

Život se schizofrenií – vyrovnávání se s nemocí v kontextu životního příběhu

Vladana Štěpková

Bakalářská práce
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav pedagogických věd
akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Vladana ŠTĚPKOVÁ**
Osobní číslo: **H08220**
Studijní program: **B 7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Život se schizofrenií – vyrovnávání se s nemocí
v kontextu životního příběhu**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti schizofrenních onemocnění.
Příprava metodiky výzkumné části.
Realizace kvalitativního výzkumu.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. Psychiatrie. Praha: Tigris, 2002. ISNB 80-900130-1-5

MIOVSKÝ, M. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada, 2006. ISNB 80-247-1362-4

PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče. Praha: Triton, 2009. ISNB 978-807387-253-3

PAYNE, J. Kvalita života a zdraví. Praha: Triton, 2005. ISNB 80-7254-657-0

VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004. ISNB 80-7178-802-3

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Eva Šalenová

Ústav pedagogických věd

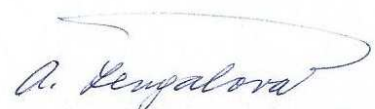
Datum zadání bakalářské práce:

30. listopadu 2011

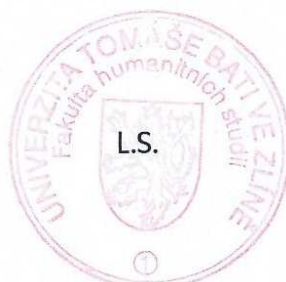
Termín odevzdání bakalářské práce:

4. května 2012

Ve Zlíně dne 12. ledna 2012



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



Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

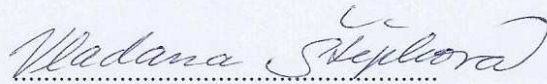
Beru na vědomí, že

- 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 30.9.2012


.....

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 nevydělečně 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, užije-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 užít 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 přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Tato práce se zabývá schizofrenií, závažným duševním onemocněním, které postihuje 1% populace. Práce se skládá z teoretické a praktické části. V teoretické části je popsáno onemocnění, jeho příčiny, příznaky, průběh a léčba. Zmíněny jsou dopady tohoto onemocnění na kvalitu života nemocného. Praktická část práce je věnována kvalitativnímu výzkumu. Cílem práce je zjistit, jak se nemocný vyrovnává s dopady onemocnění v jednotlivých oblastech svého života a přispět k hlubšímu porozumění osobní zkušenosti života s touto nemocí.

Klíčová slova: schizofrenie, duševní onemocnění, kvalita života

ABSTRACT

This thesis deals with schizophrenia which is a serious mental illness, that afflicts more than 1% of the population. The thesis consists of two sections: the practical one and theoretical one. In its theoretical part it describes the illness, its causes, symptoms, course and treatment. It also mentions its impact on the quality of life of the people who are afflicted by it. The practical part is concerned with quantitative research. Its goal is to find out how patients cope with the impact of the illness on various areas of their lives and also to contribute to a deeper understanding of personal experience of people living with the illness.

Keywords: , schizophrenia, mental illness, quality of life

Děkuji Mgr. Evě Šalenové za odborné vedení této bakalářské práce. Můj dík patří také panu P., který mi s velkou odvahou a otevřeností vyprávěl svůj životní příběh.

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 ONEMOCNĚNÍ.....	13
1.2 PŘÍZNAKY	13
1.3 PRŮBĚH ONEMOCNĚNÍ.....	15
1.4 DRUHY SCHIZOFRENIE	16
1.5 LÉČBA	18
1.6 HISTORIE PÉČE O DUŠEVNĚ NEMOCNÉ.....	20
1.7 SOUČASNÁ SITUACE V PÉČI O NEMOCNÉ	21
2 DOPADY ONEMOCNĚNÍ	23
2.1 KVALITA ŽIVOTA SE SCHIZOFRENIÍ	24
2.2 MOŽNOST ZOTAVENÍ	25
3 SOCIÁLNÍ PRÁCE S NEMOCNÝMI SCHIZOFRENIÍ	28
II PRAKTICKÁ ČÁST	30
4 METODOLOGIE VÝZKUMU	31
4.1 CÍLE VÝZKUMU	31
4.2 VÝZKUMNÉ METODY	31
4.2.1 Narativní interviu.....	31
4.2.2 Analýza dokumentů.....	32
5 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO PROCESU	33
5.1 VÝBĚR RESPONDENTA	33
5.1.1 Charakteristika respondenta	33
5.1.2 Charakteristika zařízení, ve kterém proběhnul výzkum.....	33
5.2 PROCEDURA SBĚRU A ZPRACOVÁNÍ DAT.....	34
5.2.1 Souhlas s použitím citlivých údajů.....	35
6 INTERPRETACE	36
6.1 UČENÍ, ŠKOLA	36
6.2 ZDRAVÍ	37
6.3 BYDLENÍ.....	40
6.4 PRÁCE	40
6.5 VOLNÝ ČAS	42
6.6 SOCIÁLNÍ OBLAST.....	42
6.6.1 Rodinné vztahy.....	44
6.6.2 Přátelské vztahy.....	44

6.6.3	Partnerské vztahy	45
7	SHRNUTÍ VÝZKUMNÉ ČÁSTI.....	47
8	INDIVIDUÁLNÍ PLÁN	49
	ZÁVĚR	54
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	56
	SEZNAM PŘÍLOH.....	58

ÚVOD

V této bakalářské práci se budu zabývat duševním onemocněním, schizofrenií, která je opředena řadou předsudků a mýtů, vyplývajících z neznalosti a malé informovanosti. Nemocní se pak musí vypořádávat nejen s dopady onemocnění, ale často také se stigmatizací ze strany jednotlivců i celé společnosti. Jedná se o nemoc, která má dopad nejen na jednotlivce, ale i jeho rodinu a celou společnost. V této práci se zaměřím na to, jaký má tato nemoc dopad na jedince. Mým cílem je vidět za diagnózou člověka, kterému onemocnění změnilo život. Sledovat průběh života konkrétního člověka, který se musel naučit žít se svým onemocněním a denně se potýkat s omezeními, které mu toto závažné onemocnění přineslo. Jak se mu daří vyrovnávat se s nemocí a jakým způsobem probíhá proces zotavování na pozadí životního příběhu. Co mu nejvíce v tomto procesu pomohlo, co naopak bylo nejtěžší.

Můj zájem o tuto problematiku vznikl po zhlédnutí výstavy pacientů bohnické psychiatrické léčebny. Tato výstava mne velmi zasáhla silou a působivostí výtvarných děl. Poprvé jsem si položila otázku, jaký je život s tímto onemocněním.

V teoretické části práce popíšu onemocnění, jeho příznaky, průběh a léčbu, ale také dopady, které toto onemocnění má a s jakými omezeními se nemocní schizofrenií nejčastěji setkávají. V praktické části se budu věnovat kvalitativnímu výzkumu a metodou narativního rozhovoru se pokusím o vhled do problematiky vyrovnávání se s nemocí a procesu zotavování na pozadí životního příběhu člověka, který se dlouhodobě léčí se schizofrenií. Domnívám se, že je třeba věnovat pozornost subjektivnímu prožívání onemocnění, aby bylo možno lidem s tímto onemocněním co nejefektivněji pomoci a směřovat správným směrem podporu a péči.

Úkolem společnosti je pomáhat nemocným v boji, který vedou o zachování své osobnosti a kvality života. A to je možné pouze s hlubší znalostí této problematiky a porozuměním nemocným. Cílem by mělo být pomoci lidem, kteří onemocněli schizofrenií, žít plnohodnotný život i při omezeních, které tato nemoc přináší. Medicínský pohled a odstraňování symptomů zde nestačí.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SCHIZOFRENIE

Schizofrenie je závažné duševní onemocnění z okruhu psychóz. Jedná se o onemocnění mozku. Zásadním způsobem ovlivňuje prožívání nemocného a jeho vztah ke světu, který jej obklopuje. Nemocný ztrácí kontakt s realitou a uzavírá se ve svém světě přeludů a fantazií. Obecně je schizofrenie charakterizována poruchou myšlení i emocí. Takzvaný „rozštěp osobnosti“ je projevem nedostatku jednoty mezi myšlenkovým obsahem a emocemi. Tato nemoc je jednou z nejčastějších příčin přiznání invalidního důchodu. Toto onemocnění představuje značnou zátěž pro člověka, který onemocněl, jeho rodinu, i pro společnost.

Podle Boučka (2006) je schizofrenie závažné duševní onemocnění, které významně narušuje schopnost nemocného srozumitelně se chovat, jednat a uplatnit se v životě. Jedná se o psychotické onemocnění, které naruší vztah člověka ke skutečnosti a dochází při ní k osobnostním změnám. Ty vedou často k tomu, že jedinec nemůže pokračovat v životě tak, jak by si sám přál. Schizofrenie má dopady na pracovní uplatnění člověka a na jeho společenskou prestiž. Tento dopad je zřejmý především ve společnostech, kde je zdůrazňován individuální výkon a zodpovědnost.

Libiger (in Hoschl, „Libiger, Švestka, 2004) zdůrazňuje, že schizofrenie je mezi příčinami neschopnosti být produktivně činným v průmyslově vyspělém světě na pátém a celosvětově na devátém místě.

Schizofrenie se vyskytovala ve všech historických epochách, měnil se pouze obsah bludů a halucinací. Libiger (in Höschl, Libiger, Švestka, 2004) uvádí, že pojem schizofrenie se v literatuře poprvé objevil v roce 1911 v monografii *Dementia praecox* Eugena Bleuera. Bleuer čerpal při vzniku tohoto pojmu z psychiatrické tradice francouzské a německé učenosti. Tato nemoc se vyskytuje ve všech zemích světa, postihuje muže i ženy.

„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 str. 334).

Schizofrenie je velmi stigmatizujícím onemocněním. Podle Libigera (Höschl, Libiger, Švestka 2002, str. 398) *„Stereotyp a stigma schizofrenie jsou zvláštními a výraznými příklady obecného stereotypu a stigmatu duševního onemocnění.“*

Schizofrenie je onemocněním léčitelným, za předpokladu odpovídající a včasné léčby.

1.1 Příčiny onemocnění

Teorií vzniku schizofrenie je celá řada. V současné době se po intenzivních výzkumech v této oblasti vykládá schizofrenie jako společné působení řady biologických a psychosociálních faktorů. Tyto faktory můžeme rozdělit na vrozené a dědičné, vlivy prostředí, v němž nemocný žije a události, se kterými se v životě setkal. Vždy se ale musí spojit určitá dispozice se spouštěčem nemoci. Spouštěčem je často nadměrný stres, někdy užívání drog.

Libiger (in Höschl, Libiger, Švestka, 2004, str. 364) uvádí, že „*od poloviny sedmdesátých let chápeme schizofrenii jako důsledek vzájemného působení dvou faktorů dispozice (zranitelnosti - vulnerability) a zátěže (stresu). Dědičná nebo získaná vloha tedy disponuje k selhání adaptivních funkcí duševního života pod vlivem zátěže. To vede k nepřizpůsobivému chování a prožívání a chování, které prohloubí snížení odolnosti jedince a vyústí do klinické manifestace onemocnění.*“

Neustále však probíhá řada studií, které se tímto tématem zabývají. Sledována je dědičnost, prostředí, biochemické faktory. Přes veškerý pokrok však dodnes s jistotou nemůžeme říci, co schizofrenii způsobuje.

1.2 Příznaky

Současné vědecké poznání popisuje příznaky schizofrenie jako následek některých chemických pochodů v určitých částech mozku. Problémem je narušení rovnováhy mezi chemickými látkami, které se účastní přenosu nervového vzruchu mezi buňkami.

Při schizofrenii dochází k poruše mnoha funkcí – k poruše vnímání, myšlení i nálad.

Schizofrenie má mnoho příznaků, které se mohou vyskytovat v různých kombinacích a s různou intenzitou. Mohou se v průběhu onemocnění měnit. Příznaky dělíme na pozitivní a negativní. Pozitivní příznaky představují „něco navíc“, negativní příznaky ukazují, co chybí nebo je sníženo. Typickými pozitivními příznaky u schizofrenie jsou halucinace a bludy. Nemocní vidí, slyší a cítí věci, které ostatní nevnímají. Halucinacemi mohou být postiženy všechny smysly, nejčastější jsou však halucinace sluchové. Nemocný slyší hlasy, které hovoří s ním, o něm, nebo komentují. Nebezpečné jsou hlasy, které přikazují, mohou člověka dovést například až k sebevraždě nebo trestnému činu.

Halucinace můžeme rozdělit na sluchové, zrakové, tělové, čichové a chuťové. Motlová a Koukolík (2005) uvádí, že u schizofrenie se vyskytují halucinace, pseudohalucinace, iluze a různé neobvyklé prožitky. Iluze jsou poruchy vnímání, kdy nemocný například místo elektrické šňůry vidí hada.

Bludy jsou mylná, chorobná přesvědčení, které nejde vyvrátit reálnými argumenty. Často se vyskytují celé systémy bludů. Podle Motlové a Koukolíka (2005) je pro blud charakteristická chorobnost (vznikající v důsledku nemoci) a nevývratnost. Obsah bludů je různý. Nejčastější je blud vztahovačnosti, kdy si nemocný různé situace vztahuje ke své osobě (například je přesvědčen, že k němu hovoří z televize). U paranoidně perzekučních bludů se dotyčný cítí pronásledován, například rozvědkou, sousedem či mimozemšťany. Bludy ovlivňování a kontrolování způsobují u nemocného pocit, že na něj někdo na dálku působí. Mohou se vyskytovat také bludy religiózní.

