně vystrašený. No, tak mi ho udělali a poslali mě dom. Potom mi řekli, že tam jako nic nemám. Z té nemocnice jsme jeli ještě do práce a hnedka mi dali podepsat papíry, že z jejich strany ani z mé strany nevzniklo žádné pochybení. Přišel jsem se tam podívat potom za několik dní a už tam bylo udělané zajištění, byla tam ráčna. No a díky tomu ted'ka nemám ani skoro žádné peníze. Nevím ani, proč jsem to podepsal, ale víš jak, hlava mi to nebrala, jak jsem dostal takovou šlehu. Oni toho hnedka využili a já to podepsal.

Mamka potom nadávala, že jsem hloupej, že teďka nedostanu žádné peníze, ale už to nešlo vzít zpátky, co se stalo.

3) *Jak se u Tebe začalo projevovat onemocnění?*

Já jsem po tom úrazu byl doma od listopadu do ledna. A v únoru jsem šel na čtrnáct dní do práce, to jsem jezdil i na červenou, vůbec mi to nebralo a já jsem si jel, jako by byla zelená. Na mostě jsem potkával lidi, celí v černým byli a na rohu na mě čekali vždycky. Oni si mezi sebou dávali znamení a vždycky, když jsem prošel, tak na hlas zakašlali nebo přede mě plivali. Oni mi to dělali schválně, aby mě vystrašili. Jak jsem šel i do obchodu, tak prodavačka kolikrát schválně zakašlala, aby jim dala signál. To vím, protože to předtím nikdy přede mnou nedělala. Nebo když mi vážila salám tak jsem ji řekl kolik toho chci a ona tak dlouho tam přikládala, až tam bylo osmdesát osm gramů. A tak oni mi dělají takové věci, abych se jich bál, aby mě zastrašili. Pak jsem taky jel jednou autem a vidím, jak chlap na mostě na mě ukazuje, že mě zabije. To už jsem potom šel k doktorce, a když jsem jí to všechno řekl, tak už jsem nemohl jezdit dál. I na tu červenou, jak jsem jezdil, to už potom nešlo no. Ale oni jsou moc chytří, mají sídlo a získávají si lidi na svoji stranu. Mají takovou síť, jak pavouk a mezi sebou se kontaktují a domlouvají se, kdo kde bude stát. Ze začátku jsem se jich bál, ale teďka už se jich nebojím, naučil jsem se žít podle jejich pravidel. Ale zase se nebudu podřizovat úplně ve všem, to né. Nebo je taky hodně provokovalo oblečení, které jsem nosil. Třeba červenou, tu jsem nemohl vůbec nosit. To bylo jak na býka. Říkal jsem i doma všem, aby je neprovokovali a nenosili takové barvy. Však potom jsem šel na psychiatrii na vyšetření a už to jelo.

4) *Jak probíhala první návštěva na psychiatrii?*

Jsem tam předtím nikdy nebyl. Nevěděl jsem, jak to tam chodí. Tam se mnou šla mamka. No a ten, co se mě ptal, jak to vzniklo, tak měl zapnutý telefon jako mikrofon a nahrával, co a jak mu mluvím. Ale já jsem řekl jen to, co chtěli, abych říkal. Neříkal jsem nic, jako co bych neměl, přesně jak oni to chtěli slyšet, tak jsem to podle nich řekl.

Bavili jsme se o číslech, že ta čísla jsou důležitá. Každý má svoje čísla. Já mám taky svoje čísla. Třeba číslo sedm – Kristus, číslo dvanáct – Ježíš Kristus, Ježíš Kristus Nazaretský – 22, 8 - Hitler, 11-Adolf Hitler. Už se těma číslama tak nezabývám, už na tom

nelpím. Bylo období, kdy jsem se tomu věnoval strašně moc. Předtím se mi stávalo, že mi v masně navázili 88g salámu. Prodavačka pořád přidávala, přidávala, až tam bylo 88g. Psal jsem si deník, kde jsem měl všechna čísla. Ale jak jsem byl v Opavě v léčebně, tak mi to X spálila.

5) *Co všechno si měl napsané v tom deníku?*

No tam jsem měl všechno, úplně všechno napsané. Ta čísla, jak jsem ti říkal, jsem tam měl. Všechny lidi co s něma spolupracují, jak se mezi sebou domlouvají, jejich znamení jaké jsou a taky jsem přišel na jejich sídlo. Já už je mám prokouklé, vím moc dobře, jak oni to mají a kde mají to sídlo. Ale já si to všechno pamatuju i bez toho deníku, všechno to mám v hlavě, to nezapomeneš.

5.1) *Začal sis psát druhý deník?*

Ne, to né. Všechno si to pamatuju, takže nepotřebuju psát druhej deník. A není dobrý, aby to někdo věděl. Já jsem si neměl psát ani ten první deník. Nebo spíš jsem si ho měl schovat, aby ho nikdo nenašel. To není pro cizí oči čtení. Oni to stejně nechápou, když někomu řekneš třeba číslo osm. Neví, co to znamená, ale ani tak to neměl nikdo vidět, to jsou moje věci.

6) *Kolikrát jsi byl v Opavě?*

No tam jsem byl dvakrát. Naposledy jsem tam byl před třemi lety. Nechtěl jsem tam. Kdyby bylo po mém, tak jsem tam nejel. Ale kluci mě nakonec přesvědčili, že už nejsem normální a že s tím musím něco dělat. Nechtěl jsem tam jet. Já to tam moc dobře znám. Jak jsem tam byl minule, tak jak tam vidíš ty lidi, no vůbec mi není dobře mezi něma. Já jsem je jen viděl a bál jsem se jich. Nejsou totiž normální, chodí po chodbě, na nic nereagují, někteří ani nemluví a teď, když máš mezi takovýma být. No ale tak nakonec jsem teda jel po druhé. Dávali mi léky, abych se trochu zklidnil a tak. Kluci i s mamkou za mnou dojížděli, když měli čas, tak hnedka přijeli. Potom jsem si i začal uvědomovat, jak jsem se špatně choval k mamce a tak jako. No jsem rád, že ju mám, co bych bez ní dělal. Ona mi říká, že kdybych ji neměl, tak je ze mě pobuda. A má asi pravdu, nevím, co bych dělal bez

ní. Z kolika problémů mi pomohla i jak jsem měl ty deprese a nic se mi nechtělo, tak mě nenechala polehávat. Ale to je dobře. Dneska už vařím klukům, uklízím, peru, se psem zajdu ven. Dneska už je to jiný.

7) *A jaký byl tvůj program v Opavě?*

No to bylo, že ráno jsme vstali, potom jako byla snídaně a tak. Musel sis brát léky přímo před sestrou, abys je nevyhodil nebo někam neschoval. To oni kontrolovali pořád, nikdy ti je nedali jen tak. A taky jsme chodili na sezení. Jsme si vykládali, jaký máme problém a co a jak, ale to jsem nevěděl, co jim tam mám vykládat. Tak já, jak jsem dostal ty prášky, tak už jsem byl v pohodě, tak už jsem tam ani nechtěl být. Jak to kolem sebe vidíš, ty lidi, tak ti to nedělá vůbec dobře. Já jsem chtěl jít co nejrychleji domů. Tak jsem léky užíval, jak mi dávali a potom jsem je bral i doma. Pořád je беру i teďka. Mám Zyprexu, ta je dobrá. Ale teďka jsem byl u doktorky a vysadila mi jeden lék. Teďka nevím, jak se přesně jmenuje, ale že se nesmí užívat dlouhodobě, tak to zkusím bez něj a zatím jako dobrý. Ale uvidíme.

8) *Jsi poživatel invalidního důchodu a jakého stupně?*

Jo nejvyššího stupně no. Už jedenáct let jsem doma. Jako musíš si na to navyknout, jinak bych se z toho zbláznil. Vždycky tak něco udělám. Uvařím klukům než přijdou z práce, umyju i nádobí, se psem zajdu ven. Tak už je to takové jiné, než to bývalo. Víš, ono se mělo něco stát asi, aby mě to zabrzdilo. No, já jsem dřív říkal i špatné věci. Jako když jsem byl malej, tak jsem musel jednomu klukovi chodit masírovat hlavu. On měl něco s hlavou, myslím, že meningitidu a ta masáž mu dělala dobře. Jednou jsem mu řekl: „Kéž bys chcípl“, tak si myslím, že jako to mám za to. Teď už bych to neřekl nikomu, ale tenkrát jsem to řekl a myslím si, že asi i za to se mi to stalo. Takové věci se nemají nikomu nikdy říkat.