Z dalších symptomů schizofrenie můžeme jmenovat emoční zploštělost, úpadek vůle, iniciativy, ztrátu zájmů, sociální izolaci. Častá je také porucha nálad, nemocný může trpět depresemi, úzkostmi, stavy vnitřního napětí a nepohody. Poruchy kognitivních funkcí mohou pak působit nemocnému problémy a selhávání v každodenních činnostech a v běžných situacích, nemocný může mít potíže se soustředěním, plánováním, pochopením informací a řešením problémů. Motlová a Koukolík (2005) uvádí, že schizofrenii často provází dezorganizované myšlení, řeč i chování. Řeč pacienta ukazuje na stav jeho myšlení. Sloní projev pacienta často nemá hlavu ani patu, extrémní podobou je tzv. „slovní salát“. Časté je užívání neologismů, tedy pojmů, které si nemocný vymyslel a kterým rozumí jen on. Řeč je chudá, bez obsahu, mohou se vyskytovat zárazy, kdy se myšlení náhle zastaví. Důsledkem ztráty soudržnosti řeči, myšlenek a pohybů je nápadné chování. Celkový obraz mohou provázet nápadnosti v oblékání. Podle Češkové (2005) bývá u schizofrenie často přítomná deprese, hlavně v počáteční fázi onemocnění. Deprese je součástí psychotické ataky a po jejím odeznění pokračuje jako postpsychotická deprese. Asi 10% nemocných spáchá sebevraždu. Motlová a Koukolík (2005) naproti tomu však uvádí, že sklon k myšlenkám na sebevraždu, sníženému hodnocení až nenávidění sebe samého není většinou vyvolán nemocí, ale je důsledkem uvědomování si přímých i sekundárních důsledků onemocnění, jako je zhoršení intelektu, neúspěch v práci a soukromém životě, ztráta důvěry ve své vlastní schopnosti, ve své smysly a zhoršení celkové kvality života.

Podle Vágnerové (2004) je důležitým znakem schizofrenie narušení orientace v realitě. Nemocný není schopen běžným způsobem pracovat s informacemi. Také normálně nevnímá podněty z okolí a ze svého těla. Dochází k zahlcení podněty, nedostatečnému chápání souvislostí. Nemocný uvažuje jiným způsobem než ostatní lidé. Vše pro něj může mít zvláštní význam. Z toho pramení silné pocity nejistoty a ohrožení. V mysli panuje informační a myšlenkový chaos. Často dochází k autistickým projevům, nemocný se stahuje do sebe, do svého světa. Nemocný neustále zvládá chaos ve své mysli a není schopen věnovat pozornost normálnímu životu. Nemocní bývají přecitlivělí, mění se jejich citové prožívání. Emoce jsou často nepřiměřené. Postupně se v pozdějších fázích nemoci dostavuje citová otupělost a celkový útlum, neschopnost prožívat emoce. Nemocný si pod vlivem nemoci myslí, že je středem světa, vše se točí kolem něj. Vše vztahuje k vlastní osobě.

1.3 Průběh onemocnění

Počátek onemocnění může být náhlý, nebo se onemocnění rozvíjí delší dobu. Dobu před vypuknutím nemoci nazýváme prodromální fáze a mohou se v ní vyskytovat nápadnosti a náznaky. Podle Vágnerové (2004) můžeme mezi prodromální příznaky řadit zvýšenou zranitelnost a slabost ega, nápadně introvertní zaměření, omezenou schopnost osamostatnění a nápadná vázanost na rodiče a známé prostředí, obtíže v mezilidských vztazích, nižší výkon ve škole či v zaměstnání a somatické stesky neurčitěho charakteru, unavitelnost, nespavost. Následuje období propukání nemoci. „*Krystalizační fáze chorobného procesu se projevuje nejen celkovým neklidem, nejistotou a úzkostí, ale i pocitem, že se děje něco divného, ohrožujícího, co si nedovede vysvětlit. Přestává rozumět světu, nevyzná se v něm a často nerozumí ani sám sobě.*“ Vágnerová (2004, str. 350).

Průběh u tohoto onemocnění je různý. Střídá se období atak (akutní fáze nemoci) a remisí (klidové stádium nemoci). Nemoc se může projevit ojedinělou atakou, po které dojde k ústupu potíží, nebo se ataky mohou opakovat v různých intervalech a střídají se s obdobími remisí. Opakování ataky nazýváme relapsem (znovuvzplanutím). Každá ataka představuje velkou zátěž pro nemocného, proto je nutno pokud možno relapsům předcházet. Onemocnění může mít tento průběh: chronický, v atakách s postupným defektem, se stabilním defektem, v atakách s remisemi, neúplná remise, úplná remise.

Motlová a Koukolík (2005) uvádí, že schizofrenie je epizodické onemocnění. To znamená, že asi u 60 % se může vracet v nových epizodách nemoci, které se nazývají relapsy.

Schizofrenní onemocnění má však často sklony k chronicitě. Potom má onemocnění vleklý průběh a může dojít i ke změnám osobnosti nemocného a úbytku jeho kompetencí v různých oblastech.

Jak se onemocnění bude vyvíjet, závisí na mnoha faktorech. Ale vždy je naděje na zlepšení, neustále jsou vyvíjeny nové léky a také vznikají nové rehabilitační programy.

Motlová, Koukolník (2004) k tématu uvádějí, že nepříznivé životní okolnosti mohou ovlivnit průběh schizofrenie. Chronicky stresující je život v chaotické a hostinné rodinné atmosféře. K dalším negativním zkušenostem patří rozpad sociální sítě, životní nejistota v důsledku dlouhodobé pracovní neschopnosti, nedostatek adekvátních pracovních příležitostí a bezdomovectví.

Libiger (in Höschl, Libiger, Švestka, 2004) charakterizuje průběh onemocnění jako proměnlivý. Povahu změn, jejich stálost, hloubku, trvalost a výsledek určuje střed mnoha vlivů. K dalším faktorům patří nejen chorobný proces, ale také osobnost nemocného, jeho fyziologická výbava, schopnost adaptivního chování, sociální prostředí a intenzita stimulace. Studie prokázaly, že nejvíce proměnlivé je onemocnění ve svém počátku. Prognózu dalšího vývoje lze určit z průběhu prvních pěti let onemocnění. Nejdůležitější je však vznik první epizody schizofrenní psychózy. Typický začátek je v období adolescence a v časně dospělosti. Vrchol výskytu je mezi 20 – 24. rokem.

1.4 Druhy schizofrenie

Velká proměnlivost příznaků schizofrenních onemocnění vedla k rozčlenění do několika forem. Rozlišujeme schizofrenii paranoidní, hebefrenní, katatonní, simplexní, rezudiální a nediferencovanou formu schizofrenie.

Nejčastějším a nejznámějším typem schizofrenie je schizofrenie paranoidní. Dle Švestky (2001) je paranoidní forma schizofrenie charakterizována především bludy. Vztahovačné bludy nejsou jen perzekuční, ale i bludy ovládnutí, ovlivňování, tajné nápomoci. Bludy jsou často doprovázeny halucinacemi. Typické jsou imperativní halucinace, komentující hlasy nebo slyšení hovorů hodnotících nemocného jedince. K obvyklým sluchovým přistupují halucinace tělové, taktilní, čichové i chuťové. Vágnerová (2004, str. 345) k paranoidní schizofrenii uvádí: „Nemocný je ke svému okolí patologicky podezřívavý, vztahovačný,

v rámci svého bludu je přesvědčen, že je ohrožen, pronásledován, hrozí mu zničení, bude použit k nějakému účelu nadpřirozenými silami.“

U tohoto typu onemocnění je narušeno myšlení, emotivita, nemocní mívají poruchu vůle a většinou mají problém přinutit se k nějaké činnosti.

Hebefrenní forma schizofrenie vzniká v období dospívání a rané dospělosti. Projevuje se klackovitým chováním, může ji doprovázet šklebení, chichotání, povrchnost, narušení emocí i afektivity, kolísání nálad. Podle Vágnerové (2004) se hebefrení schizofrenie jeví jako prohloubená a protahovaná puberta s podivným způsobem uvažování. Nemocní mají sklony k nevhodnému vtipkování a znevažování druhých, nápadná je mimika, ve které se nedá orientovat. Nemocní často různě grimasují a chovají se nepřiměřeně situacím.

Katatonní forma je charakterizována ztuhlostí, nereagováním na podněty z vnějšího světa, pacient verbálně nekomunikuje. Je utlumena aktivita, vůle k jakékoli činnosti. Pacient se často nehýbá a dlouho zůstává v jedné poloze. Podle Vágnerové (2004) je však katatonní forma schizofrenie v současné době vzácná.

U simplexní schizofrenie dochází ke změně osobnosti, nečinnosti až tuposti, často je přítomno zanedbávání hygieny a zhoršení péče o sebe. Může se projevovat podivným chováním, nemocný není schopen vyhovět společenským požadavkům. Vágnerová (2004, str. 349) k tomuto typu schizofrenie uvádí: *„Na počátku se může jevit jako porucha osobnosti s nápadnou leností a sociální nepřizpůsobivostí. Nemocní nerespektují běžné sociální normy, potulují se a zahálejí. Jsou bez zájmu o cokoli, tráví celé dny v nečinnosti. Jsou nápadní svou neschopností zvládat i běžné požadavky, přestávají o sebe dbát, postupně upadají.“*

Reziduální forma schizofrenie představuje chronické stádium ve vývoji nemoci. Je charakterizována dlouhodobými symptomy, zpomalením, sníženou aktivitou, otupělostí, sníženou péčí o vlastní osobu, defektními sociálními projevy.

Nediferencovaná schizofrenie je psychotický stav, který nesplňuje všechna diagnostická kritéria pro schizofrenii a nelze jej zařadit do předcházejících typů schizofrenie.

1.5 Léčba

Schizofrenii diagnostikuje lékař – psychiatr na základě klinického posouzení aktuálního stavu, informací od pacienta, rodinných příslušníků a obvodního lékaře. Řídí se diagnostickými kritérii popsány v MKN – 10, což je mezinárodní klasifikace nemocí. Diagnostickými kritérii jsou dle Švestky (Höschl, Libiger, Švestka, 2002) tyto symptomy: bludy, halucinace, dezorganizovaná mluva, například časté zabíhání nebo inkoherece, hrubě dezorganizované nebo katatoní jednání, negativní symptomy jako například emoční oploštělost, abulie, alogie. Je vyžadována přítomnost alespoň dvou příznaků po většinu času během jednoho měsíce. V případě, že jsou bludy bizarní a halucinace jsou sluchové, komentující pacientovy myšlenky nebo chování, nebo jedná-li se o hlasy, které spolu konverzují, stačí jeden z těchto příznaků. V oblasti sociální a pracovní kompetence je vodítkem k diagnóze snížení kompetencí v jedné nebo více oblastech jedince, jako je práce, mezilidské vztahy nebo péče o vlastní osobu.

Psychiatr si také vyžádá psychologické vyšetření, které pomůže stanovit diagnózu a také posoudí dopad onemocnění na psychické funkce nemocného. Potom psychiatr přistoupí k léčbě. Libiger (in Höschl, Libiger, Švestka, 2004) se domnívá, že péče o pacienta se schizofrenií má být vysoce individualizovaná a zacílená k postupnému dosažení definovaných cílů. Je na psychiatrovi, aby posoudil pacientovu pracovní způsobilost, pokud pracovní neschopnost trvá rok, navrhne částečný či plný invalidní důchod.

Při léčbě akutní ataky psychotického onemocnění je vždy nutná léčba psychofarmaky a obvykle je nutná hospitalizace na lůžkovém psychiatrickém oddělení. Klíčovou roli hraje i včasná psychosociální intervence. Bez ní velmi pravděpodobně dojde k izolaci nemocného a sníží se naděje na jeho návrat do společnosti. (Pěč, Probstová, 2009)

Léčba léky je základem léčby při akutních stavech, pravidelné užívání psychofarmak následně zabraňuje novým vzplanutím onemocnění. Při léčbě schizofrenie se používají léky – antipsychotika, které napomáhají obnovení chemických látek v mozku. Čím dříve je zahájena léčba psychofarmaky, tím vyšší je šance na mírnější průběh onemocnění. Tyto léky však mají množství vedlejších účinků, například ospalost, únava, letargie, ztuhlost, poruchy motoriky. Mnoho pacientů z těchto důvodů přestane léky užívat a je zde vážné riziko návratu onemocnění. Léky je třeba užívat pravidelně a dlouhodobě. Vztah nemocných schizofrenií k užívání léků je však podle Vágnerové (2004) ambivalentní. Často je zejména

na počátku onemocnění odmítají užívat. Léky mění psychické procesy a to může vyvolávat bezmoc a dezorientaci. Po určité době však většina pacientů pochopí, že jim léky pomáhají a bez nich by se nemoc mohla vrátit. Někteří však dál léky odmítají a připadají si bez nich svobodnější. U nemocných, kteří nereagují na léčbu psychofarmaky je používána elektrokonvulzivní terapie. Probíhá v celkové anestezii. Tato léčba má však závažné vedlejší účinky.

Libiger (in Höschl, Libiger, Švestka, 2004, str. 399) uvádí: „*Nemocní se schizofrenií mají právo na léčbu co nejméně omezujícím způsobem. Úkolem medicíny je přesvědčit nemocné se schizofrenií, že léčba je spojena s menšími riziky než popření nemoci.*“

Psychoterapie pak může nemocnému pomoci při zvládnutí nemoci, pochopení souvislostí, zvládnutí úzkostí a pocitů odcizení. Také může pomoci nově se zorientovat v životě. Podle Vágnerové (2004) cítí často nemocní paradoxně smutek a prázdnotu. Je pro ně obtížné se adaptovat na reálný svět a jeho nároky. Nemocný je plný obav a nejistot, neví, co bude dál. Psychoterapie je poskytována formou individuální psychoterapie, skupinové psychoterapie nebo rodinné terapie. Podpora rodiny je velmi důležitá a má velký vliv na průběh léčby i zotavení. Velmi důležitá je osvěta, pokud je nemocný informován, může včas rozpoznat příznaky návratu onemocnění. V současné době je známý program PREDUKA, který nemocným i jejich rodinným příslušníkům přibližuje onemocnění. Program vede psycholog, který promítá názorné obrázky, přednáší a zodpovídá na dotazy. Zde se nemocní i jejich rodiny dozvídají například o důležitosti užívání léků, jak mohou předcházet návratu onemocnění a naopak, čemu je třeba se vyhnout. Podle Libigera (Höschl, Libiger, Švestka, 2004) je psychoedukace nezbytnou součástí terapie, je nutno poučit pacienta o povaze onemocnění, důvodech léčebných zákroků a opatření. Je nutno jej připravit na obtíže v léčbě a i obtíže plynoucí z následků onemocnění. Rodinná psychoedukace je zaměřena na soužití s duševně nemocným.

Lékař – psychiatr zjišťuje míru postižení a posoudí, zda je nemocný schopen pracovat. Navrhuje částečný či plný invalidní důchod. Posuzuje také způsobilost k řízení motorového vozidla, neboť schizofrenie patří mezi nemoci, které zbavují způsobilosti k řízení. Nemocný schizofrenií nesmí držet střelivo a zbraně. V trestním řízení při spáchání trestného činu je zkoumán vliv onemocnění odborným znalcem, lékařem, který hodnotí zdravotní stav v době spáchání činu a vliv psychózy na jeho spáchání.

1.6 Historie péče o duševně nemocné

Obecně se dá říci, že duševně nemocní sdíleli vždy do jisté míry osud rasových a národnostních menšin. Lidská společnost se vždy snažila uklidit je někam stranou, ať už posíláním „lodí bláznů“ na širé moře ve středověku, anebo později umístováním do léčeben daleko mimo města, jak o tom dodnes svědčí lokalizace těchto zařízení. I dnes, v civilizovaných zemích, dostávají se duševně nemocní přirozenou cestou do postavení, ve kterém sdílejí osud skupin deklasovaných společensky i ekonomicky.“ Höschl (1997, str. 175).

První špitály pro nemocné začaly vznikat ve středověku. Péči v nich zajišťovala církev. Ve středověku ani novověku však péče o duševně nemocné zajišťována nebyla, onemocnění bylo považováno za posedlost a dílo ďábla. Pouze Hippokrates ve starověkém Řecku řadil duševní nemoci do oblasti lékařské, vyloučil působení démonických a nadpřirozených sil a položil tak základy k léčbě duševních chorob a psychiatrii vůbec. Podle Foucalta (1994) začaly být ústavy pro duševně nemocné zřizovány na přelomu 17. a 18. století, nemocní však byli drženi v nelidských podmínkách, často v okovech. Teprve ve druhé polovině 18. století se péče o duševně nemocné začala humanizovat. Matoušek (2007) uvádí, že od 19. století už vznikaly specializované ústavy, které však sloužily pouze k izolaci nemocných od okolního světa. Izolace duševně nemocných (ale také fyzicky a mentálně postižených) byla typická také pro totalitní režim. Ten chtěl také duševně nemocné izolovat od společnosti. V ústavech panovaly špatné podmínky, nedostačovala kapacita, péče byla málo kvalifikovaná.

Za druhé světové války byly nacisty na duševně nemocných prováděny zruďné pokusy, které končily likvidací v koncentračních táborech.

Vencovský (1996, str. 11) k tématu vývoje péče o duševně nemocné uvádí, že:

„Výklad vzniku duševních chorob a stav zdravotnické péče o duševně choré probíhal ve svém historickém vývoji vždy v souvislosti s filozofickými směry, přírodovědeckými znalostmi a kulturní vyspělostí každé jednotlivé etapy společenského vývoje lidstva. Jak psychiatrické teorie, tak psychiatrické praxe byly tudíž odrazem obecného historického procesu vývoje lidské společnosti.“

Poznatky, přístup k léčbě, vývoj léků, to vše prošlo dlouhým vývojem. Ne všechny léky v minulosti byly účinné, měly také spoustu vedlejších účinků, které výrazně zhoršovaly kvalitu života. Také od mnoha léčebných postupů se upustilo. Léky k léčbě schizofrenie

jsou neustále zdokonalovány, objevila se nová generace léčiv, které mají velkou účinnost při minimu vedlejších účinků a pozitivně působí na sociální fungování nemocných.

V současné době je péče o duševně nemocné na mnohem vyšší úrovni než dříve, stále je však celá tato oblast na okraji zájmu odborné i laické veřejnosti, zatížena mnoha předsudky a stigmatizací. Duševní onemocnění bylo dříve bráno jako něco, za co je třeba se stydět, co je třeba skrývat, a toto částečně přetrvává dodnes, přestože psychiatrickou péči vyhledává stále více jedinců a počet duševních onemocnění v populaci se stále zvyšuje. Oproti vyspělým zemím je naše psychiatrie stále pozadu, změny probíhají pomalu a jsou nedostatečně finančně zajištěny. Stigmatizací jsou postiženi nejen nemocní, ale často také pracovníci v této oblasti.

1.7 Současná situace v péči o nemocné

V současné době probíhá transformace psychiatrické péče, je to však proces pomalý a zdlouhavý. Klade se důraz na péči mimo léčebny, snižuje se počet lůžek v léčebnách a do popředí se dostává myšlenka propojení zdravotních a sociálních služeb, neboť lidé s duševním onemocněním potřebují kromě farmakologické léčby a ústavního léčení také pomoc sociální. V moderním přístupu k nemoci platí, že odborník je expertem na nemoc, ale nemocný je expertem na život s nemocí.

Lidé s duševním onemocněním potřebují dlouhodobou a všestrannou podporu v návratu do života společnosti. Rozvíjí se koncept komunitní, týmové péče, kdy podle Matějčka (2001) může být efektivní jen komplexní péče, při které zástupci jednotlivých profesí do týmu vnášejí své zkušenosti a dovednosti a spolupracují s dalšími institucemi a osobami s pacientovy sociální sítě. Komunitní péče má také znamenat dostupnost služeb, flexibilitu a orientaci na potřeby uživatelů. Příkladem moderní komplexní péče je case – management neboli případové vedení. Klíčový pracovník koordinuje a zprostředkovává péči odborníků a spolupracuje také s rodinou nemocného.

„Transformace psychiatrické péče přináší nové možnosti především klientům, a zároveň i sociálním pracovníkům, kteří paralelně s klienty získávají větší samostatnost, mohou o sobě více rozhodovat, ale nesou pak za svá rozhodnutí odpovědnost. Větší nároky jsou kladeny na profesionalitu sociálních pracovníků, k níž patří i práce se sebou jako s nástrojem změny.“ Probstová (in Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005)

Neustále jde dopředu vývoj v celé oblasti, zejména léky k léčbě schizofrenie, antipsychotika, jsou neustále zdokonalovány. Objevují se nové lékové formy, jako jsou atypická antipsychotika, podávaná injekční nebo depotní formou.

V přístupu k péči o duševně nemocné se můžeme inspirovat u zemí, kde je tato péče na vyšší úrovni. Jako příklad moderní péče může sloužit například Holandsko, kde funguje rozsáhlá síť pomoci a podpory pro duševně nemocné. Stát hradí veškeré výdaje na tyto služby. Práce s duševně nemocnými je zde velmi systematická a efektivní. Jsou zde zakládány sociální firmy, ve kterých pracují lidé s dušením onemocněním.

2 DOPADY ONEMOCNĚNÍ

Dopady tohoto onemocnění na člověka, který onemocněl, jsou vážné a mění nemocnému jedinci život zcela zásadním způsobem. Nemocný se potýká s mnoha problémy a značnými omezeními, a to v oblasti sociální, oblasti práce, učení, bydlení i zdraví. Vlivem nemoci může dojít ke snížení kompetencí v mnoha směrech. Nemocný je ohrožen sociální izolací, často se rozpadají jeho stávající vztahy a není schopen navazovat a udržovat nové. Nadměrná koncentrace na vnitřní svět, způsobená nemocí, k sociální izolaci také výrazně přispívá. Je vystaven stigmatizaci, která sociální izolaci může prohlubovat. Libiger (Hoschl, Libiger, Švestka, 2004, str. 398) ke stigmatizaci uvádí: „*Stigma duševní nemoci vede k posílení příznaků a škod, které schizofrenie způsobí. Bere nemocným sebedůvěru, zhoršuje jejich uplatnění a brání jejich návratu do práce. Vede ke strachu a ten je zdrojem psychické zátěže, stresu, který nepříznivě ovlivňuje průběh onemocnění*“.

Samostatné bydlení a péče o sebe pro něj může být najednou velkým problémem a dočasně či trvale potřebuje pomoc rodiny či sociálních pracovníků. Často není schopen pokračovat v pracovní činnosti, kterou dříve vykonával, v mnoha případech vede schizofrenie k invalidizaci. Nemocný se pak potýká s pocity méněcennosti, nepotřebnosti a také s nedostatkem finančních prostředků. Vzniká problém, jak smysluplně naplnit množství volného času, jak si strukturovat denní program. Kromě toho se nemocný stále musí vyrovnávat s vedlejšími účinky léků, které užívá dlouhodobě nebo i celoživotně a s proměnlivostí onemocnění při střídání období atak a remisí.

Dle Křivohlavého (in Mareš a kol, 2008) zpravidla místo aktivity nastupuje pasivita, zvyšuje se míra závislosti na jiných lidech, mění se navyklý životní rytmus a klesá sebedůvěra. Naopak se zvyšuje pocit sociální izolace a snižuje se okruh zájmů. Pro nové situace, ve kterých se nemocný nachází, nemá vypracovány adekvátní zvládací strategie. Budoucnost je pro něj natolik nejistá, že raději žije přítomností. V emoční složce převažují spíše negativní emoce.

Duševní onemocnění, a zejména schizofrenie sebou nesou také vysokou míru stigmatizace, se kterou se musí nemocný celý život vyrovnávat.

Podle Pěče a Probstové (2009) se člověk s tímto dušením onemocněním se často musí zotavovat z psychiatrického stigmatu, které se postupně stalo součástí jeho osobnosti, ze závislosti na určitých formách jednání, z neuskutečněných (a možná neuskutečnitelných) přá-

ní do budoucna a z omezených možností, které mu poskytuje společnost. S dopady tohoto onemocnění se nevyrovnává jen nemocný, ale onemocnění těžce dopadá na celou jeho rodinu. Nemoc působí pro rodinu jako velká zátěž, soužití s nemocným je často náročné. Rodina neví, jak se k nemocnému chovat, dlouho se s diagnózou duševního onemocnění vyrovnává. Může nastat fáze odmítání nemocného nebo naopak přehnaná péče a zbavování samostatnosti a kompetencí. Podle Vágnerové (2004) je reakcí rodiny nejdříve popření, bagatelizace. Rodina dělá, jakoby problém neexistoval, onemocnění tají. Ve druhé fázi si již rodina nemoc připouští, nastává hledání viníka, příčiny onemocnění. Příbuzní přemýšlí, zda něco nezanedbali.

Objevuje se zklamání, zlost a hněv. Ve třetí fázi je vyhledávána pomoc a léčení. Představy o léčbě jsou však většinou jiné, představují si rychlejší léčbu. Ve čtvrté fázi získávají rodinní příslušníci realističtější postoj k onemocnění i možnostem léčby. Nastávají změny v rodinném systému, rodina se vyrovnává s krizí, mění se fungování rodiny, role nemocného v ní. Důležitá je co největší informovanost rodiny ze strany lékařů, často je nutná rodinná psychoterapie.

2.1 Kvalita života se schizofrenií

Psychologické pojetí se zaměřuje zejména na subjektivní stránku kvality života, která je často označována jako štěstí, či subjective well – being, zmiňuje Hnilica (in Payne a kol., 2005). Subjektivní dimenzi kvality života se věnuje například Křivohlavý (2002, str. 169) když uvádí že: „*kvalitně žije ten, kdo je se svým životem spokojen*“. Míra spokojenosti tedy úzce souvisí s osobním pojetím kvality života. Každé onemocnění má vliv na kvalitu života. Podle Křivohlavého (2006) nemoc, choroba, zranění, léčení atp. ovlivní negativně kvalitu života a to nejen její celkovou výši ale i složení a váhu jednotlivých složek, které se při zjišťování kvality života berou v úvahu.

Schizofrenie je onemocnění, které zásadním způsobem mění kvalitu života nemocného. Nemocnému se hrouť jeho dosavadní role, zůstává jen pacientem, zaujímá závislou a podřízenou roli.

Libiger (in Höschl, Libiger, Švestka 2004) uvádí, že psychotické onemocnění vede ke změnám osobnosti, které způsobí, že člověk nemůže žít v souladu s očekáváním založeném na dosavadní životní dráze. Schizofrenie patří k onemocněním, které snižují kvalitu života.

Je to často chronické onemocnění, které má vleklý průběh. Zvyšuje mortalitu. Nemocní umírají brzy z různých příčin. V prvních letech se odhaduje riziko suicidia na 20 – 40 %, celoživotně 2 – 4 %. Postižený jedinec je minimálně omezen ve schopnosti plnit své životní role a naplnit uspokojivě svůj život.

Nemocný musí přehodnotit své životní cíle a snažit se vést normální plnohodnotný život v mezích omezení, daných nemocí. K tomu potřebuje všestrannou podporu zdravotní i sociální.

„Výzkumy ukazují, že potřeby péče a podpory jsou rozsáhlé a rozmanité. Důležité je zjistit, jaké potřeby zůstávají nenaplněny. Čím větší počet nenaplněných potřeb podpory lidé s psychickými omezeními mají, tím více pociťují nižší kvalitu života.“ (Pěč, Probstová, 2009, str. 17)

Z tohoto důvodu považují za důležité věnovat pozornost subjektivnímu pohledu nemocného na kvalitu svého života, zjišťovat, jak vnímá své onemocnění a co potřebuje kromě zdravotní péče, aby svůj život vnímal jako kvalitnější a naplněnější.

„Koncept zotavení obrací pozornost ke kvalitě života s nemocí a po nemoci z úhlu pohledu pacienta.“ (Pěč, Probstová, 2009, str. 221)

2.2 Možnost zotavení

Po nástupu onemocnění a sdělení diagnózy nemocnému jsou reakce na nemoc různé. Dle Mareše (in Mareš a kol, 2008), můžeme reakce rozdělit na zdravé a nezdravé. Za nezdravou reakci považujeme například popírání nemoci, které může vést k podceňování závažnosti nemoci a nespolečnosti v léčbě. Zdravé reakce jsou pak změna pohledu na nemoc, která znamená změnu vztahového rámce, ve kterém je nemoc posuzována. Nemocný jedinec začne srovnávat sám sebe s nemocnými a nikoli se zdravými. Vytváří si nové standardy, které mu umožňují vyrovnat se se změněnou životní situací. Nemoc pojímá jako zkoušku, která na něj byla poslána. U jedince dochází ke změnám v hierarchii hodnot. Ke změnám může dojít i v oblasti životních cílů, které si člověk klade. Do popředí se dostávají spíše cíle krátkodobé. Další zdravou reakcí je odvádění pozornosti od negativních stránek nemoci, kdy se jedinec věnuje aktivitám, kterým se věnovat může. Existenciální růst pak představuje hledání a nalézání smyslu života. Charakteristický je zde zralejší a zodpovědnější vztah k lidem a prohloubení spirituality.