9) *Jak moc se Ti změnil život po určení diagnózy?*

Najednou, jak je člověk doma a nemá co dělat, tak to je nejhorší. Než si na to zvykne. Jen jsem polehával v posteli a nic mě nebavilo. A to už jsem byl v takovém stavu, že to bylo úplně šílený. Nejhorší je, než si zvykneš, že jsi doma a nemůžeš chodit do práce. Už jen doma a nic. Taky jsem měl ze začátku pocit, že mě někdo pořád pronásleduje a sleduje. Oni měli pravidelné hlídky a střídali se. Nebyl to totiž jen pocit, oni stávali na rohu a sledovali mě. Kdo jde k nám, za jak dlouho vyjde ven a tak jako. Potom jsem vyzoroval, jak si mezi sebou dávají znamení, podle žaluzií. Já jsem je dost dlouho sledoval, nemysli si a oni ví, že já to o nich vím. Už moc dobře poznám, že když mi chtějí něco sdělit tak že vyšlou na ulici ty lidi a dělají mi ty naschvály.

A když jsem byl ještě v práci, tak jsme se o někom bavili s chlapama a třeba taky řekneš o něm něco. Tak oni mu to řekli, že jsme se o něm bavili, aby si ho získali na svoji stranu a byl s něma. Pak už jsem řekl, že se jim půjdu radši omluvit. Všem, který jsem nějak urazil. Prostě oni ho společensky úplně odřízli a on pak, po několika letech umřel. Dlouho jsem o něm neslyšel a potom jsem se dozvěděl, že umřel. To mají na svědomí oni. A to ne jenom on, víc lidí co znám, najednou umřelo, co se s nima dali dohromady. Víš, kolik jich už umřelo. Já nevím, čím to je, ale tady sousedka byla s něma ve spolku a najednou jí zjistili rakovinu a už je po ní. A kolikrát jsem to chtěl jít ohlásit na policii, ale oni by mi ani nevěřili, mysleli by si, že si to vymýšlím. A nakonec stejně, oni už patří taky k nim. Však jednou jsem byl na policii, jak pracuje manželka a mluvil jsem s tím jedním policajtem a oni nám stejně nepomohli. Už jsou s něma propojení. Taky jsem jednou šel a jelo policejní auto a tak se na mě dívali a ještě mě na přechodu schválně pustili, ale tak, jako aby si mě mohli prohlídnout a ještě tou rukou tak ukázali, ať přejdu. No a na městě už oni stáli a poohlíželi po mně. Tak oni mě tak sledují, jako s kým se bavím, co si říkáme a tak jako. Ale jednou jsem je přelstil, to bylo na podzim a hodně přšelo a já jsem šel do obchodu a už z dálky jsem viděl, že tam na rohu zase stojí, tak jsem šel úplně jinou cestou, než chodím. No a já jsem stál u polikliniky pod střechem, víš, takže já jsem byl v teploučku, suchu a pozoroval jsem ho, jak dlouho tam vydrží čekat. Přesně patnáct minut to vydržel a potom odešel. Nechtělo se mu tam v tom dešti moc dlouho stát, víš, jinak oni čekají i třeba hodinu a potom se vystřídají. Oni nám i dom dali odposlech. Oni si myslí, že já to nevím, ale moc dobře to vím. Kolikrát už jsem i říkal: „Nebavte se doma o takových věcech“, víš, když třeba někdo přijde, tak aby se o tom v obyváku nebavili.

9.1) *Takže podle tebe máte ten odposlech v obyváků?*

Jo, v tom káblu, co tam vede kolem televize. Doma mi nevěří, že tam máme odposlech, ale já vím, že tam je. I na rádio to mají napojený. Já jsem byl v kuchyni, vařil jsem a z ničeho nic takové hlasy v rádiu, nebo se úplně vypnulo. Anebo jsem nad něčím přemýšlel a teďka z rádia písnička a přímo na mě mířená. Tak to už jsem si říkal, že to už je hodně. Jako takový výsměch, a teďka nevíš, co máš dělat, jak se tomu bránit. Když jsem to rádio dal z kuchyně pryč, tak ho tam manželka zase vrátila. Vysvětloval jsem jí to, ale nevěří mi no. Jako teďka se mi to dlouho nestalo, ale sem tam, jak se jim chce mě jako potrápit, nebo jen tak, že nemají co dělat, tak mi dají takové znamení, jako že mě pořád hlídají.

9.2) *A kdo jsou ti lidé, kterým říkáš „ONI“?*

No to jsou ti v tom černém oblečení, jak postávají na rohu a sledují mě, jak jsem ti říkal. Oni jsou pěkný svině, oni používají ležr a vypalují tím znaky na těle, víš, jako že si tě tak označují. Takové pupínky tím dělají. No ten ležr jsem dojde i z vesmíru. Jim je úplně jedno kde jsi, oni to jen zamíří a pálí tě. A víš, jaká to je bolest. To ti nic nepomůže, to projde i přes zeď. A kolikrát tě tak dlouho pálí, že to už se nedá ani vydržet a ta bolest se jak kdyby pořád zesiluje. Většinou mě pálí normálně na kůži jako, ale i do varlat mě pálili a to už jsem myslel, že bude konec. Já už jsem nevěděl, co mám jako dělat. I chladit jsem to zkoušel, to na chvílku pomůže a jak se ti uleví, tak jdou nanovo. Oni tě nenechají ani vyspat přes noc. A oni umí vyvolat i porodní bolesti i u chlapa normálně. Taková bolest, to nejde ani popsat, jak zákeřní oni jsou. A oni ti udělají třeba jedenáct teček takových nebo někdy osm tak po sobě. Já mám i na rameni takové velké znamínko. To už mám od děcka, ale jsem tak přemýšlel, jestli už mi to tenkrát neudělali oni. Víš, že už by si mě tak dopředu označili. Ještě jsem to tak moc nezkoumal, ale myslím si, že by to možná mohlo mít souvislost i s tímto. Proč bych to tam jinak měl? Nikdo jinej to nemá u nás, ani moji sourozenci, jen já.

10) *Jaká byla Tvoje reakce, když ti řekli, že trpíš schizofrenií a jak vnímáš nemoc?*

Né, to oni mi neřekli vůbec. Já jsem chodil ještě normálně do práce. Jsem přišel do práce a ptali se mě, co beru za léky, no a já jsem jim řekl, že Zyprexu. Tak mi řekli, že nemůžu vůbec jezdit, že mě tam nemůžou pustit ke strojům. Až potom jsem šel jako marodit a tak jsem se do toho dostal, no. Já jsem z toho byl úplně nešťastnej. Nosil jsem dom patnáct tisíc a teďka jsem měl sedm tisíc a kluci chodili do školy ještě. Tak to mě deptalo ještě víc. A víš jak, nechodíš do práce, nemáš co dělat doma, probudíš se a pořád to stejné dokola. Tak to mě vůbec nebavilo. Měl jsem deprese a nic mě nebavilo. Jenom doma jsem polehával ani jsem nikam nechodil, úplně jsem se přestal o vše zajímat. Teďka už jsem si na to zvykl, že nejsem v práci, jen doma. Jako jsem rád, že už nemám ani ty deprese a ty pocity takové úzkosti a trápení, to už je za mnou. Ale já jsem to říkal, že můžu do práce, že nemám žádnou schizofrenii, ale když chtějí, abych ji měl, tak ji mám no. Jinak já jsem úplně normální, oni ze mě udělali blázna.

11) *Z čeho se ve svém životě nejvíce raduješ?*

No, tak to ti řeknu, že ze začátku jsem neměl vůbec radost. Ani jsem se nesmál. Nic jenom smutek a deprese. Jenom jsem polehával, celé dny jsem jenom polehával na posteli. Teďka máme psa, tak ten mě vytáhne ven. No, on mi pomohl hodně ze začátku, já jsem nechodil vůbec ven. A potom bylo potřeba vyvenčit psa, něco nakoupit a tak, tak jsem musel jít. Teďka už jsem rád, že chodím ven zase. A mám větší radost i z toho hokeje. Jednu dobu jsem tam přišel a mě to vůbec nebavilo. Jen jsem tak zíral, vůbec mě to nebralo a to jsem byl předtím fanda, já jsem tím žil. A teď už konečně se mi to vrátilo zpátky. Jdu na hokej, tak jdu fandit. Chodím tady s kamarádem s vedlejšího baráku. Dáme si pivko, pokecáme spolu, zafandíme si a jdeme dom.

12) *Navštěvuješ nějaké zařízení (neziskovou organizaci), kde se setkáváš s lidmi, kteří mají stejné potíže?*

Já jsem chodil. Byl jsem ve stacionáři, ale jak jsem šel k doktorce, tak jsem ji řekl, že mi to tam nedělá dobře. Tam byly takové případy různé, a když to člověk jako viděl, tak mi to

dělalo ještě hůř, než abych se uklidnil. Tak teď už mi to ani nenabízí. Říkala, že když budu mít zájem, že ať si řeknu. Já bych tam nešel, nevím, co bych tam mezi něma dělal.

13) *Chtěl bys pracovat? A jakou práci by sis představoval?*

To si vždycky vzpomenu tady na tohle. To jsi dřív neměl ten stereotyp. Chodils do práce, pak sis dělal to, to a to. Já bych chtěl zase jezdit autem, ale nevím, jestli by to jako šlo. Jsem to i zkoušel, ale nemůžu, oni mi vzali papíry a už to nejde. Nevím, jestli bych to jako zvládl, zase takový nápor, přemýšlet a nesmíš udělat žádnou chybu.

14) *Uvědomoval sis sám před stanovením diagnózy, že něco není v pořádku?*

Tak mě to nepřišlo ze začátku vůbec, že bych měl nějakou schizofrenii. Já jsem to bral, že jsem měl úraz a že se časem vrátím do práce. No, ale když jsem se vrátil do práce, tak jsem tam byl jen 14 dní a potom musel k doktorce a všechno jsem jí řekl. Co se mi děje. Ona mě potom poslala na psychiatrii a už jsem se nemohl vrátit do práce. Jinak jsem nevěděl, že mám schizofrenii, mě to jako ani nikdo neřekl přímo, že mám toto. Dali mi prášky na depresi, tu jsem měl, ale že to mám kvůli schizofrenii, to jsem nevěděl. Ani jsem nevěděl co to je. Vůbec jsem to neznal. Ale mamka si půjčila knížky, aby si to nastudovala a věděla jako, co to je, tak jsem si tím taky listoval. Potom mi i ukazovala přesně ty příznaky, co mám. Já mám tu paranoidní schizofrenii. Víš, že máš pocit, že na tebe někdo někde čeká, že tě někdo sleduje a takové. Tak to jsem taky míval, ale teďka už to nemám tak moc.

15) *Jaké jsou hodnoty Tvého života, které mu dávají smysl?*

Hodnoty, no to je těžké tak říct. Já jsem rád, že kluci chodí domů, že jim můžu uvařit a pokecáme si vždycky spolu. A máme psa, to kdybychom ho neměli, tak nevím, co bychom dělali. On mě moc pomohl ze začátku. Musel jsem s ním chodit ven, aby se vyvenčil, a to jsem nechodil předtím vůbec ven. Byl jsem jenom celé dny zavřený doma, ať bylo slunko nebo pršelo, pořád jsem byl doma. A tím, že potom šla mamka do práce a bylo potřeba s Majkym zajít, tak jsem musel jít ven a začal jsem si zvykat, že už jako musím. A to už jsem zašel potom i do obchodu. No a mamka ta mě taky pořád nadává, ale kdyby mě tak netlačila něco dělat, tak bych jenom ležel a nedělal bych nic.

16) *Jak bezpečně se cítíš ve svém každodenním životě?*

Teďka už se cítím líp. Už jsem si zvykl a tak nějak se přizpůsobil. Předtím jsem se bál jít ven, když jsem viděl všude kolem baráku, jak stojí, tak jsem nechtěl jít ven. Nechodil jsem nikam. Oni ještě i takové situace dělali schválně, abych měl strach. Chtěli toho docílit, zastrašit mě. Ale už jsem se tak naučil. Žít s něma podle pravidel a chodit i ven. Všude chodím - na poštu, se psem, nakoupit - nemám čas se nudit.

17) *Jak velké potíže Ti dělá pohybovat se mimo domov?*

Teďka už je nemám. Však chodím do obchodu nakoupit, na poštu zajdu zaplatit složenky. Kam potřebuju, tam si zajdu. Teďka už jako nemám nějaké problémy. Ale ze začátku jsem se bál. Jak na mě nasadili ty lidi, tak to jsem se jich bál. Tak jsem ven vůbec nechodil. Ale jak už se s tím naučíš žít, tak už to jde.

18) *Jak spokojený jsi se svými osobními vztahy? (rodina, přátelé)*

Když jsme se sem nastěhovali, tak jsme byli pořád někde. Samé akce jsme pořádali, takže jsem byl pořád v kontaktu s ostatníma lidma, třeba z baráku nebo tady se sousedy. Dřív jsme chodili opíkat s mamkou a s klukama nebo jsme jezdili po výletech, ale po tom úraze se to všechno změnilo. Byl jsem ze začátku uzavřenej jenom do sebe, nechtěl jsem se s nikým bavit – s klukama, s mamkou, prostě s nikým. Ven jsem přestal chodit. Nikam jsem nechodil. Ztratil jsem ten kontakt s těma lidma. Neměl jsem náladu na nikoho a na nic. Prostě nic. Teď už vím, že to měli těžké se mnou, ale předtím mi to nedocházelo. Víš, jak se uzavřenej jenom do sebe a máš jen to svoje. No bylo to těžké. Ale teďka jsem začal chodit i více mezi lidi, na hokej chodím nebo jen tak na pivo jdeme sednout. O víkendu přivede N svoji přítelkyni, tak si spolu všichni vykládáme. Třeba tři hodiny tu jsou! Tak si vykládáme, co nového, jak se jim vede, jak v práci. I na bruslích jsem se začal učit. To mě učí přítelkyně od staršího syna. Takže si myslím, že nemám tak problém se s někým bavit. Jako nemám rád, když ty lidi neznám, jim něco vykládat. Třeba když jdu s Majkym a někdo nás zastaví, tak to nemusím, takové bavení se. Nikdy nevíš, kdo to je, nebo co chce od tebe slyšet, takže s takovýma se nerad bavím. Ale když přijdou od L rodiče, tak to si rozděláme i vínko, popijeme trošku vínka, povykládáme si, zeptáš se co je nového nebo tak a to je dobré.

19) Jaké máš koníčky, zájmy? Kdo Ti pomáhá je realizovat?

Tak teďka ten hokej. Tam chodím rád. Ale je to díky mladšímu synovi. Ten mě začal brávat s sebou na hokej. Když se chystal, tak mi říkal: „Taťko, tak pojď se mnou“, ale nechtělo se mi, nešel jsem. Víš, že lidi všude budou mít nějaké poznámky. No, ale šel jsem s ním potom. Tak jsme si dali pivo, zafandili jsme a to jsem se tam potkal i s ostatníma od nás z baráku. Tak potom už jsem začal chodit s tím kámošem z vedlejšího baráku. Už se ptá, když mě vidí v obchodě, jestli půjdu na hokej. Tak se domluvíme, on pro mě dojde, že to má po cestě a jdeme podpořit naše.

5.7 Analýza výsledků šetření

Po podrobném nastudování rozhovorových záznamů jsem přistoupila k axiálnímu kódování a vytváření tabulek. Odpovědi daných respondentů jsem uvedla do níže přiložených tabulek.

Tabulka 1: Začátek, průběh a projevy onemocnění

Otázky rozhovoru	R 1 - manželka	R 2 – nemocný
Jak se změnil manžel vlivem nemoci.	Úplně jiný člověk. Změnil se prostě ve všem. Nebyl schopen základních sociálních úkonů – např. dojit na poštu	
Kdy propuklo onemocnění.	Následně po úrazu hlavy v roce 2002.	V roce 2002, následkem úrazu hlavy.
První projevy onemocnění.	Změny v chování, pocity pronásledování.	Jízda autem na červenou, potkával lidi celé v černém, chlap na mostě ukazoval, že mě zabije.