Podle Pěče a Probstové (2009) zotavení neznamena totéž co vyléčení či dosažení remise, ale označuje náročný individuální proces, kdy se člověk, jehož život byl zasažen vážnou duševní nemocí, snaží vyrovnat s touto zásadní změnou a dát svému životu nové naplnění a obsah. Úzdrava je pojímána jako hluboce osobní a unikátní proces, který přináší spokojené žití navzdory omezením, které způsobuje onemocnění.

Zotavení je ovlivňováno psychologickými i sociálními činiteli. Velký význam zde má například podpora rodiny, psychoterapie, sociální pomoc a sociální rehabilitace. Mnoho faktorů naopak zotavení ztěžuje – například špatné rodinné zázemí, stereotypní představy veřejnosti, mýty o schizofrenii, které ve společnosti přetrvávají, stigmatizace.

„Úzdrava zahrnuje rozvoj nového smyslu a účelu života jedince poté, co překlene katastrofické dopady duševní nemoci. Úzdrava z duševní nemoci zahrnuje daleko více, než úzdrava z nemoci jako takové.“ (Pěč, Probstová, 2009, str. 104).

Podle Pěče a Probstové (2009) je proces uzdravy u lidí trpících schizofrenií reálný.

Cagne (in Pěč, Probstová, 2009) rozlišuje čtyři fáze procesu zotavení. V první fázi je klient zmaten a zaměřuje se na mentální a tělesné přežití. Cítí beznaděj, bezmoc a izolovanost od okolí. Ve druhé fázi nemocný zjišťuje, jak s chorobou žít. Snaží se aktivně vyrovnat se symptomy a nalézt znovu sám sebe. Ve třetí fázi se strach zmenšuje, nemocný zjišťuje, že s chorobou se dá žít. Učí se znát svá omezení a silné stránky. Ve čtvrté fázi se nemoc dostává více do pozadí, nemocný je více spojen s ostatními, je schopen plnit nové role, vytyčovat si nové cíle, dávat svému životu nový význam.

„Klienti definují svoje zotavování často jako překonání pocitů hlubokého zoufalství a bezmocnosti. Je to učení se používat symptomy a stresory, znovuzískávání kontroly nad vlastním životem, opětovné přijetí odpovědnosti, zvýšení sebeúcty, pocit, že opět něco mohou znamenat pro druhé a že jsou uznáváni jako osobnost.“ (Pěč, Probstová, 2009, str. 20).

Nemocný jedinec je více zranitelný, má sníženou schopnost zvládat požadavky prostředí. Je důležité, aby měl prostředí, které podporuje uzdravu. Především by měl mít co nejméně stresu a psychické zátěže. Zde je velmi důležitá pomoc a pochopení okolí. Je nutné respektovat zvýšenou potřebu odpočinku nemocných a nepovažovat ji za lenost. Nemocný je velmi tlivý vůči stresu a zátěži.

Podle Praška (2003) některé faktory působí při zotavování z psychózy pozitivně, jiné negativně. Především je důležitá jasnost, přehlednost a strukturovanost života, nemocný by měl

mít jasný program dne. Naopak nejasnost a nestrukturovanost, prázdnota života, mohou psychický stav zhoršovat.

Pozitivní faktory přispívající k zotavení:

- stabilní životní situace,
- přátelství a pevné sociální zakotvení v nějaké skupině lidí,
- bezpečné a strukturované prostředí,
- blízkost někoho, s kým je možné hovořit o zážitcích a pocitech,
- vědomí účelnosti a směru vlastního života,
- koníčky,
- příležitost k zaměstnání,
- možnost zábavy a rozptýlení,
- porozumění ostatních tomu, co se stalo,
- dobrá fyzická kondice,
- medikamentózní léčba bez výrazných nežádoucích účinků,
- realistická očekávání a střízlivé naděje do budoucna,
- pravidelnost, denní řád a životospráva.

Nemocným je třeba poskytnout naději, perspektivu. Zotavování je však něco, co musí vycházet od nemocného, přestože okolí může velmi pomoci. Důležitá je podpora rodiny, přátel i profesionálů.

3 SOCIÁLNÍ PRÁCE S NEMOCNÝMI SCHIZOFRENIÍ

Sociální služby, které jsou v současné době nemocným schizofrenií k dispozici, můžeme rozdělit na státní a nestátní. Pomáhají lidem s duševním onemocněním zvládnout nepříznivou sociální situaci a zachovat si co nejvyšší možnou míru samostatnosti.

„Poskytovatel pomoci zprostředkovává přemostění mezi klientem a světem, pomáhá klientovi měnit nic neříkající cizí prostředím významuplného osobního prostředí, strach nahánějící vnější svět činit pochopitelnějším a přístupnějším. Klient se pak odváží existující prostředí opět příznivě ovlivnit a definovat dlouhodobé zotavování prostřednictvím svých vlastních přání a cílů.“ (Pěč, Probstová, 2009, str. 19)

Sociální práce se zaměřuje na oblasti, ve kterých mohou mít lidé s duševním onemocněním potíže. Jedná se o oblast sociální, oblast zdraví, oblast pracovní, oblast bydlení a volného času. Nemocní mohou využívat sociální poradenství či některou ze služeb sociální péče či sociální prevence. Mezi služby sociální péče můžeme zařadit například osobní asistenci, pečovatelskou službu, podporované bydlení, chráněné bydlení, denní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením. Mezi služby sociální prevence pak můžeme zařadit například krizovou pomoc, telefonickou krizovou pomoc, služby sociální aktivizace a rehabilitace, různé typy chráněných dílen. Sociální práce s lidmi s psychotickým onemocněním, mezi které se řadí i schizofrenie, je velmi specifická. Pracovník musí mít orientaci nejen v sociální oblasti, ale také v oblasti zdravotní. Musí mít znalosti v problematice psychotických onemocnění, znát vedlejší účinky léků a musí vědět, jak s nemocným komunikovat. Neustále se musí vzdělávat, sledovat trendy a vývoj v psychiatrické péči. Důležitý je vztah důvěry mezi klientem a pracovníkem, dostatečné projevování zájmu o klienta a jeho svět, respekt a opravdovost. Podle Matouška (Matoušek, Koláčková, Kodymová 2005) musí sociální pracovník umět navázat kontakt, vést rozhovor, být vnímavý k projevům klienta, být dobrým pozorovatelem. Postupuje eticky a umí zacházet s informacemi o klientovi. Vytváří s klientem rovnocenný partnerský vztah při zachování profesionálních hranic.

Probstová (in Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005, str. 153) k sociální práci s touto cílovou skupinou uvádí: *„Práce s duševně nemocnými je většinou během na dlouhé trati. Je důležité zachovávat tempo a podle potřeby průběžně měnit cíle. Důležitá rovněž je schopnost jak pracovníka, tak klienta, zaregistrovat úspěch. V tak náročném prostředí má sociální pracovník nárok na kvalitní teoretickou přípravu, na trénink praktických doved-*

ností a na průběžné vzdělávání. Musí cítit dobré zázemí v týmu, organizaci, kde pracuje. Potřebuje mít podmínky pro reflexi, hodnocení.“

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

Zvolila jsem si kvalitativní výzkum, který umožňuje hlubší pohled na zkoumanou problematiku. Jedná se o téma, které vyžaduje porozumění zkušenosti života s duševním onemocněním. Kvalitativní výzkum umožňuje získat ucelený obraz o životě člověka, který onemocněl schizofrenií.

4.1 Cíle výzkumu

Cílem výzkumu je přiblížit, jak se nemocný jedinec vyrovnává s dopady onemocnění v jednotlivých oblastech svého života.

4.2 Výzkumné metody

Vzhledem k tématu a cíli práce jsem se rozhodla zpracovat jednopřípadovou studii. Dle Hendla (in Miovský, 2006) se jedná o podrobnou studii jedné osoby, kdy se zaměřujeme na různé oblasti jejího života a snažíme se sestavit celkový obraz daného případu v co nejširších souvislostech. Jako podklad ke zpracování této studie jsem použila metodu narativního interview, metodu analýzy dokumentů, nestrukturované rozhovory a záměrné pozorování.

4.2.1 Narativní interview

Narativní interview je formou nestrukturovaného rozhovoru. Výzkumník má spíše podněcovat respondenta k vyprávění, co nejméně rozhovor přerušovat a zasahovat do něj. Výhodou tohoto typu rozhovoru je, že násilně neodkrývá témata, o kterých respondent nechce hovořit. Dle Miovského (2006) je třeba dostatečně věnovat pozornost tomu, aby vyprávění nevyvolalo traumatickou zkušenost z minulosti. Jako výzkumníci jsme zodpovědní za to, co svou činností způsobíme. Interview by nemělo účastníky traumatizovat. Je třeba zachovat citlivý přístup a věnovat účastníkům dostatek pozornosti, aby neměli pocit, že jsme je využili. Výzkum řádně ukončíme a člověku, který se nám otevřel, projevíme úctu a respekt. Narativní přístup je využíván v kvalitativním výzkumu. Cílem je pochopení vnitřního světa zkoumaných subjektů na pozadí životního příběhu. Podle Chrze (2007) se narativní přístup dívá na vyprávění jako na základní způsob, kterým se můžeme od druhých dozvědět, jak rozumí svému životu.

Vyprávění umožňuje sdělit zkušenost celistvě. Nezachycuje jen záznam zkušenosti, ale také to, jaký význam pro nás tato zkušenost má. Promyšlení a formulování životních příběhů je také zdrojem sebereflexe, kdy vypravěč může nalézt a pochopit souvislosti ve svém životě.

4.2.2 Analýza dokumentů

Podle Miovského (2006) analýzou dokumentů v kvalitativním přístupu rozumíme analýzu jakéhokoli materiálu, který je zdrojem informací relevantních cílům studie. Výzkumník pracuje s materiálem, který již existuje. Výzkumník materiál vybírá a provádí selekci.

5 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO PROCESU

5.1 Výběr respondenta

Výběr respondenta jsem provedla záměrným výběrem přes instituci, ve které pracuji s lidmi s dlouhodobým duševním onemocněním. Jedná se o službu sociální rehabilitace. Miovský (2006, str. 138) uvádí: „*Záměrný výběr přes instituce je metodou, kdy využíváme určitého typu služeb nebo činnosti nějaké instituce, určené pro cílovou skupinu, která nás výzkumně zajímá*“. Použila jsem účelový výběr, kdy jsem stanovila kritéria výběru a následně oslovila klienty, kteří tato kritéria splňovali. Z osob, které byly ochotny spolupracovat, jsem vybrala jednoho respondenta výzkumu. Kritérii při výběru byla diagnóza paranoidní schizofrenie jako nejčastější forma této nemoci, doba onemocnění delší nežli 20 let, kompenzovaný zdravotní stav, schopnost srozumitelně formulovat a sdělovat své myšlenky, otevřenost a ochota spolupracovat na výzkumu.

5.1.1 Charakteristika respondenta

Mým respondentem se stal muž, věk 48 let, středoškolské vzdělání, diagnóza paranoidní schizofrenie, léčí se s touto diagnózou 31 let. Žije s rodiči, má částečný invalidní důchod. Je klientem centra sociální rehabilitace, kam pravidelně několikrát týdně druhým rokem dochází.

5.1.2 Charakteristika zařízení, ve kterém proběhnul výzkum

Výzkum proběhl v zařízení, které poskytuje službu sociální rehabilitace osobám s dlouhodobým duševním onemocněním ve věku od 18 do 64 let. Služba je poskytována formou ambulantní a terénní. Ambulantní forma je poskytována v zařízení, kde mají klienti k dispozici klubovnu, kuchyňku, počítačovou učebnu. Terénní služba je poskytována v domácím prostředí klientů, na úřadech či ve společenském prostředí. Posláním zařízení je poskytnout dospělým lidem s duševním onemocněním bezpečný prostor pro setkávání, komunikaci, navazování a upevňování vztahů a podpořit je při začleňování do společnosti. Cílem je podporovat klienty k samostatnosti, rozvoji vlastních možností a motivovat je k zapojení do života společnosti. Principy práce v tomto zařízení jsou zejména odborný a profesionální přístup zaměřený na potřeby klientů, přístup respektující svobodu volby uživatelů a jejich práva, a zejména podporující a oceňující přístup, individuální přístup,

rovnocenný, partnerský přístup ke klientům, srozumitelný přístup a podporování zdravého potenciálu klientů. Zařízení nabízí klientům základní sociální poradenství, kdy jsou předávány informace vedoucí k řešení nepříznivé situace. Také je zprostředkováván kontakt s dalšími službami, lékaři či pomoc při jednání na úřadech. Velmi důležitý je nácvik a udržování komunikačních dovedností a zprostředkovávání kontaktu se společenským prostředím. Zde se jedná o zprostředkování běžných společenských kontaktů a nácvik chování v různých společenských prostředích. Zařízení dále klientům nabízí různé výchovné, vzdělávací a aktivizační služby. Jedná se o aktivity, díky kterým se zlepšují a upevňují motorické, psychické a sociální schopnosti a dovednosti klientů, také obnovování pracovních návyků, trénink vytrvalosti a soustředění. Klienti se mohou zapojit do tvořivých aktivit, pracovní terapie, učit se základům práce na PC či angličtině. Další formou pomoci je pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Velmi využívané jsou individuální rozhovory, při kterých se klientům dostává psychické podpory. Jako fakultativní službu zařízení poskytuje také skupinovou psychoterapii. Klienti se zde učí komunikovat ve skupině, respektovat ostatní, formulovat vlastní názory a také se jim dostává podpory a sebereflexe při probírání obtížných témat z jejich života.

5.2 Procedura sběru a zpracování dat

Narativní rozhovor proběhl během dvou sezení v klubovně centra sociální rehabilitace, tedy v prostředí, které respondent důvěrně zná a cítí se tam bezpečně. Zpočátku měl pan P. trému z diktafonu a z nahrávání, postupně se však uvolnil a přirozeně vyprávěl o svém životě od narození. Nemusela jsem klást téměř žádné otázky a do vyprávění vstupovat, pan P. hovořil plynule. Nechtěl pauzy, měl obavy, aby navázal, kde skončil. Po ukončení jsem respondentovi poděkovala a sdělila, že si cením jeho otevřenosti a důvěry. Ujistila jsem se také, že rozhovor nebyl pro něj traumatický a že domů odchází v dobré pohodě.