Průběh onemocnění.	Zpočátku rodina netušila, že jde o schizofrenii, respondent si stěžoval na bolesti hlavy. Projevovaly se halucinace, deprese, paranoidní chování. Také podezíravost a nezájem o okolí.	Halucinace, pocit pronásledování.
Jak dlouho trvalo období charakterizované představou pronásledování.	Asi dva až tři roky.	Pocit pronásledování přetrvává dodnes (už si z toho ale nic nedělá).
Průběh onemocnění v dalších krocích léčby.	Přesvědčený, že ho ufoni pálí lehzrem z vesmíru, neklidné spaní a křik ze spaní. Nesnesl moji přítomnost, nazýval mě Satanem. Doma nás obviňoval, že mu děláme naschvály. V noci odcházel z domu. Vyhrožoval sousedům.	Uvádí, že ufoni ho pálí lehzrem. Přesvědčený, že mají doma nainstalovaný odposlech.
Stav onemocnění v nynější době.	Fáze klidového období, neklidovější období za celou dobu nemoci. Nemá deprese, chodí mezi lidi (nakoupit, vyvenčit psa).	Je celkem spokojený.

Jak vnímáš nemoc.	Ze začátku jsem to brala jako trest. Nedokázala jsem pochopit, proč to muselo potkat zrovna nás. Ale po těch letech už mi to ani nepřijde, že je nemocný. On někdy přizná, že je nemocný, ale z toho otočí, že je úplně zdravěj. Ono jak se mu to hodí zrovna.	Tak jako já nemám žádnou schizofrenii, ale když chtějí, abych ji měl, tak ji mám no. Jinak já jsem úplně normální, oni ze mě udělali blázna.
-------------------	--	--

(Zdroj: vlastní)

Axiální kódování k tabulce č. 1:

Nemoc u klienta propukla následkem úrazu hlavy, který se mu stal v roce 2002 v práci. Po úraze byl od listopadu do ledna doma. V únoru se vrátil do práce, ale po čtrnácti dnech už z práce odešel natrvalo. Pracoval jako řidič z povolání. Důvodem odchodu z práce bylo, že při jízdě autem nedával přednost, jezdil na červenou, nedokázal se soustředit za volantem. Později u něj diagnostikovali paranoidní schizofrenii. Sám uznal, že se s ním děje něco nepříjemného. Klient tvrdí, že začal na ulici potkávat lidi celé v černém, kteří na něj čekali a úmyslně vyhledávali jeho společnost, aby jej zastrašili. Tvrdí, že jeden z nich stál na mostě a ukázal mu gesto, že ho zabije. To už byl moment, kdy uznal, že sám tuto situaci nezvládne. Doma se svěřil manželce, která už dlouho pozorovala, že se děje s jejím mužem něco nepříjemného. Proto vyhledali pomoc, navštívili lékaře, absolvovali různá vyšetření, až se potvrdilo, že klient trpí paranoidní schizofrenií. Jednu dobu míval nesnesitelné bolesti hlavy. Udává, že ho pálili mimozemšťané „lejšrem“ z vesmíru, vyvolávali mu hrozné bolesti hlavy a nesnesitelné bolesti v oblasti varlat. Také je přesvědčen, že v bytě mají nainstalovaný odposlech. Doma se nesmí se bavit o věcech, které klient považuje za důvěrné, aby se to nedozvěděli „oni“. Lidé, které označuje jako „oni“, jsou lidé v černém oblečení, kteří se ho snaží zastrašit a kteří ho sledují. Členové

rodiny měli zakázané nosit např. červenou barvu, že tím zbytečně provokují a upoutávají na sebe pozornost. Tyto příznaky se u klienta projevují dodnes, ale v menší míře. Tvrdí, že si už z toho nic nedělá.

Tabulka 2: Léčba nemoci

Otázky rozhovoru	R 1 - manželka	R 2 – nemocný
Léčení v psychiatrické léčebně.	Opava	Opava
Kolikrát proběhla ústavní léčba v Opavě.	Celkem dvakrát. Následoval stacionář. Po první návštěvě stacionáře, ale odmítl další docházení.	Dvakrát. Udává, že není blázen, aby tam víckrát šel. Ve stacionáři se necítí dobře, proto tam nechodí.
První návštěva psychiatrie. (průběh)	X	Nikdy předtím nenavštívil podobné zařízení. Rozpovídal se o číslech např. 7 – Kristus, 8 – Hitler, 22 - Ježíš Kristus Nazaretský.
Co předcházelo druhému pobytu v psychiatrické léčebně.	Zhoršení depresí, nekontrolovatelné paranoidního chování. Pokřikoval na mě, že jsem Satan. Nebyl schopen se na mě ani podívat, nesnesl mě ve své přítomnosti. Křičoval se a křičel na mě, Satane odstup.	Nechtěl znovu navštívit toto zařízení, cítil se normální. Až po návratu z léčebny uznal své nevhodné chování a cítil vinu.

Program v psychiatrické léčebně.	X	Kontrolovali nás při užívání léků, chodili jsme na sezení, povídali si o problémech.
----------------------------------	---	--

(Zdroj: vlastní)

Axiální kódování k tabulce č. 2:

Klient byl dvakrát léčený v Psychiatrické léčebně v Opavě. Druhé návštěvě předcházelo zhoršení jeho psychického stavu a nekontrolovatelné paranoidní chování. Pokřikoval na svoji manželku, že je Satan, ať ustoupí a nepřibližuje se k němu. Nesnesl její přítomnost ve své blízkosti. Při pohledu na ni se křičoval. Klient odmítal navštívit toto zařízení s tím, že není blázen a nemá žádný problém. Nakonec se podvolil a do zařízení se nechal odvést svými syny. V průběhu hospitalizace ho rodina navštěvovala, jak jen to bylo časově možné. Neměl moc zájem se s nimi vidět. Při jejich příchodu už je vyprovázel se slovy, že mají před sebou dlouhou cestu, ať už jedou. Po několika dalších návštěvách se klient rodině omluvil za své chování. V léčebně klientovi upravili léčbu a nasadili nové léky, které užívá dodnes. Program a náplň dne v léčebně popisuje spíše jako kontrolování ze strany personálu a rozebírání problémů. Po léčebně následoval stacionář, kde se klient ukázal pouze jednou. Vysvětlil své lékaře, že se necítí dobře mezi těmito lidmi. Lékařka na klienta nenaléhala, ale vysvětlila mu, že docházení by pro něj bylo přínosem. Klient tvrdí, že si sám požádá o docházení, kdyby svůj názor změnil.

Tabulka 3: Deník

Otázky rozhovoru	R 1 - manželka	R 2 – nemocný
Jak ses dozvěděla o deníku.	Náhodou, když jsem uklízela skříň, tak jsem ho našla.	
Kde byl uložený.	Pod oblečením ve skříni schovaný, zasunutý vzadu.	Schovaný ve skříni.
Co bylo uvnitř napsané.	Čísla – popsání, vysvětlený význam. Jeho myšlenky, popisky osob, míst.	Čísla, znamení, popis sídla...
Co se stalo s tím deníkem.	Spálila jsem ho.	Manželka mi ho spálila, když jsem byl v Opavě (léčebně).

(Zdroj: vlastní)

Axiální kódování k tabulce č. 3:

Když byl klient v Psychiatrické léčebně v Opavě podruhé, manželka mu při úklidu skříně pod oblečením našla deník. Nikdy předtím neviděla, že by si manžel nějaký deník psal. Tvrdí, že chodil po bytě, stále si něco šeptal a počítal nebo psal na lístečky, ale nikdy si nic nepsal do deníku. Přečetla si ho a dala ho k přečtení i svým synům. Uvnitř deníku byly popisky osob, míst a vysvětlená čísla. Po přečtení se shodli, že deník musí zničit. Proto manželka deník spálila. Po návratu z léčebny klient náhodou zjistil, že nemá deník na svém místě. Jeho manželka mu později sama řekla, že deník našla a po přečtení spálila. Další deník si nemocný nepíše, tvrdí, že má vše v hlavě a nepotřebuje si to psát.

Tabulka 4: Průběh nemoci po léčbě v psychiatrické léčebně

Otázky rozhovoru	R 1 - manželka	R 2 – nemocný
Pomohla manželovi léčba v psychiatrické léčebně.	Ano. I v průběhu hospitalizace velká změna k lepšímu. Omlouval se nám za své chování.	Uznává, že se cítil více uklidněný.
Jak se začal chovat po návratu domů.	Byl více vyrovnaný, deprese se zmírnily, až vymizely.	

(Zdroj: vlastní)

Axiální kódování k tabulce č. 4:

Již v průběhu hospitalizace v Psychiatrické léčebně v Opavě, došlo u manžela k velké změně k lepšímu. Uznal své nevhodné chování a omluvil se manželce a synům. Pravidelně užívá předepsané léky a chodí na kontroly. Stacionář odmítl dále navštěvovat, necítí se tam dobře. Po návratu domů působil více vyrovnaně a spokojeně. Deprese se zmírnily, dnes už skoro vymizely. Sám uznává, že se cítí více uklidněný.

Tabulka 5: Reakce okolí

Otázky rozhovoru	R 1 - manželka	R 2 – nemocný
Jak reagovalo Vaše okolí na nemoc.	Nikdo neví o nemoci, jen nejbližší rodina. Všimli si, že je jiný. Vypyтали se, co se stalo.	Nikommu o tom neřikal. Všimli si, že jsem se změnil.

(Zdroj: vlastní)

Axiální kódování k tabulce č. 5:

Nikommu o nemoci neřekli. Jen nejbližší rodina ví, že se jedná o schizofrenii. Sousedí a ostatní lidé, co klienta dobře znají, se vyptávali, co se s ním stalo, že už není takový jako dřív. Nepoznávali ho, stal se z něj úplně jiný člověk. Všem odpovídali, že prodělal pracovní úraz a musel zůstat doma. Před úrazem byl velice aktivní, věnoval se synům a trénoval i ostatní kluky na fotbale a florbale. Po úrazu nastoupilo období úplného útlumu. Žádný zájem o jakoukoli činnost ze strany respondenta ani ochota navázat s někým kontakt. Když šel po ulici, nepozdravil ani své kamarády, ani lidi ze sousedních bytů. Pro okolí bylo těžké se smířit s tím, že není už jako dřív.

Tabulka 6: Stigmatizace okolím

Otázky rozhovoru	R 1 - manželka	R 2 – nemocný
Pociťuješ ze strany ostatních lidí, že ti dávají najevo tvoji nemoc.		Ze začátku ano, teď už ne. Ze začátku byl přesvědčen, že se baví všichni o něm.
Jak bezpečně se cítíš ve svém každodenním životě.		Měl strach jít ven, nyní se cítí lépe. Chodí nakupovat, venčit psa, zajde na hokej..
Jak velké potíže Ti dělá pohybovat se mimo domov.		Teď už žádné.

(Zdroj: vlastní)

Axiální kódování k tabulce č. 6:

Ze začátku byl respondent přesvědčený, že se lidé v jeho okolí baví o něm. Vadilo mu to a měl velké problémy se s tím vyrovnat. Dnes je ve fázi, kdy je mu to jedno. Na počátcích onemocnění klient nebyl schopný základních sociálních úkonů jako např. dojet na poštu zaplatit složenku nebo jít do obchodu nakoupit potraviny. Dnes už dokáže tyto věci zařizovat. Trpěl představou pronásledování, měl stále pocit, že na něj někdo čeká a sleduje ho. Tento pocit ho přinutil až k tomu, že se uzavřel sám do sebe a přestal komunikovat s okolním světem. Nechtěl jít mimo domov. Jedině kde se cítil relativně klidně, byl jejich byt. Dodnes si respondent myslí, že mají doma v obývacím pokoji odposlech. Necítí se moc dobře, když se v tomto pokoji probírají soukromé, rodinné věci. Nyní už nemá problém pohybovat se mimo domov. Navenek působí velmi vyrovnaně a spokojeně.

Tabulka 7: Vliv „schizofrenika“ na život rodiny

Otázky rozhovoru	R 1 - manželka	R 2 – nemocný
Jak se změnil Tvůj život po určení diagnózy.	Učila jsem se žít vedle úplně jiného člověka. Nesměli jsme se bavit doma o určitých věcech (myslí si, že máme doma odposlech) nebo nosit např. červenou barvu. Převzetí všech povinností, domácnost závislá jen na mně.	Byl jsem úplně šílený, než jsem si zvykl být doma. Pocity pronásledování.
Jaký vliv má onemocnění na osobní život manžela.	Obrovský – jiná osobnost. Nemohl si zvyknout, že nepůjde do práce. Řekl mi, že si myslí, že se to mělo stát.	
Vliv onemocnění na rodinné vztahy.	Ze začátku bylo těžké s ním navázat kontakt. Komunikaci se vyhýbal, převážně jen mlčel. Museli si zvyknout postupně na to, že je jiný.	Na začátku nemoci nezájem o okolí. Jen polehával, nic ho nebavilo.
Spokojenost s osobními vztahy.		Zpočátku uzavřený do sebe. Teď nemá problém se bavit s lidmi, má pěkné vztahy s oběma syny.

(Zdroj: vlastní)

Axiální kódování í k tabulce č. 7:

Po klientovu úrazu převzala manželka na sebe všechny jeho povinnosti a celá domácnost byla závislá jen na ní. Najednou se o všechno musela postarat sama. Začátky jeho onemocnění nebyly jednoduché. Byl před ní úplně jiný člověk, než kterého znala. Snažili se přizpůsobovat jeho pravidlům, aby jejich domácnost mohla fungovat. Nebavili se v jeho přítomnosti o jeho nemoci, nenosili červenou barvu, kterou on považoval za provokativní vůči lidem. Jak pro manželku, tak pro oba syny to byla životní lekce. Nikdy předtím netušili, že by se něco takového mohlo přihodit jejich nejbližšímu členu rodiny. Postupně si museli zvyknout žít vedle nového člověka. Bylo pro ně těžké pochopit, co se vůbec děje s jejich otcem a manželem. Až po určení diagnózy začala manželka postupně poodhalovat, co všechno schizofrenie přináší. Dostala k nastudování hodně odborné literatury a příruček, které pročetla a snažila se pochopit. Podle manželky má nyní manžel jedno z nejklidovějších období své nemoci. Naučil se doma dělat svoje povinnosti jako je vaření, úklid, venčení psa, nakupování atd. Díky řádu, který má ve svých každodenních činnostech, se udržuje v dobré psychické i fyzické aktivitě a kondici.

6 DISKUSE

Na základě mého výzkumného šetření, které jsem uskutečnila pomocí polostrukturovaného rozhovoru, jsem došla k dosažení mých hlavních cílů a to: zjistit jak klient vnímá svoji nemoc a jak toto onemocnění vnímá klientova rodina. Výzkum probíhal v rodině nemocného. Mým respondentem byl člověk s paranoidní schizofrenií a jeho manželka. Výroky daných respondentů jsou zaznamenány v tabulkách a rozděleny do sedmi kategorií. Začátek, průběh a projevy onemocnění, léčba nemocného, deník, průběh nemoci po léčbě v psychiatrické léčebně, reakce okolí, stigmatizace okolím, vliv „schizofrenika“ na život rodiny.

Výzkum zjistil, jak vnímají respondenti nemoc, která vstoupila do jejich života. R1 (manželka) uvádí: „Ze začátku jsem to brala jako trest. Nedokázala jsem pochopit, proč to muselo potkat zrovna nás. Ale po těch letech už mi to ani nepřijde, že je nemocný. On někdy přizná, že je nemocný, ale z toho otočí, že je úplně zdravěj. Ono jak se mu to hodí zrovna.“ R2 (nemocný) udává: „Tak jako já nemám žádnou schizofrenii, ale když chtějí, abych ji měl, tak ji mám no. Jinak já jsem úplně normální, oni ze mě udělali blázna.“

Pro mě osobně, z mojí pozice, bylo náročné utříbit si všechny informace, které mi byly respondenty poskytnuty. Důvod je ten, že oba respondenty dlouhodobě znám, ale neměla jsem ponětí, co všechno museli zvládnout a překonat. S jistotou mohu říct, že oba respondenti jsou lidé, kteří se rozhodli neuvíznout v nelehké životní situaci a vydali se na cestu hledání a objevování nových možností a cílů.