Následně jsem provedla doslovnou transkripci a získaný text dále zpracovávala metodou kódování. Dle Miovského (2006) je kódování procesem, v němž prvotní data převádíme do segmentů, s nimiž je možno dále pracovat. Na základě zkoumání tématu a teoretické přípravy jsem nejprve vytvořila kategorie – oblasti dopadů onemocnění a data rozčlenila, zhodnotila a přiřazovala k jednotlivým kategoriím. Použila jsem techniku barvení textu, kdy jsem každé oblasti přiřadila jednu barvu, následně pročítala text a označovala místa,

která se týkala jednotlivých oblastí. Dle Miovského (2006) takovéto zpracování textu usnadňuje orientaci a urychluje analýzu.

Dále jsem nastudovala dokumenty ke klientovi panu P. v centru sociální rehabilitace pro osoby s dlouhodobým duševním onemocněním, kde pracuji jako pracovník v sociálních službách. Jednalo se zejména o zápisy z intervencí, ze kterých jsem zjišťovala, ve kterých oblastech klient potřeboval nejvíce podpory a pomoci a jaký posun udělal za dobu dvouleté docházky do centra sociální rehabilitace.

S panem P. již dva roky pracuji, pro zpracování jednopřípadové studie jsem použila také informace z mnoha nestructurovaných rozhovorů a z pozorování pana P. během aktivit centra sociální rehabilitace. Navštívila jsem pana P. také v domácím prostředí a seznámila se s jeho rodiči. Dále jsem pana P. požádala, aby po dobu jednoho týdne zapisoval své činnosti, abych získala přehled o jeho životním stylu a trávení času.

5.2.1 Souhlas s použitím citlivých údajů

Respondentovi jsem vysvětlila, k jakému účelu bude rozhovor použit. Ujistila jsem ho o anonymitě a požádala o podepsání souhlasu s použitím citlivých údajů pro účely bakalářské práce.

6 INTERPRETACE

6.1 Učení, škola

Pan P. byl chytré dítě, na základní škole měl výborné známky. Potíže měl pouze v tělesné výchově. Dětem se spíše vyhýbal. Dělal si z něj legraci, protože byl mírně při těle. Ke konci základní školy u něj začala silná puberta. Chtěl být v partě, začal kouřit a pít. Ve čtrnácti letech se poprvé opil.

Na patnácté narozeniny jsem byl úplně namol, to si vzpomínám. Tehdy to bylo úplně, ležel jsem na zemi pozvracený u klavíru. A to už šlo vidět tehdy, že ten alkohol mi nedělá dobře. Prostě jsem pracoval na svém sebezničení.

Ve škole měl i přes tyto problémy stále dobré známky, dostal se na výběrovou střední průmyslovou školu. Tam již mu učení nešlo samo, zhoršil se mu prospěch. Pokračoval v popíjení s kamarády, uvažoval, že školu skončí a půjde pracovat jako dělník na stavbu. Rodiče mu to však rozmluvili, zlepšil si postupně známky. Na začátku třetího ročníku onemocněl po zájezdu do zahraničí. Jeho psychický stav se začal měnit, ale nikdo netušil, že je to počátek onemocnění.

Nemoc už jela, aniž bych věděl, co se se mnou děje.

Musel se hodně učit, přibýly těžké předměty. S alkoholem nepřestal, pil s partou nebo i sám. Učení i přesto zvládal. O Vánocích se jeho zdravotní stav rapidně zhoršil, na Štědrý den byl hospitalizován v léčebně. Ve dvou léčebnách strávil 6 měsíců a po skončení léčby nastoupil opět do 3. ročníku.

Normálně jsem nastoupil do nové třídy. Třída mne přijala dobře. Vůbec se mě nikdo neptal na nemoc, byly ty děcka v podstatě dobré. Začal jsem studovat, docela mi to šlo.

Pan P. měl pocit, že se s léky nemůže soustředit, po návratu z léčebny je přestal užívat. S kamarády opět začal hodit do hospody, měl potíže s alkoholem.

Je to trapné, že člověk, který jedenkrát dostal po zadku, že mu to nestačilo. Zase jsem popíjel pivo, já už to ani nechci zmiňovat.

Ke konci čtvrtého ročníku měl další ataku onemocnění na školním výletě do Prahy. Přesto školu dokončil a odmaturoval. Na svoji pubertu a dospívání se dívá v současné době velmi

kriticky, zejména na konzumaci alkoholu. Alkohol vnímá jako jeden z možných a pravděpodobných spouštěčů psychózy.

6.2 Zdraví

Pan P. onemocněl na začátku třetího ročníku střední školy. Byl s matkou na zájezdě v zahraničí, tam se začal zhoršovat jeho psychický stav. Nikdo však netušil, že se může jednat o počátek vážného onemocnění.

Já jsem tehdy nevěděl, že existuje nějaká psychiatrie, nějaké duševní nemoci. V televizi to nebylo, vůbec se o tom nemluvalo. Vůbec jsem nevěděl, že mám nějaké příznaky nebo něco.

Podle pana P. se na zhoršení jeho stavu podílel i alkohol a také smrt babičky, ke které měl velmi blízký vztah.

Na podzim začal mít zvláštní pocity a jeho stav se začínal zhoršovat.

Nemoc už jela, aniž bych věděl, co se se mnou děje, ani rodiče. Cítil jsem se hrozně sám. Jako jediný na celém světě. Úplně jinak jsem přemýšlel, takové zvláštní jsem měl pocity. Začal jsem ztrácet půdu pod nohama. Ještě jsem nějak fungoval, ale už začaly větší problémy. Naši viděli, že mi něco je, ale jsme to nějak tak neřešili.

Na Štědrý den se jeho stav velmi zhoršil, požádal otce, aby jej odvezl na pohotovost. Byl hospitalizován v psychiatrické léčebně. Na dobu pobytu v léčebně si pamatuje o detailech, pobyt se mu vryl do paměti. Po těchto zážitcích vždy již léčbu v léčebně odmítal, přestože se situace změnila.

Vzpomínám si, jak jsme tam trávili ten Štědrý den. Dali nám tam dokonce štědrovečerní večeři. Pacienti nám tam pobrali všechno maso. Dostal jsem balíček a ten mi taky sebrali, pak už si toho moc nepamatuju, dostal jsem velké dávky léků. Byla tam hrozná zima. Bylo tam takovým zvykem, asi aby se necouralo na koupání, tak nás nahnali všechny naráz do koupelen. Já si vzpomínám, že jsem byl sotva schop se namydlit, protože jsem byl z těch prášků úplně oblblý. Ještě tam chodil pan holič, ten měl vždycky nervy nadranc. Nás tam holil v té sprše.

Pan P. si uvědomuje, že nyní je situace jiná, léčba je daleko modernější, změnil se také přístup personálu a podmínky v léčebnách.

A teď vůbec jim to nezaslívám, jsem rád, že jsem se léčil v Československu. Určitě bych nechtěl zažít v Americe nějakou lobotomii. Vůbec si na tu tehdejší psychiatrii nestěžuju, bylo to, jaké to bylo.

Pan P. absolvoval léčbu elektrokonvulzivní terapií, neboť léčba léky nezabrala, jak bylo třeba, a stav se nezlepšoval. Vzpomínky na elektrokonvulzní léčbu patří k nehorším zážitkům z léčebny.

Primář vždycky přišel ráno a ukázal nám na postele a řekl, ten bude, ten bude a šlo se. Ten hodně ty šoky dával. Dostával jsem elektrokonvulzivní léčbu, těch jsem dostal nespočetně. Dokonce jsem byl svědkem, že mě tam zvedli dřív, než měli, a já jsem viděl toho mého spolupacienta, jak mu dávali ten šok. To bylo celkem tvrdé. Tělo se nadzvedlo, on vykřikl a ten doktor nadával, že mě tam pouští, že ještě nemám jít. Tak to byly ty šoky.

V léčebně oslavil pan P. své 18 narozeniny. Stav se nezlepšoval. Rodiče byli zděšeni poměry v léčebně, kde bylo vše zastaralé. Snažili se, aby se dostal na psychiatrickou kliniku, což se nakonec podařilo a pan P. byl po třech měsících přeložen.

Tam to bylo úplně jiné, tam jsem pookřál. Ještě jsem dostal jeden šok na cestu z léčebny, tam jsem měl takovou epizodu, že jsem se chtěl zabít jídelním nožem. To byla ale jen blbá hrozba, oni to slyšeli a mysleli, že to fakt udělám, ale to jsem měl jenom blbou náladu. Nikdy v životě jsem se nechtěl zabít.

Na klinice se stav zlepšil. Byly zde i lepší podmínky. Lékaři zkoušeli nové léky, sháněli i zahraniční, pacientům se věnovali. Rodiče byli spokojeni. Pan P. podstoupil také léčbu inzulínovými injekcemi, která pro něj vhodná nebyla, a lékaři od ní upustili.

To se vždycky dávaly zvyšující se dávky inzulínu a ten člověk upadl do kómatu a mělo to nějak změnit ty struktury v tom mozku a vůbec to vnímání. Mělo to údajně pomáhat a já tomu věřím, ale mě to nesesdlo. A z kómatu se probouzelo tak, že nosní dírkou se zavedla sonda a ten sladký čaj se lil do toho. A já jsem přibíral. Jednoho dne mě nemohli vůbec probudit, tak mě dali přímo glukózu injekcí, a už mi to přestali dávat.

Po třech měsících léčby byl pan P. z kliniky propuštěn. Ihned po návratu z léčebny vyhodil všechny léky. Období po návratu bylo složité. Dlouho si zvykal v běžném prostředí.

Když jsem šel z té léčebny, tak první den jsem byl na náměstí., a já jsem nechápal, byl jsem jak v jiném světě. Než jsem si na to všechno zvyknul, než jsem se dostal do toho.

Nastoupil do zpět školy, opakoval ročník. Diagnózu schizofrenie se dozvěděl náhodou, viděl ji napsanou na žádance do lázní. Byl to pro něj velký šok, začal o této nemoci shánět informace. Po atace nemoci ve čtvrtém ročníku školy začal opět užívat léky. Odmaturoval a nastoupil do zaměstnání. Obtížně zvládal pracovní zátěž. Pod vlivem léků byl unavený, otupělý. Zažíval šikanu ze strany spolupracovnic i nadřízené, jeho stav se začal zhoršovat.

Bylo mi úplně příšerně. Když jsem poslouchal rádio, tak se mi zdálo, že to rádio na mě mluví, že jsem s něma nějak spojený. Takže to byla taková typická paranoidní věc.

Do léčebny pan P. jet po špatných zkušenostech nechtěl, léčbu zvládl při ambulantní péči a pracovní neschopnosti. Po úpravě stavu léky opět vysadil a po dobu tří let žádná psychofarmaka neužíval. Jeho stav se zhoršil po poznávací dovolené v zahraničí. Nemoc se začala vracet, opět začal užívat léky a byl v pracovní neschopnosti. Byl hospitalizován na psychiatrické klinice po dobu 14 dnů, poté absolvoval posouzení u posudkové lékařky a byl mu přiznán částečný invalidní důchod. Od této doby užívá léky pravidelně, kombinaci antipsychotik a antidepresiv v udržovacích dávkách. S lékařem spolupracuje, dochází na pravidelné kontroly. Jeho stav je stabilizovaný, s občasnými podzimními depresivními náladami. Přetrvává však určité paranoidní nastavení. Pan P. se smířil s tím, že je to součástí jeho onemocnění. Má však náhled a většinou si uvědomí vliv onemocnění na své myšlenky a pocity.

Třeba když slyším lidi se bavit, tak hned přemýšlím, jestli se nebaví o mně. Když se někde lidi zasmějí, tak si myslím, že je to na mě. Toho se nemůžu zbavit. To jsem včera byl v nemocnici na prohlídce a tam se někde sestry smály, a já si myslel, že se baví o mně.

Před 6 lety pan P. prodělal onkologické onemocnění. Vyléčil se bez následků a uvádí, že tato nemoc zásadním způsobem změnila jeho vnímání života. Začal si vážit každého dne, radovat se z maličkostí. Lépe nyní překonává omezení, vyplývající ze schizofrenního onemocnění, váží si toho, že je mu lépe, že žije. Zlepšil se jeho psychický stav a je pozitivnější a optimističtější.

6.3 Bydlení

Pan P. žije od narození s rodiči ve dvoupokojovém bytě. Soužití s rodiči považuje za dobré, vzájemně si pomáhají. Váží si klidného soužití. Je pro něj výhodné i finančně, když se podílí na nákladech společně. Pomáhá s domácími pracemi, pravidelně nakupuje, pomáhá s vařením. Umí prát, je schopen se o sebe postarat. Dodržuje hygienu, chodí upraven. Oblečení a obuv mu pomáhala nakupovat sestra, nyní se obrací na pracovnice centra sociální rehabilitace. Změnil a zmodernizoval šatník, sděluje, že tento krok výrazně zvýšil jeho sebejistotu.

Rád by udělal nějaké úpravy ve svém pokoji, má pokoj přeplněn nepotřebnými věcmi, sděluje, že tam není k hnutí. Nemá však dostatek energie na provedení změn.

Pan P. má obavy z budoucnosti, neví, jak zvládne samostatné bydlení po smrti rodičů. Bojí se ztráty rodičů a úplného osamostatnění. Také neví, jak bude zvládat svou finanční situaci, přestože má určité úspory.

Úmrtí rodičů na mě bude mít veliký dopad, protože jsem zvyklý s nimi spolužít. Ne v tom smyslu, že bych byl malé děťátko a oni mi nosili talířek s jídlem. Normální život máme. Snažím se jim i pomoci, ale někdo tam se mnou prostě je v tom pokoji. Žiji s nimi prostě a my se tak prolínáme a bude to pro mne ohromná ztráta. S tím se budu v budoucnu velice těžce vypořádávat.

6.4 Práce

Po léčení na klinice v Olomouci panu P. nabízeli, aby po ukončení školy šel do plného invalidního důchodu. To však rodiče odmítli, nechtěli, aby syn zůstal doma.

Po maturitě pan P. nastoupil do zaměstnání. Měl změněnou pracovní schopnost. Nastoupil do podniku Tesla. Užíval léky, nebylo mu dobře, závodní lékař si jej přehazoval s psychiatrem. Po léčích byl vyčerpaný, ospalý, měl potíže vstát do práce, komunikovat. Změnil tedy místo za méně náročnou pozici. Zde se však setkal se špatným přístupem spolupracovníků, kteří se mu vysmívali kvůli nemoci.