V druhém hlavním cíli jsem zjišťovala, jaký vliv má onemocnění na kvalitu života klienta a na kvalitu života jeho rodiny. K zjištění tohoto cíle mi pomohlo, že se respondenti sami rozvykládali a spolupracovali. Výzkum ukázal, že nemoc zásadně změnila život všech členů domácnosti, včetně nemocného. Oba respondenti, se kterými výzkum probíhal, se shodli, že onemocnění má velký vliv na osobní i rodinné vztahy. R1 (manželka) uvádí: „Ze začátku bylo těžké s ním navázat kontakt. Komunikaci se vyhýbal, převážně jen mlčel. Museli jsme si postupně zvyknout, že je jiný.“ Pro R2 (nemocného) bylo ze začátku těžké zvyknout si, že nepůjde do práce. Uvádí: „Ze začátku mě nic nebavilo, jen jsem polehával. Neměl jsem o nic zájem.“

Z výsledků provedeného šetření vyplývá, že nemoc, která vstoupila do života respondentů, je vnímána jako obrovská změna a zvrát v jejich životě. Problém je také nemožnost nebo neschopnost nemocného pracovat a zapojit se tak do normálního života.

7 APLIKAČNÍ ROZMĚR

Ke zkvalitnění života duševně nemocných lidí je nutné zajistit dostatek aktuálních a nezkrácených informací. Poznatky získané kvalitativním výzkumem v této práci by mohly napomáhat širší veřejnosti a ošetřujícímu personálu při komunikaci a jednání s duševně nemocnými lidmi. Je zapotřebí všimnout si a nepřehlížet i zdánlivě malé úrazy hlavy, neboť právě tyto úrazy mohou být spouštěcím mechanismem pro onemocnění schizofrenií. Doprovázejícím faktorem mohou být i přetrvávající bolesti hlavy. Dalším ukazatelem, kterému je potřeba věnovat dostatek pozornosti, jsou bludy, které se mohou u klienta postupně začít projevat. Poznatky, které jsem získala při zpracování této bakalářské práce, bych se chtěla následně pokusit uvést do praxe formou workshopu. Výstup bude zaměřen na organizaci pracující s těmito lidmi.

ZÁVĚR

Schizofrenii jsem si jako téma své bakalářské práce vybrala záměrně. Mým záměrem je ukázat na životním příběhu konkrétního člověka a jeho rodiny, jak onemocnění schizofrenií zasáhlo do jejich života a jaký vliv má onemocnění na vztahy v rodině a osobní vztahy.

Nejdříve jsem se zaměřila na teoretickou část práce, ve které jsem popsala schizofrenii, příčiny vzniku schizofrenie, příznaky, typy schizofrenie, průběh onemocnění, jeho diagnostiku, léčbu a resocializaci, fáze léčby. V práci jsem zmínila pojem stigma a pojem kvalita života. Také jsem se zabývala zásadami komunikace s psychicky nemocným člověkem. V praktické části jsem si zvolila dvě výzkumné otázky. První výzkumná otázka si kladla za cíl zjistit, jak klient vnímá svoji nemoc a jak toto onemocnění vnímá klientova rodina. Druhou výzkumnou otázkou jsem chtěla zjistit, jaký vliv má onemocnění na kvalitu života klienta a na kvalitu života jeho rodiny. V praktické části práce jsem se zabývala kvalitativním výzkumným šetřením. Zvolila jsem techniku polostrukturovaného rozhovoru. Interpretace dat umožňuje nahlédnout, jaký život žije člověk se schizofrenií a jeho rodina, jak vnímají nemoc, co vedlo ke vzniku nemoci, co považují za překážky ve svém životě a co naopak pomáhá překonat omezení způsobené nemocí.

Výzkum v této práci mě obohatil o osobní zkušenost získanou při jednání s člověkem trpící schizofrenií. Získala jsem spoustu nových informací a zážitků, které se staly přínosem pro moji budoucí profesi. Výsledky získané výzkumem, bych se chtěla následně pokusit uvést do praxe formou workshopu. Výstup bude zaměřen na organizaci pracujících s těmito lidmi.

Byla bych ráda, kdyby práce byla přínosem, alespoň v malé míře, i pro ostatní. Přeji všem lidem, kteří trpí touto nemocí, aby i navzdory onemocnění svůj život prožili šťastně a aby se těmito lidem dostalo co nejvíce pochopení, ale hlavně podpory.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a ŠPANIEL, Filip, 2011. *Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, terapie pro 21. století*. Praha: Mladá fronta, 110 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2494-5.
- [2] BAUDIŠ, Pavel a LIBIGER, Jan, 2002. *Psychiatrie a etika*. Praha: Galén, 156 s. ISBN 80-7262-104-1.
- [3] ČEŠKOVÁ, Eva, 2007. *Schizofrenie a její léčba: průvodce ošetřujícího lékaře*. 2., rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 104 s. Farmakoterapie pro praxi; sv. 21. Jessenius. ISBN 978-80-7345-114-1.
- [4] ČEŠKOVÁ, Eva, SVOBODA, Mojmir, ed. a KUČEROVÁ, Hana, ed. , 2006. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál, 317 s. ISBN 80-7367-154-9.
- [5] DUŠEK, Karel a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena, 2010. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada, 632 s. Psyché. ISBN 978-80-247-1620-6.
- [6] GOFFMAN, Erving, 2003. *Stigma: poznámky k problému zvládnání narušené identity*. Praha: Sociologické nakladatelství, 167 s. Most: moderní sociologické teorie; sv. 3. ISBN 80-86429-21-0.
- [7] HERDMAN, T. Heather, ed., 2010. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2009-2011*. Praha: Grada, 456 s. xxiv. ISBN 978-80-247-3423-1.

- [8] HONZÁK, Radkin, ©1999. *Komunikační pasti v medicíně: praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*. 2., dopl. vyd. Praha: Galén, 165 s. ISBN 80-7262-032-0.
- [9] HORT, Vladimír et al., 2008. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 492 s. ISBN 978-80-7367-404-5.
- [10] KEBZA, Vladimír, 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 263 s. ISBN 80-200-1307-5.
- [11] KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 175 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2713-4.
- [12] LECHTA, Viktor a kol., 2003. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 359 s. ISBN 80-7178-801-5.
- [13] LINHARTOVÁ, Věra, 2007. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. Praha: Grada, 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
- [14] MAHROVÁ, Gabriela a kol., 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 168 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2138-5.
- [15] MARŠÁLEK, Michal, 2007. *Deprese u schizofrenie: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf, 80 s. Farmakoterapie pro praxi; sv. 24. Jessenius. ISBN 978-80-7345-116-5.
- [16] MOTLOVÁ, Lucie a KOUKOLÍK, František, 2005. *Schizofrenie: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén, 437 s. ISBN 80-7262-277-3.

- [17] MUSIL, Jiří V. a kol., 2006. *Klinická psychologie a psychiatrie: přehled pro studenty teologie a pedagogiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 205 s. Učebnice. ISBN 80-244-1153-9.
- [18] PRAŠKO, Ján a kol., 2009. *Poruchy osobnosti*. 2. vyd. Praha: Portál, 359 s. ISBN 978-80-7367-558-5.
- [19] PRAŠKO, Ján a kol., 2011. *Obecná psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 527 s. Učebnice. ISBN 978-80-244-2570-2.
- [20] PRAŠKO, Ján, PRAŠKOVÁ, Hana a PRAŠKOVÁ, Jana, 2003. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. Praha: Portál, 180 s. Rádci pro zdraví. ISBN 80-7178-809-0.
- [21] SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál, 2010. 155 s. ISBN 978-80-7367-691-9.
- [22] ŠTĚPKOVÁ, Vladana, 2012. *Život se schizofrenií – vyrovnávání se s nemocí v kontextu životního příběhu*. [online]. Zlín, 2012. [1. 5. 2013]. Dostupné z <https://portal.utb.cz/wps/myportal/prohlizeni>. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, ústav pedagogických věd. Vedoucí práce Mgr. Eva Šalenová.
- [23] VAĎUROVÁ, Helena a MÜHLPACHR, Pavel, 2005. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita, 143 s. ISBN 80-210-3754-7.

- [24] VÁGNEROVÁ, Marie, 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 870 s. ISBN 80-7178-802-3.
- [25] VENGLÁŘOVÁ, Martina a MAHROVÁ, Gabriela, ©2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 144 s. Sestra. ISBN 80-247-1262-8.
- [26] VYBÍRAL, Zbyněk, 2009. *Psychologie komunikace*. Vyd. 2. Praha: Portál, 319 s. ISBN 978-80-7367-387-1.