Ženy mě šikanovaly a já jsem tam byl jako nějaký poskok. Bylo tam velmi nepřátelské prostředí.

Opět tedy přešel na jinou pozici. Tam mu dělalo potíže vedoucí a chtěl ho kvůli nemoci propustit. Tehdy zasáhli rodiče a zašli za ředitelem podniku. Řediteli sdělili, s jakými potížemi se jejich syn potýká ze strany zaměstnanců i vedoucích. Ředitel zasáhl a na pana P. si již nikdo nedovoľoval. Cítil se relativně dobře, práci zvládal. Dostal se dokonce ke kancelářské práci, která mu vyhovovala. Zaznamenával pouze zvýšenou únavu po léčích. Po zahraniční dovolené se jeho stav velmi zhoršil. Nějaký čas byl v pracovní neschopnosti, pak se pokusil vrátit do zaměstnání, ale práci již nezvládal. Opět byl v pracovní neschopnosti. Lékař navrhl invalidní důchod. Pan P. po špatných zkušenostech v zaměstnání souhlasil, absolvoval čtrnáctidenní léčbu na klinice s posouzením zdravotního stavu a posudkovou lékařkou mu byl přiznán částečný invalidní důchod.

Po těch zkušenostech z té práce, z té šikany, jsem cítil, že je to tak dobře. Tak jsem měl jít zpátky do toho podniku na zkrácený úvazek. Tam si to ale narařičili tak, že mi házeli klacky pod nohy, že mi dělali problémy, abych prostě odešel. Na úřadu práce mi nic nenašli, měl jsem velké obavy, co se mnou bude dál. Já jsem narážel jenom na samé nepochopení. Já jsem měl cejch jako nějaký zločinec. Prostě to bylo horší, jak kdybych vyšel z vězení. Já jsem to říkal rodičům, že já musím takhle trpět, že mě ani do práce nechtějí vzít, důchod mi nechtějí dát.

Od té doby pan P. zaměstnán nebyl. Po špatných zkušenostech neměl odvalu hledat si nové zaměstnání. Bylo pro něj velmi těžké zvládat zaměstnání při užívání vyšších dávek léků, velmi ho stresovalo prostředí a přístup spolupracovníků k jeho onemocnění.

A teď se bojím jít někam do práce, těch lidí tam. Jo, kdyby byly chráněné dílny, to by bylo jiné. Ale tady v okolí zrovna žádné nejsou. Byl by ze mě normální člověk. V té chráněné dílně jsou taky postižení lidé, tak bych tam netrčel. Já jsem vždycky trčel, protože schizofrenici většinou nikde nepracují.

V současné době pan P. přemýšlí, zda nebyla chyba, že zůstal doma. Uvědomuje si, že po 16 letech na důchodě by si jen obtížně zvykal na pracovní zařazení. Má obavy z budoucnosti.

Mám obavy, jak to bude s důchody, aby mi nesebrali důchod. A to, jak budu vycházet s penězi, o tom ani nemluví. I když mám našetřeno, na 30 roků to není. Vždycky jsem měl strach, že skončím jako bezdomovec.

6.5 Volný čas

Když pan P. přestal pracovat, zpočátku využíval množství volného času k odpočinku, spánku a zotavování. Také pomáhal rodičům a podílel se na chodu domácnosti.

Byly to ztracené roky. Nedělo se vůbec nic. Můj život se úplně ztlumil a já jsem byl pořád doma, nikam jsem nechodil. Díval jsem se na televizi, chodil jsem na zahradu a sem tam na nákup.

Zlom nastal po prodělaném onkologickém onemocnění. Pan P. začal ke svému životu přistupovat aktivněji.

A pak jsem si řekl, že život je fakt krátký, dělej se sebou něco. Tak mě to tak pobídlo.

V této době pan P. začal docházet do centra sociální rehabilitace. Zde využíval nabídky smysluplně trávit svůj čas a také s pomocí pracovníků překonávat sociální bloky a zábrany, které mu bránily využívat svůj volný čas, jak by chtěl. Začal se učit pracovat na počítači, což ho velmi těší. Překonal zábrany a chodí jednou týdně plavat na krytý bazén, navštěvuje nové přátele z centra sociální rehabilitace, jezdí na krátké výlety. Chodí hodně pěšky. V současné době zvažuje zakoupení kola, aby mohl v létě jezdit na cyklostezce.

Doma pomáhá s nákupy a vařením. Dívá se hodně na televizi, využívá internet, poslouchá hudbu. Má rád domácí pohodu. Hodně času věnuje odpočinku. Pokud si naplánuje více akcí, je neklidný a přetažený. Musí si hlídat pravidelný rytmus a nepřepínat se. Svůj volný čas nyní považuje za naplněný, je spokojený. Nemá již pocit prázdnoty jako dříve.

Pan P. vstává v 9 hodin, spát chodí o půlnoci. Aktivity směřuje do dopoledních hodin, po 15 hodině už má rád svůj klid, kdy odpočívá u televize nebo poslouchá hudbu. Večery nyní tráví na internetu. Našetřil si na nový počítač a nyní se s ním učí pracovat. Dodává mu to sebevědomí, má radost, když se mu něco nového podaří zvládnout.

6.6 Sociální oblast

Po ukončení zaměstnaneckého poměru a invalidizaci se pan P. dostal do sociální izolace. Byl doma, neměl odvahu chodit mezi lidi. Styděl se za své onemocnění, připadalo mu, že to na něm musí každý poznat, že je jiný nežli ostatní. Nevyrovnal se s diagnózou schizofrenie, která pro něj znamenala a stále znamená velkou stigmatizaci. O své nemoci

s nikým nemluvil, ani s rodiči se o ní nebavili. Mimo nejužší rodinu se s nikým nestýkal. Svůj život vnímal jako prázdný, nenaplněný, ztracené roky, přežívání.

První roky na důchodě mě museli nakupovat naši. Nebyl jsem schopen ani do té samoobsluhy zajít. I když jsem na tom teď lépe, tak s tím vlastně bojuji dennodenně. I když říkám, že je mi dobře, tak s tímhle bojuju. Jakmile nejdu ven, jsem v tom zase zpátky.

Zlom nastal u pana P. po vyléčení z rakovinného onemocnění, kdy si začal uvědomovat cenu svého života a chtěl v něm udělat změny. Rozhodl se pro aktivnější přístup k životu. V této době získal kontakt na službu sociální rehabilitace v místě bydliště a po nějaké době našel odvahu k první návštěvě.

Já jsem tam první nechtěl jít, ale pak jsem si řekl, že to teda zkusím. Zapůsobilo to na mě velice dobrým dojmem. Byli ke mně kamarádi, dávali se se mnou do řeči, usmívali se na mě, takže já jsem byl úplně potěšený. Začal jsem mít radost ze života. Začal jsem tam chodit pravidelně. Velice mi to pomohlo, bylo to pro mě dobré. Já si toho teď ohromně vážím, přiznávám, že nejsem rád sám se sebou doma, já jsem rád mezi lidmi. Tím chci i prorazit tu nemoc a otevřít se těm lidem. A jak je znak téhle nemoci, že se lidé uzavírají, tak já vidím, že jediná obrana proti tomu je se otevřít. Musím pořád udržovat rytmus, chodit ven a tady do centra pravidelně, abych byl pořád mezi lidmi. Pro mě je to vlastně taková terapie. Já se dostanu ven a tam se rozmluvím s klienty a sociálními pracovníky.

V centru sociální rehabilitace zpočátku pan P. vyhledával zejména individuální rozhovory. Bezpečné a přijímající prostředí mu umožnilo svěřovat se postupně s tím, co prožil a co ho trápí. Hovořil o svých traumatických zkušenostech, o nemoci. Sděloval, že je pro něj velká úleva, moci si s někým o těchto věcech promluvit a dostat je ze sebe. Postupně se začal zklidňovat a za pomoci pracovníků začal navazovat vztahy s ostatními klienty. Zpočátku byl pan P. v komunikaci příliš zahlcující, nedokázal dát druhým prostor, neustále skákal do řeči, obracel pozornost jen na sebe, nerespektoval hranice druhých. Za pomoci a podpory pracovníků na sobě pan P. začal pracovat. Získával stále lepší náhled na své chování, byl vděčný za zpětnou vazbu a upozornění. Postupně se stal oblíbeným a vyhledávaným společníkem, vnímavým a citlivým k druhým, ochotným pomoci. V současné době má mezi klienty dva kamarády, které pravidelně navštěvuje doma. Pan P. požádal pracovníky centra sociální rehabilitace, aby mu pomohli s výběrem a koupí oblečení a obuvi. Chtěl změnit svůj styl oblékání, chodit moderněji a upraveněji. Provedení těchto změn velmi pomohlo p.

P. zvednout sebevědomí, uvádí, že se nyní cítí daleko lépe a sebejistěji mezi lidmi. Už nemá pocit, že se odlišuje, že je na něm jeho nemoc vidět. Postupně pan P. našel odvahu účastnit se spolu s dalšími klienty společenských akcí, pořádaných centrem. Postupně absolvoval návštěvu kavárny, čajovny, krytého bazénu, různé výlety. Požádal pracovníky o doprovod do restaurace, kde si chtěl dát oběd. Po počátečním napětí se začal ve společnosti cítit uvolněně a překonal své sociální bariéry, které mu bránily žít, jak by chtěl. V současné době je schopen zajít si do restaurace na polední menu nebo jít si sám sednout do kavárny. Uvědomuje si pokrok, který udělal. Svůj život vnímá jako naplněnější a uspokojivější. Naučil se pracovat s internetem a zkontaktoval se s některými bývalými spolužáky ze střední školy. Se dvěma se již sešel. V kontaktu s druhými i ve společnosti je pan P. nyní daleko sebejistější. Nestydí se již tolik za své onemocnění a invaliditu, vůči druhým je otevřený. Se stigmatizací se však potýká stále, vadí mu zejména obraz vytvářený o schizofrenii médií. Má pocit, že o schizofrenicích se mluví v médiích jako o pomatencích a násilnících. Proto je pro něj obtížné se k této diagnóze přiznat a raději se o ní mimo centrum sociální rehabilitace nezmiňuje.

6.6.1 Rodinné vztahy

Pan P. má dobré rodinné zázemí. Rodiče mu byli oporou od počátku onemocnění. Má starší sestru, se kterou se pravidelně stýká. Rodiče se s nemocí syna postupně vyrovnali, ale se synem se o nemoci vůbec nebaví. Doma panuje klidné prostředí. Pan P. si toho velmi cení, uvědomuje si, že klidné rodinné prostředí je prospěšné pro zvládnutí onemocnění. Dnes jsou již starší, pan P. má obavy, jak bude zvládat onemocnění a samostatný život, až zemřou. Pan P. si pomoci a podpory rodičů velmi cení. Uvědomuje si, kolik starostí s ním měli rodiče v období bouřlivé puberty, a posléze po vypuknutí nemoci.

Já mám prostě takovou oporu v těch rodičích, že můžu žít s nimi a oni mi pomáhají, i když oni už jsou taky starší, tak je to těžší. Teď už vidím, že ta pomoc z jejich strany odchází a budu se muset do budoucna spíš já vzchopit a pomáhat jim.

6.6.2 Přátelské vztahy

Téměř všechny přátelské vztahy z mládí a střední školy se kvůli onemocnění rozpadly. Pan P. uvádí, že přátelé žili aktivním životem, založili rodiny. On se potýkal s onemocněním,

jeho stav kolísal. Začal se izolovat a stranit, styděl se za své onemocnění a za invaliditu. Měl tendenci srovnávat se s ostatními. Báł se, že je na něm jeho onemocnění vidět. Přestal chodit na třídní srazy. V centru sociální rehabilitace navázal nová přátelství, s několika ženami i muži. Vyhovuje mu, že všichni se potýkají s duševním onemocněním, mají podobné problémy a starosti jako on. Dva kamarády z centra začal pravidelně navštěvovat v bytech. Přátelství, která navázal v centru sociální rehabilitace, vnímá jako velké obohacení svého života.

Našel jsem si nové kamarády. To chci říct, ztratil jsem kvůli nemoci skoro všechny kamarády. Ze začátku ještě měli snahu za mnou chodit, ale jak uviděli, že se mnou nic není, že se jich straním, tak potom odešli po svém. A dneska mají úplně jiné životy, dnes mě sotva pozdraví. A to jsme byli kamarádi na život a na smrt.

6.6.3 Partnerské vztahy

V oblasti partnerských vztahů cítí pan P. největší omezení, které mu onemocnění přineslo. Své onemocnění cítí jako velkou překážku při navazování i udržování vztahů.

V roce 88 jsem měl přítelkyni, se kterou to vypadalo velice na vážno. Ale jakmile se dozvěděla o mé nemoci, tak během týdne byla pryč. Já jsem šel i do Brna na genetiku, kdybychom měli děti. Ale ona se asi poradila s kamarádkami, protože to neznala, tu nemoc, a už to bylo. Prstýnky mě zůstaly jako památka.

Po této zkušenosti měl obavy navázat vztah se zdravou ženou. Přes inzerát se seznámil s ženou se stejnou diagnózou. Neměla po odchodu z léčebny kde bydlet, pan P. ji na krátkou dobu ubytoval u sebe v bytě. Psychický stav této ženy však byl velmi kolísavý a soužití bylo velmi stresující pro pana P. i jeho starší rodiče. Nakonec se rozešli kvůli zhoršujícímu se stavu ženy a ta odešla bydlet do domova důchodců. V současné době by se rád s někým seznámil, ale myslí si, že k seznámení nemá dostatek příležitostí.

Nejsem schopen zajít si, jak jsou nějací lidé velcí borci, si zajdou někam na diskotéku, na zábavu, seženou si ženskou nebo si napíší seznamovací inzerát. Toto je pro mě, jako pro člověka, který má rád ženy a chce mít ženskou společnost, jedno z velkých omezení.

Chtěl by mít trvalý partnerský vztah, aby nebyl tak fixovaný na rodiče a lehčeji se vyrovnal s jejich odchodem. Vztah by vnímal jako obohacení svého života. Moc by si přál mít s kým sdílet, chodit na vycházky, výlety, na kávu. Seznámení je otevřený a doufá, že se mu podaří

potkat ženu, která by akceptovala jeho onemocnění. Uvědomuje si, že potřebuje klidný, vyrovnaný vztah, který by pro něj nepředstavoval emoční zátěž. V současné době jezdí na návštěvy do zařízení sociální rehabilitace ve vedlejší město a seznamuje se zde s novými ženami.