Internetový zdroj:

- [1] CAPZ. Práva duševně nemocných. *Capz-esprit.web.cz* [online]. © 2000 [cit. 2013-03-4]. Dostupné z: http://capz-esprit.web.cz/prispevky/dokumenty/deklar_prava_dusev_nemoc.html

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

atd.	A tak dále.
apod.	A podobně.
č.	Číslo.
s.	Strana.
tzv.	Takzvaný.
např.	Například.
R	Respondent.
Y	Nemocný
N	Starší syn
L	Přítelkyně od mladšího syna
K	Mladší syn
X	Manželka
CT	Počítačová tomografie

SEZNAM TABULEK

TABULKA 1: ZAČÁTEK, PRŮBĚH A PROJEVY ONEMOCNĚNÍ	58
TABULKA 2: LÉČBA NEMOCI.....	61
TABULKA 3: DENÍK	63
TABULKA 4: PRŮBĚH NEMOCI PO LÉČBĚ V PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNĚ	64
TABULKA 5: REAKCE OKOLÍ	65
TABULKA 6: STIGMATIZACE OKOLÍM	66
TABULKA 7: VLIV „SCHIZOFRENKA“ NA ŽIVOT RODINY	67

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Práva duševně nemocných

Přílohy 2 – Nanda Domény

Příloha 3 – Presentace k workshopu

PŘÍLOHA 1 - PRÁVA DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH

Diagnóza duševní choroby má být v souladu s přijatými lékařskými, vědeckými a etickými normami. Obtíže při adaptaci na morální, sociální a politické a jiné hodnoty nemají být samy o sobě považovány za duševní nemoc.

Základní práva osob, které jsou označeny jako duševně nemocné, odborně diagnostikovány jako duševně nemocné, léčeny jako duševně nemocné a považované za duševně nemocné nebo trpící emočními problémy, jsou stejná jako práva všech ostatních občanů.

Proto je také nutné:

- nepovažovat duševně nemocného v žádné situaci a za žádných podmínek za vyčleněného z lidské společnosti
- jednat s ním jako rovný s rovným, byť by tuto představu svým myšlením, chováním, konáním a stavem narušoval
- chránit jeho práva ve všech ohledech, byť si jich není vědom nebo nedává najevo, že si jich je vědom
- informovat jej o jeho stavu sociálním i zdravotním, o možnostech nápravy a léčby a být mu nápomocen
- informovat jej o jeho právech, respektovat je a pomáhat mu k jejich dosažení

Základní práva a potřeby duševně nemocných, která musí být zvláště chráněna, protože jsou nejčastěji porušována (případy porušování těchto práv):

- **Právo být vnímán a respektován jako jedinečná lidská bytost** (nedůstojné zacházení, zvláště při hospitalizaci)
- **Právo na svobodné rozhodování o sobě samém** (zneužívání nedobrovolné hospitalizace a příliš autoritativního terapeutického přístupu, někdy postup jiných orgánů)
- **Právo na soukromí** (kontrola pošty při hospitalizaci, nedostatek vlastního teritoria v lůžkových zařízeních)
- **Právo na práci a spravedlivou odměnu** (předčasná invalidizace, nemožnost sehnat práci při invalidním důchodu, nemožnost připravovat se na práci při dlouhodobé pracovní neschopnosti, odmítání ze strany potenciálních zaměstnavatelů, zadržování autorských honorářů, pracovní vykořisťování ap., nedostatečná odměna za práci)
- **Právo na přiměřené hmotné zabezpečení, zvláště při ztrátě či oslabení výdělečných možností** (nedostatečná výše invalidního důchodu, nedostatek ostatních sociálních podpor, nemožnost vydělávat peníze při invalidním důchodu)
- **Právo na přiměřenou životní úroveň, včetně potravy, šatstva, bydlení, lékařské péče a nezbytných sociálních služeb** (nedostupnost adekvátní lékařské péče, nedostupná sociální pomoc, vykazování do neuspokojivého bydlení)
- **Právo na spolurozhodování o léčebných výkonech a postupech** (direktivní terapeutický přístup, zvl. při nedobrovolné hospitalizaci)
- **Právo na informovanost o podstatných skutečnostech nemoci** (neposkytování či odmítání informací)

- **Právo na lidský kontakt, na osobní svobodu** (zakazování nebo omezování návštěv nebo kontaktů)
- **Právo na kultivaci a osobní růst** (nedostatek podnětů). (CAPZ, © 2000)

PŘÍLOHA 2 – NANDA DOMÉNY

Některé zvolené Nanda domény vztahující se k mému vybranému respondentovi s onemocněním paranoidní schizofrenie. Všechny diagnózy již nejsou u pacienta aktuální, ale v průběhu nemoci se u něj vyskytly, jiné přetrvávají dodnes.

Neefektivní zvládnání zátěže (00069)

Doména 9: Zvládnání/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládnání zátěže

Definice: Neschopnost zformulovat platné vyhodnocení stresorů, nesprávný výběr praktikovaných reakcí a nebo neschopnost používat dostupné zdroje.

Určující znaky

- nedostatečné řešení problémů
- nedostatek chování zaměřeného ke splnění určitého cíle
- změna v obvyklých komunikačních vzorcích
- uvádí neschopnost zvládat zátěž
- únava

Související faktory

- nejistota
- situační krize (Herdman ed., 2010, str. 245)

Sociální izolace (00053)

Doména 12: Komfort

Třída 3: Sociální komfort

Definice: osamělost zažívaná jednotlivcem a vnímaná jako negativní stav nebo stav ohrožení a jako by byla způsobená jinými.

Určující znaky

- onemocnění
- nekomunikativnost
- stažení se do sebe
- stažení se do sebe

Související faktory

- neschopnost zapojit se do uspokojujících osobních vztahů
- změny duševního stavu (Herdman ed., 2010, str. 344)

Úzkost (00146)

Doména 9: zvládání/ tolerance zátěže

Třída 2: reakce na zvládání zátěže

Definice: Vágní nelehký pocit diskomfortu nebo děsu, provázený autonomní reakcí (zdroj často nespecifický nebo neznámý dané osobě), pocit obav způsobený očekáváním nebezpečí. Je to výstražný signál, který varuje před hrozícím nebezpečím a umožňuje dané osobě přijmout opatření, aby hrozbě čelila.

Určující znaky

Behaviorální

- neklid
- nesoustředěnost
- ostražitost
- skenování

Emoční

- bázlivost
- obavy
- rozrušenost
- psychická nejistota
- sklíčenost
- strádání
- *vyděšenost*
- *ustrášenost*

Tělesné

- *zvýšené napětí* (Herdman ed., 2010, str. 234 – 235)

Strach (00148)

Doména 9: zvládání/ tolerance zátěže

Třída 2: reakce na zvládání zátěže

Definice: Reakce na vnímané ohrožení, které je vědomě rozpoznáno jako nebezpečí.

Určující znaky:

- sděluje nebezpečí
- sděluje strach

Kognitivní

- identifikuje předmět strachu

Behaviorální

- impulzivnost
- vyhýbavé chování (Herdman ed., 2010, str. 252 - 253)

Zanedbání sebe sama (00193)

Doména1: Podpora zdraví

Třída 2: Management zdraví

Definice: model kulturně ohraničených chování, zahrnujících jednu nebo více aktivit sebezpečí, kde chybí udržování sociálně akceptovaného standardu zdraví a well – being.

Určující znaky

- nedodržování aktivit k podpoře zdraví

Související faktory

- deprese
- paranoidní porucha osobnosti
- zhoršení funkce
- schizotypní porucha osobnosti (Herdman ed., 2010, str. 60)

Neschopnost zvládat zátěž v rodině (00073)

Doména 9: zvládání/tolerance zátěže

Třída 2: reakce na zvládání zátěže

Definice: chování blízké osoby (člena rodiny nebo jiné primární osoby), které zhoršuje její schopnost a schopnosti klienta efektivně řešit úkoly důležité pro přizpůsobení se zdravotnímu problému klienta ze strany kterékoliv z těch osob.

Určující znaky

- deprese
- zanedbání/ opomíjení vztahů s ostatními členy rodiny

Související faktory

- vysoce ambivalentní rodinné vztahy (Herdman ed., 2010, str. 244)

PŘÍLOHA 3 – PREZENTACE K WORKSHOPU

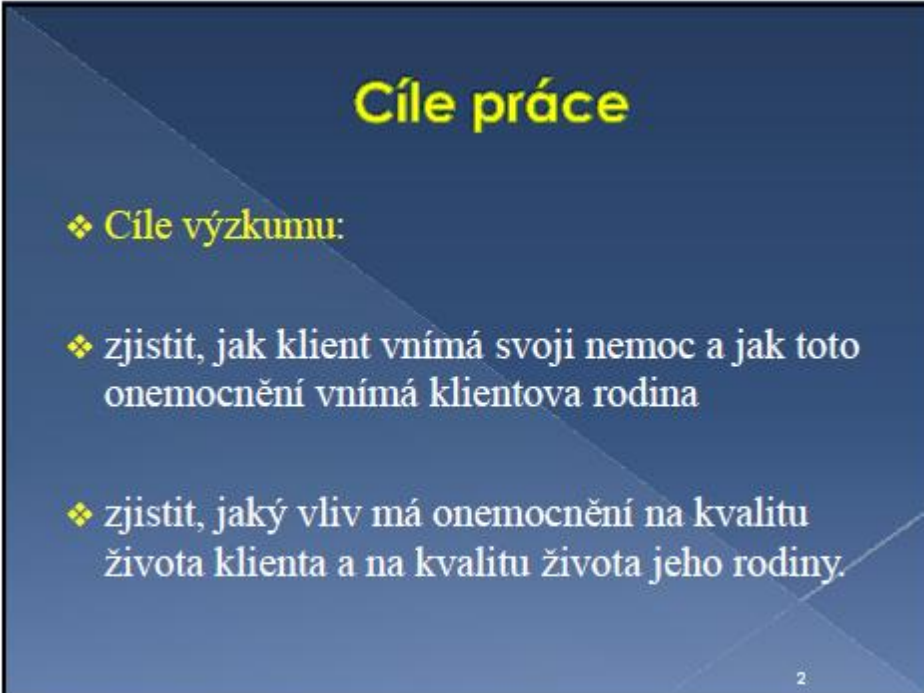


Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Schizofrenie očima klienta a jeho rodiny

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jana Kutňohorská, CSc.
Studentka: Libuše Cézová

1



Cíle práce

- ❖ **Cíle výzkumu:**
- ❖ zjistit, jak klient vnímá svoji nemoc a jak toto onemocnění vnímá klientova rodina
- ❖ zjistit, jaký vliv má onemocnění na kvalitu života klienta a na kvalitu života jeho rodiny.

2

Praktická část

- ❖ **Metoda průzkumu:** rozhovorové šetření
- ❖ **Počet respondentů:** výzkumu se zúčastnili 2 respondenti
- ❖ R1: manželka nemocného
- ❖ R2 : klient s paranoidní schizofrenií

3

Charakteristika respondentů

- ❖ **Hlavní respondent** muž, věk 53 let, diagnóza paranoidní schizofrenie, léčí se s touto diagnózou 11 let.
- ❖ Žije se svojí **manželkou** a se svými dvěma syny v bytě. Nemocný pobírá plný invalidní důchod. Manželka, věk 49 let, pracuje jako uklízečka. Rodina chce zůstat v anonymitě, proto neuvádím jména ani žádné jiné osobní údaje.

4

Otázky kladené manželce

- ❖ *Jak se změnil Tvůj manžel po zjištění nemoci?*
- ❖ *Jak vnímáš manželovu nemoc?*
- ❖ *Jak probíhalo onemocnění u manžela?*
- ❖ *Jak dlouho trvalo období, kdy měl pocit, že ho někdo pronásleduje, sleduje, vyhrožuje mu?*
- ❖ *A jak probíhalo dál období schizofrenie u tvého manžela?*
- ❖ *Jak se projevuje onemocnění v nynější době u manžela?*
- ❖ *Jak reagovalo Vaše okolí po zjištění onemocnění u Tvého manžela?*
- ❖ *Jaký dopad mělo onemocnění Tvého manžela na Tvůj život a jak se změnil Tvůj život po zjištění manželovy diagnózy?*
- ❖ *Jaký vliv má onemocnění na osobní život manžela?*
- ❖ *Jaký vliv má onemocnění manžela na rodinné vztahy?*
- ❖ *Byla jsi s ním od začátku, když se u něj začala nemoc projevovat?*

5

Otázky kladené nemocnému

- ❖ *Pocítuješ ze strany druhých lidí, že ti dávají najevo tvoji nemoc?*
- ❖ *Kdy u tebe vzniklo onemocnění?*
- ❖ *Jak se u Tebe začalo projevovat onemocnění?*
- ❖ *Jak probíhala první návštěva na psychiatrů?*
- ❖ *A jaký byl tvůj program v Opavě?*
- ❖ *Jsi poživatel invalidního důchodu a jakého stupně?*
- ❖ *Jak moc se Ti změnil život po určení diagnózy?*
- ❖ *Takže podle tebe máte ten odposlech v obyváku?*
- ❖ *A kdo jsou ti lidé, kterým říkáš „ONI“?*
- ❖ *Jaká byla Tvoje reakce, když ti řekli, že trpíš schizofrenií a jak vnímáš nemoc?*
- ❖ *Z čeho se ve svém životě nejvíce raduješ?*
- ❖ *Navštěvuješ nějaké zařízení (neziskovou organizaci), kde se setkáváš s lidmi, kteří mají stejné potíže?*
- ❖ *Chtěl bys pracovat? A jakou práci by sis představoval?*
- ❖ *Uvědomoval sis sám před stanovením diagnózy, že něco není v pořádku?*
- ❖ *Jaké jsou hodnoty Tvého života, které mu dávají smysl?*
- ❖ *Jak bezpečně se cítíš ve svém každodenním životě?*
- ❖ *Jak velké potíže Ti dělá pohybovat se mimo domov?*
- ❖ *Jak spokojený jsi se svými osobními vztahy? (rodina, přátelé)*
- ❖ *Jaké máš koníčky, zájmy? Kdo Ti pomáhá je realizovat?*

6

Hlavní cíl a jeho výsledky

- ❖ Jak klient vnímá svoji nemoc a jak toto onemocnění vnímá klientova rodina?

	R1 - manželka	R2 – nemocný
Jak vnímáš nemoc?	<i>Ze začátku jsem to brala jako trest. Nedokázala jsem pochopit, proč to muselo potkat zrovna nás. Ale po těch letech už mi to ani nepřijde, že je nemocný. On někdy přizná, že je nemocný, ale z toho otočí, že je úplně zdravěj. Ono jak se mu to hodí</i>	<i>Tak jako já nemám žádnou schizofrenii, ale když chtějí, abych jí měl, tak ji mám no. Jinak já jsem úplně normální, oni ze mě udělali blázna.</i>

Hlavní cíle jeho výsledky

- ❖ Jaký vliv má onemocnění na kvalitu života klienta a na kvalitu života jeho rodiny?

	R1 – manželka	R2 - nemocný
Jak se změnil Tvůj život po určení diagnózy?	<i>Převzetí všech povinností, domácnost závislá jen na mně. Učila jsem se žít vedle úplně jiného člověka. Nesměli jsme se bavit doma o určitých věcech (myslí si, že máme doma odposlech) nebo nosit např. červenou barvu.</i>	<i>Byl jsem úplně šílený, než jsem si zvykl být doma. Měl jsem pořád pocit , že mě někdo sleduje.</i>

Hlavní cíl a jeho výsledky

- ❖ Jaký vliv má onemocnění na kvalitu života klienta a na kvalitu života jeho rodiny?

	R1 - manželka	R2 - nemocný
Jaký vliv má onemocnění na rodinné vztahy?	<i>Ze začátku bylo těžké s ním navázat kontakt. Komunikaci se vyhýbal, převážně jen mlčel. Museli jsme si zvyknout postupně, že je jiný.</i>	<i>Na začátku nemoci jsem neměl o nic zájem. Jen jsem polehával, nic mě nebavilo.</i>

9

Shrnutí cílů

- ❖ Cílem této práce bylo hlouběji přiblížit problematiku života lidí s touto nemocí, ukázat na životním příběhu konkrétního člověka a jeho rodiny, jak onemocnění schizofrenií zasáhlo do jejich života, jaký vliv má onemocnění na vztahy v rodině a osobní vztahy, jakým způsobem se s onemocněním vyrovnávali a získali hlubší pochopení sebe samých.
- ❖ Cíle jsem dosáhla, zjistila jak klient vnímá nemoc a jak nemoc vnímá jeho rodina – získané zkušenosti chci předat dál, proto před Vámi dnes vystupuji.

10

Děkuji za pozornost