7 SHRUTÍ VÝZKUMNÉ ČÁSTI

Lze konstatovat, že panu P. se po letech podařilo s nemocí vyrovnat a v současné době žije život, který mu připadá naplněný a uspokojivý. Smířil se s celoživotním užíváním léků, pochopil nutnost léčby psychofarmaky, spolupracuje s odborným lékařem. Zpočátku však léčbu odmítal, léky vysazoval kvůli vedlejším účinkům. Největší omezení, které mu nemoc přinesla, cítí v oblasti partnerských vztahů, nemoc vnímá jako velkou překážku při navázání a udržení vztahu. Z faktorů, které přispěly kladným způsobem k vyrovnávání se nemocí a zotavováním můžeme jmenovat zejména dobré, klidné rodinné zázemí a podporu blízkých. Rodina se s nemocí pana P. postupně smířila a vyrovnala. O nemoci však doma nehovoří. Ke zvýšení kvality života a pocitu životní spokojenosti výrazně přispěla služba sociální rehabilitace. Zde pan P. v bezpečném prostředí postupně překonával sociální izolaci, do které se dostal po odchodu ze zaměstnání. Řadu let žil dle svých slov neuspokojivým, prázdným životem. Postupně s pomocí pracovníků překonával vnitřní i vnější překážky, které mu bránily žít uspokojivěji. Pan P. projevoval velkou snahu a během necelých dvou let využívání služby sociální rehabilitace udělal velký pokrok. Velmi se zlepšily jeho komunikační dovednosti a sociální fungování. Z faktorů, které naopak bránily úzdravě a vyrovnávání s nemocí můžeme jmenovat zejména nepochopení a předsudky okolí, zejména v zaměstnání. Vzpomínky na období, kdy chodil s nemocí do zaměstnání a setkával se s nepochopením a šikanou, jsou pro pana P. dodnes traumatizující. V oblasti práce by pan P. potřeboval větší podporu ze strany státu i společnosti. Pan P. lituje, že v okolí není možnost chráněné práce pro osoby s duševním onemocněním, myslí si, že v chráněném a podporujícím prostředí by byl schopen pracovat alespoň pár hodin týdně. Do běžného zaměstnání by si netroufal. Pan P. velmi silně vnímá stigmatizaci, která toto onemocnění provází. Vadí mu mediální obraz této nemoci, kdy lidé se schizofrenií jsou prezentováni jako šílenci nebo násilníci. O svém onemocnění hovoří pouze v centru sociální rehabilitace. Pan P. má obavy z budoucnosti, z úplného osamostatnění po smrti rodičů. Uvědomuje si, že se výrazně zhorší jeho finanční situace a že v místě bydliště ani okolí není v současné době možnost chráněného bydlení, pokud by jeho stav neumožňoval samostatné bydlení. Trvalý zdrojem stresu je obava o důchodové zabezpečení, na které je díky onemocnění odkázán.

Při zvládání nemoci tedy panu P. pomohla medikamentózní léčba a spolupráce s lékařem, podpora rodiny a pomoc při překonání sociální izolace v zařízení sociální rehabilitace.

Hlubší pohled na osobní zkušenost života s touto nemocí může přispět k lepšímu porozumění

lidem s tímto duševním onemocněním. Konkrétně je pak znalost životního příběhu, životního stylu a problémů, se kterými se nemocný potýká, dobrým vodítkem při vytváření individuálního plánu v sociálních službách pro osoby s duševním onemocněním, v tomto případě v centru sociální rehabilitace. Na příběhu pana P. je vidět, jak je důležité provázat zdravotní péči s péčí sociální a rodinnou.

8 INDIVIDUÁLNÍ PLÁN

Studium odborné literatury, narativní rozhovor, analýzu dokumentů, nestrukturované rozhovory a pozorování jsem následně využila prakticky a vytvořila jsem s panem P. vzorový individuální plán, který vychází z potřeb klienta. Pan P. byl ochoten ke spolupráci. Plán jsme vytvářeli společně při dvou hodinových sezeních. Individuální plán jsem rozčlenila do několika oblastí, tak, aby mapoval potřeby a přání pana P. a vycházel z toho, co může služba nabídnout. Tento plán může být prakticky využit pro sociální práci s panem P. v centru sociální rehabilitace a sloužit jako vzorový plán i pro plánování s jinými klienty. Plán obsahuje také osobní profil klienta, který stručně popisuje osobnost pana P. a může být vodítkem pro další pracovníky, kteří budou s panem P. v rámci služby pracovat a pomáhat mu při vyrovnávání se s nemocí a jejími dopady.

Jméno a příjmení klienta: pan P.

Profil klienta:

Pan P. je klientem centra sociální rehabilitace. Léčí se dlouhodobě s duševním onemocněním. Žije v bytě s rodiči, má sestru, se kterou vychází vcelku dobře. Soužití s rodiči je dobré, má klidné zázemí. Rodičům pomáhá v domácnosti, rád nakupuje, dívá se hodně na televizi, má počítač. V centru našel přátele a sociální kontakty, které mu dříve chyběly. Je velmi hovorný, občas až příliš. Nemá rád ticho, rád i u hovoru poslouchá hudbu. Občas je třeba pana P. požádat, aby reguloval hlasitost svého projevu a dal prostor k hovoru i dalším klientům, neskákal do řeči a podobně. Pan P. velmi dobře reaguje na připomínky, bere to jako přínos pro sebe, ne jako kritiku. Je ochoten na sobě pracovat. Je velmi přemýšlivý. Často se však zabývá různými nepodstatnými věcmi až příliš, a přiřazuje jim významy, které nemají, což pravděpodobně souvisí s jeho onemocněním. Má sklony vztahovat vše příliš na sebe. Na tomto je třeba s panem P. pracovat, aby měl lepší náhled. Pan P. je vděčný za zpětnou vazbu, je s ním dobrá spolupráce. K ostatním klientům se chová velmi přátelsky, s každým si popovídá. Je k ostatním vnímavý a ochotný pomoci. Má o ostatní upřímný zájem. V centru našel nové kamarády, se kterými se navštěvuje. Do pracovních činností v centru se zapojuje pouze na požádání, raději si jen povídá a udržuje sociální kontakty. Velmi rád se účastní společenských akcí, pořádaných centrem, například návštěv čajovny, kavárny a různých výletů.

Moje přednosti a dovednosti

V čem jsem dobrý; Co mi jde dobře; Na co jsem u sebe pyšný; Jaké jsou mé kladné stránky.

Jsem dobrý v matematice, mám technické myšlení, dobře se učím novým věcem, které se týkají techniky (např. PC), myslím, že jsem dobrý v komunikaci s lidmi. Jsem inteligentní, snažím se dobře vycházet s lidmi. Myslím, že jsem „dobrák od kosti“. Jsem nezákladný a snažím se na sobě pracovat.

Moje představy budoucnosti:

Jaký je můj sen, čeho bych chtěl/a dosáhnout.

Abych byl schopen žít soběstačně a sdílel život se ženou, žil normální běžný život a nebyl sám.

Jak si představuji sám/a sebe za pět let.

Abych byl alespoň v takové psychické kondici, jako jsem nyní nebo ještě lepší. Nyní se cítím nejlépe za celou dobu, co s nemocí bojuji.

Co by se mělo změnit v následujícím roce v mém životě.

Chci si najít kamarádku, se kterou bych mohl jezdit na výlety. Chci žít následující rok, tak jako ten uplynulý a dále na sobě pracovat.

Moje přání a potřeby

Co si chci udržet:

- *Udržet dobré vztahy v rodině a s lidmi, se kterými se nyní stýkám.*
- *Stávající psychickou kondici nebo ji ještě i zlepšit.*

Co nového chci získat:

- *Naučit se hospodařit s penězi a také si umět našetřit na to, co bych si rád koupil.*
- *Naučit se lépe a zdravěji stravovat.*
- *Dále se učit pracovat s počítačem a internetem.*

- *Pravděpodobně budu v budoucnu potřebovat pomoci s vyplněním formulářů a pomoci se smlouvami. Zejména v době, kdy budu bez rodičů nebo již rodiče nebudou schopni mi pomoci. Je možné, že budu potřebovat pomoci i někdy teď. V tom případě, bych rád využil pomoci centra a pomohla mi dle mých potřeb v této oblasti.*

Na čem chci pracovat

- *Jak si vybírat oblečení dle společenské události.*
- *Jak si koupit oblečení nebo boty, tak aby mi dobře seděly a naučit se kupovat kvalitní věci.*
- *Na svém chování při různých společenských akcích.*
- *Na způsobu své životosprávy a také na dodržování pravidelného režimu dne.*
- *Dále bych rád pracoval na svém chování ve skupině a trénoval spolupráci ve skupině.*
- *Chtěl bych též procvičovat paměť prostřednictvím her a různých cvičení.*

V čem se chci zlepšit

- *Rád bych v centru upevňoval své komunikační schopnosti a také společenské kontakty, seznamoval se s novými lidmi.*
- *V hospodaření s financemi a naučit se zbytečně neutrácet.*

Kde hledat pomoc a podporu

- *Rodina – sestra, rodiče, synovec*
- *Centrum sociální rehabilitace*
- *Psychiatr*

Cesta k naplnění potřeb a přání

Kroky vedoucí k naplnění přání a potřeb – popis jednotlivých kroků, které je potřeba k naplnění potřeby klienta.

Klient:

- *Budu pravidelně docházet do centra.*
- *Konzultovat svoje finanční plány v centru a se svými rodiči.*
- *Snažit se přemýšlet nad tím, než něco řeknu, abych se nedotknul někoho jiného.*
- *Pokud se vyskytnou problémy v mých rodinných či přátelských vztazích, tak je budu aktivně řešit a přijdu si pro podporu a radu do centra.*
- *Svému psychiatrovi budu více říkat, to jak se cítím a budu aktivnější v komunikaci s ním, jelikož nyní mu své potíže nepopisuji, přestože je mám.*
- *Pravidelně chodit do centra a věnovat se zde práci na PC a doma to procvičovat na svém.*
- *Účastnit se pravidelně společenských aktivit, které centrum pořádá.*

Centrum sociální rehabilitace:

- *Poskytovat panu P. psychickou podporu.*
- *Vést diskuze na téma hospodaření s financemi.*
- *Zajišťovat nácvik práce na PC.*
- *Organizovat společenské aktivity, o kterých bude pana P. informovat.*
- *Podpora pana P. při komunikaci s psychiatrem – možný doprovod.*
- *Doprovod klienta do obchodu při nákupu oblečení.*
- *Podporovat klienta v komunikaci, dávat mu zpětnou vazbu na jeho chování.*
- *Kontaktovat pana P. v případě, že delší dobu nepřijde do centra a zabránit tak sociální izolaci v případě zhoršení stavu.*
- *Podpora klienta k pravidelné návštěvě centra a tím k předcházení sociální izolace.*

Překážky

Stanovení překážek, které se mohou vyskytnout, a jak je minimalizovat.

- *Zhoršení psychického stavu – mluvit o tom se svým lékařem.*
- *Pobyt v léčebně – po návratu centrum klienta kontaktuje a nabídne mu návštěvu u něj doma a pomůže mu s návrtem do centra a se začleněním mezi ostatní klienty.*

Jelikož se jedná o dlouhodobé cíle, je termín jejich realizace stanoven do roka. Průběžné hodnocení bude zaznamenáno.

Spokojenost se službou

Jak jsem spokojený s aktivitami v rámci služby, spokojenost s poskytnutou podporou pracovníků centra.

Centrum navštěvuji od podzimu 2010 a za tu dobu my návštěva centra již hodně pomohla. Našel jsem nové kamarády, se kterými se nyní scházím. Dříve jsem byl stále uzavřený doma a teď mám pocit, že opět žiji. Všichni jste mi tu oporou a cením si otevřeného a přátelského prostředí. Člověk si tu na nic nemusí hrát.

ZÁVĚR

V této práci jsem se zabývala schizofrenií, závažným duševním onemocněním, které postihuje 1 % populace a jeho dopady jsou závažné pro jednotlivce, který onemocněl, jeho rodinu i celou společnost, která na léčbu tohoto onemocnění vynakládá značné množství prostředků. Cílem práce bylo přiblížit problematiku života s touto nemocí, ukázat na životním příběhu konkrétního člověka, jak onemocnění schizofrenií zasáhlo do jeho života, jakým způsobem se s onemocněním vyrovnával a vyrovnává v jednotlivých oblastech svého života a přispět tak k hlubšímu porozumění osobní zkušenosti života s touto nemocí.

V teoretické části jsem popsala schizofrenii z medicínského hlediska, zabývala jsem se příčinami, příznaky, průběhem a léčbou tohoto onemocnění. Zmínila jsem dopady tohoto onemocnění na kvalitu života nemocného, také jsem se zabývala historií péče o duševně nemocné a současným stavem péče. Nedílnou součástí moderní komplexní péče o duševně nemocné se stává sociální práce, nastínila jsem tedy možnosti sociální práce s touto cílovou skupinou.

V praktické části práce jsem se zabývala kvalitativním výzkumem a zpracovala jednopřípadovou studii za pomoci metod narativní analýzy a analýzy dokumentů. Při interpretaci dat se otevřel příběh, který umožňuje nahlédnout, jaký je život se schizofrenií, co nejvíce brání úzdavě a žití naplněného života a co naopak pomáhá překonat omezení, způsobená nemocí. Na základě nastudování teorie, narativního rozhovoru, analýzy dokumentů a pozorování jsem vytvořila s panem P. individuální plán, který může být použit k sociální práci v centru sociální rehabilitace a který více vychází z potřeb pana P.

Z mého výzkumu vyplynulo, že pomoci může rodina a blízcí, velkou měrou může přispět k úzdavě i sociální rehabilitace, díky které má nemocný možnost překonat svoji sociální izolaci, která je vnímána jako největší omezení. Je důležité, aby síť sociálních služeb pokrývala dostatečně potřeby nemocných a navazovala na nemocniční a lékařskou péči. Faktorem, který naopak úzdavě brání a ztěžuje ji, je nepochopení a odsuzování okolí a stigmatizace duševního onemocnění a schizofrenie zvláště. Vnímání této nemoci je zatíženo mnoha mýty a předsudky. Jak uvádí Libiger (in Höschl, Libiger, Švestka, 2002), jistá míra diskriminace a omezených možností sociálního uplatnění je spojena s každým onemocněním. Stigma však není nevyhnutelným osudem. Proto se jeví důležité neustále vyvíjet snahu a zvyšovat povědomí a informovanost veřejnosti i odborníků o tomto onemocnění. Jen poro-

zuměním lze překonat stereotypy a stigmata v pohledu na toto onemocnění. Tuto práci bych ráda zakončila slovy : „ *Zotavování je něco, co musí udělat sami lidé s psychickými omezeními. Ostatní je však v tom mohou podpořit.*“ Pěč, Probstová (2009, str. 21).

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BOUČEK, J. a kol. *Speciální psychiatrie*. Olomouc: LF UP, 2006
- [2] ČEŠKOVÁ, E. *Schizofrenie a její léčba*. Praha: Maxdorf, 2005, ISNB 80-7345-056-9
- [3] FOUCALT, M. *Dějiny šílenství*. Praha: Lidové Noviny, 1994, ISNB 80-7106-085-2
- [4] HÖSCH, C. a kol. *Psychiatrie – učebnice pro vyšší zdravotnické školy*. Praha: Scientia Medica, 1997, ISNB 80-85526-64-6
- [5] HÖSCH, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. Praha: Tigris, 2002, ISNB 80-900130-1-5
- [6] CHRZ, V. *Možnosti narativního přístupu v psychologickém výzkumu*. Praha: Psychologický ústav AVČR, 2007, 978-80-86174-11
- [7] KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002, ISNB 80-247017-90
- [8] KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie smysluplnosti existence*. Praha: Grada, 2006, ISNB 80-247137-05
- [9] MAREŠ, J. *Kvalita života dětí a dospívajících*. Brno: MSD, 2008
- [10] MATOUŠEK, O. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2007, ISNB 978-80-7367-331-4
- [11] MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005, ISNB 80-7367-002-X
- [12] MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006, ISNB 80-247-1362-4
- [13] MOTLOVÁ, L., KOUKOLÍK, F. *Schizofrenie*. Praha: Galén, 2005, ISNB 80-726-2277-3
- [14] PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005, ISNB 80-7254-657-0
- [15] PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. *Psychózy*. Praha: Triton, 2009, ISNB 978-80-7387-253-3

[16] VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004, ISBN 80-7178-802-3

[17] VENCOVSKÝ, E. *Psychiatrie dávných věků*. Praha: Karolinum, 1996, ISBN 80-7184-226-5

Internetové zdroje:

[18] <<http://www.lecimesespsychozou.cz/>>

SEZNAM PŘÍLOH

Přepis narativního rozhovoru

PŘEPIS ROZHOVORU

Tak chtěl bych povykládat o sobě a o svém životě a tom co vedlo k mé chorobě, která je prakticky celoživotní. První takový dalo by se říct problém byl takový, že při narození sem se přidusil. Takže možná že i to byl důvod, že jsem se vydal na dráhu toho duševně nemocného, když to takhle povím. Takže to bylo při narození.

Co se týče mě jako malého dítěte, tak sem byl velmi klidné dítě. Táta vždycky říkal: „kam sem tě postavil, tam si stál“. Vůbec jsem nedělal žádné problémy, byl jsem velice veselý, přizpůsobivý, dobře sem vycházel s babičkou, se staršími dětmi, pomáhal sem jí. Byl jsem velice spokojený, sám od sebe jsem byl velice spokojené dítě. Taky bych chtěl uvést, že jako malé dítě jsem byl velice vnímavý, což se projevilo i v pozdějším věku, že to mohla být také příčina té choroby. Byl jsem vnímavý na pachy, na zvuky, hlavně velice na zvuky, na přírodu. S taťkou jsme chodili umývat auto do jedné vesnice, a tam to bylo pro mě zlaté. Stačilo mi úplně málo. Byl jsem samotář, protože sestra už byla o hodně starší, s tou jsem tak nevycházel a potom byla na učňáku a potom šla z domu. A proto sem trávil hodně času sám, a to taky nebylo zrovna nejlepší pro mě. Pamatuju si třeba, že mamka měla povolání bankovní úřednice, taťka jezdil s autem, a když byli dlouho pryč tak jsem byl sám doma a to na mě působilo velice depresivně už tehdy, takže když jsem byl sám doma tak sem si pouštěl tehdejší rozhlas po drátě. Já jsem poslouchal tehdy ty příběhy, na to si vzpomínám dodnes, ale už na mě padala, jak byla zima nebo podzim, taková ta tíseň. Já jsem si nedovedl vysvětlit, že to byla nějaká deprese, ale cítil jsem tíseň. Necítil jsem se dobře. To bylo ale od nemoci hodně daleko to jsem byl tehdy v prvních ročnících základní školy. Takže to byla možná taková nějaká předzvěst, že není něco v pořádku, a dětem sem se spíš vyhýbal i na základní škole. Děti byly, jaké byly, byly kruté. Nechci říct, že jsem byl přímo typ na šikanu, já bych si to nenechal, já bych se s něma prostě pobil, já sem se bránil, já jsem nebyl žádný hlupák. Ale ze jména si dělali legraci, že jsem byl trochu tlustší, prostě jako děcka. Bohužel. Nevím jak je to dnes, ale myslím si, že ty poměry jsou zhruba tak podobné. No tak školu i s těmi dětmi sem zvládal. Nejhorší pro mě byla tělesná výchova tam si ze mě dělali úplně legraci. Dostával jsem dobré známky jenom díky tomu, aby mi nezhoršili vysvědčení, protože jsem měl jinak samé jedničky. Takže jsem byl s vyznamenáním. Všecko bylo dobré. Naši oproti mojí sestře si mě velice vychvalovali, protože jsem je nepotřeboval na učení. Já jsem ani nechtěl, protože oni by tomu nerozuměli. Sestra měla škaredé

známky. I když se učila tak jí to vůbec nešlo, ta na učení vůbec nebyla. Kdežto já sem byl úplně opak. No a tak tam bylo v tehdejší základní škole, ve které jsem byl, bylo hodně tříd dokonce až číslo d a všelijak s námi házeli z třídy do třídy.

To už jsem ale trošku předběhl. To už jsem samozřejmě jančel, začala u mě silná puberta. Začal jsem chudnout, chodit do turistického kroužku, tam jsem prostě se snažil co nejvíc chodit. Jiný sport jsem neuměl, tak nejideálnější sport byl tenhleten, a chodili jsme do přírody, což se mi velice líbilo a ze začátku to bylo ohromně dobré, ale pak jsem začal ještě víc blbnout, jak jsem říkal, nebo prostě viděl sem tam tu mládež, která žila trošku jiným životem než my ostatní smrtelníci, a mě to lákalo, jak jsem je viděl, jak seděli na kládě u Bečvy, nebo byli v parku někde. Tak jsem si říkal, to je skupina, ti si žijou svobodně. To se mi ohromně líbilo. Nosili dlouhé vlasy, jsem si říkal, jééé to je paráda. Zvlášť ty jejich holky se mi líbily, na ty sem hleděl jak na bohyně vždycky. Byly krásné, ty děvčata to sem jim záviděl. Na ty kluky bych se aj celkem vykašlal. Ale ty holky se mi líbily velmi, už tím stylem života. To bylo úplně jiné než běžné spolužačky. Oni byly jiné ty holky. A to vůbec, to jsem se nemohl ani k nim přiblížit, protože byli starší o něco v té době, a tak jsem tak po nich pokukoval. Tak jsme začali něco podnikat sami. Oni k nám cítili jakýsi odstup. Aby tam začal člověk mezi ně chodit to jsem si nedovedl představit, jsem se bál nějakého odmítnutí, ale rád bych se mezi ně přidal. Dělal jsem velké alotrie, takže bych si s nimi rozuměl. Tak jsem si říkal, udělám si svoji skupinu. Tak jsme měli svoje kamarády, ale co bylo blbé, tak že jsme začali kouřit a pít. Už ve čtrnácti letech jsem se poprvé opil, a bylo to potom několikrát. Na patnácté narozeniny jsem byl úplně namol, to si vzpomínám. Tehdy to bylo úplně, ležel jsem na zemi a pozvracený u klavíru. A to už šlo vidět tehdy, že ten alkohol mi nedělá dobře. Ze začátku to bylo euforické, pak jsem hodně zvracel. Prostě bylo vidět, že ten organismus to nepřijímá. A potom ty kocoviny co byli potom, ty byli hrozný. Jsem se z toho špatně probouzel, měl jsem žízeň. Kdyby jenom žízeň, ale nespál jsem. Prostě kdybych se na to podíval z dnešního pohledu, když to tak shrnu, tak jsem dělal všechno proto, abych se zlikvidoval. Normálně, jako kdybych se chtěl zabít snad. Přitom jsem se snažil žít zdravě, pak sem chodil na padesátky. Ty byly od osmnácti, ale já jsem tam chodil už ve čtrnácti, patnácti letech. Padesátikilometrové pochody. To bylo strašně vypětí. Když bylo třeba horko, tak v tom horku jsme chodili. Takže to bylo velice náročné. Prostě jako kdybych pracoval na svém sebezničení. Když se na to dívám s odstupem, a taky na osudy jiných lidí, tak je to skoro podobné, že oni takhle reagovali na tu svoji nemoc.

A jak jsem slyšel tady v Amice, tak prošli tím podobným stylem. Ale ne tak výstředním jak já. Já jsem byl teda úplně expert. To byli úplně šílené průšvihy.

Takže to už byla ta devítka, to jsem byl rád, že už jsem odešel. Ne rád, ale bylo to zachraňující, že sem šel na tu školu, protože to by skončilo, kdybych já šel někde pracovat, tak je ze mě troska notorická, která by se potulovala od stavby ke stavbě. Dělal bych někde dělníka. Opravdu to k tomu tak spělo, že bych se dostal jak jsou takoví ti ožrálkové. Mě se hrozně ten život líbil, jsem si říkal: „to je paráda žádné učení, máš volnou hlavu, popíjet s chlapama, velká sranda. Vždycky, když sem chodil na nějaké brigády, tak se mi to líbilo, jak oni si tam žili, přitom jsem si neuvědomil, jak je to pro ně těžké. Jak je to těžké zaměstnání. A ten alkoholismus, rodiče mi říkali, jestli si myslím, že tak budu od ničeho k ničemu, ale to v tom mladém věku to ti nikdo nevysvětlí. Mátoha, jak někteří lidé jsou.

Tak sem se dostal na tu stavební školu. Příjimačky jsem udělal úplně v pohodě. Dostal jsem se tam a tam začalo učení větší, na základní škole to šlo všechno spontánně, to jsem se vůbec neučil. Ale zhoršily se mi známky, v pololetí už byla z chemie trojka. To byla úplně neúměrná věc. Už to bylo vidět, že to spěje úplně do toho. Ty pijatiky pokračovaly, taky jsem si tam našel dobrého kamaráda, tak jsme se dali na to popíjení. Já záměrně mluvím tady o tomto, abych ukázal, co mě vedlo k té nemoci. To učení bylo taky vyčerpávající, už jsem si nemohl dělat úkoly ve škole. Na té škole, kde jsem byl, tam se musely dělat formátky, psalo se písmo, a to už nešlo jenom tak odfláknout. To jsem nemohl prostě ošidit. Takže musel jsem makat no. Na konci prvního roku jsem začal mít i dobré známky. Já jsem rodičům říkal, že už tam nechci být, že půjdu do učení, a že budu makat manuálně. Naši museli mít teda ze mě velkou radost v té době, protože já se svoji hlavou a takhle bych se chtěl zahazovat. Úplně zbytečné. Takže jsem se musel na té škole učit a nemohl sem nic ošidit. No tak to přešel první ročník- dobré. Brigády ty mě taky daly zabrat. Tam jsem si začal poprvé uvědomovat, že to tak jednoduché s tím dělnickým povoláním nebude, že to je teda hrozná dřina celoživotní, a když člověk zestárne a má dělat dělníka, tak je to hrozně těžké. Kdežto ten úředník to vždycky nějak odsedí, nebo nemá to tak náročné. Takže jsem si to vyzkoušel, a už jsem začal mluvit jinak, a už jsem tu školu dělal, ale přesto jsem byl hloupý, že ještě furt to pití bylo.

Rozhodující byl třetí ročník, kdy jsem vlastně v osmdesátém prvním roce onemocněl. Tam mi prostě začali ty problémy větší. Byl jeden takový přelom, kdy jsme byli s mamkou v Jugoslávii, a to horko a taky jsem tam popíjel pivo. Tak s tím vším dohromady to určitě

nedělalo dobře. Takže já sem se vrátil takový... už to nebylo ono. To byly druhé prázdniny mezi druhým a třetím ročníkem.

A ještě jsem zapomněl, velice důležité, že mi zemřela babička a to pro mě byla strašná rána. A to mohlo taky mě nahlodat. Ona zemřela v lednu 81. A na mě to mohlo mít taky vliv, aniž bych si to uvědomoval, a i když jsem to přečkal, tak jsem začal chytat takovou smutnou náladu. To mohlo mít taky velký vliv, aniž bych si to já uvědomil. Tak prostě babička umřela, a to pro mě byl strašný šok, byla to pro mě druhá mamka a prostě byla úžasná. Jsem s ní chodil jako malý na zahradu. Ta mi vždycky naslouchala. Uměla dobře vařit. Ona byla kuchařka povoláním, takže to bylo úžasné, takže to byla velká ztráta.

No a to bylo jedno k druhému. Pak jsme byli teda v té Jugoslávii, to jsem se nevrátil v moc dobrém stavu. Já jsem tehdy nevěděl, že existuje nějaká psychiatrie, nějaké duševní nemoci, já jsem to fakt nevěděl. V televizi to nikde nebylo, vůbec se o tom nemluvilo. Jako viděl jsem nějaké postižené lidi i tehdy, ale to jsem si říkal, že jsou nějakí divní. Ale to, že bych tím nějak onemocněl, nebo se tím zabýval, mne nenapadlo. Vůbec jsem nevěděl, že mám nějaké příznaky nebo něco. No a na ten podzim se to začalo lámat. V tom 81 jsem nastoupil do třetího ročníku, a tam byly už těžké předměty, takže jsem se musel víc učit. S tím pitím jsem nepřestal, to jsem si chodil třeba i sám na pivo. A jsme si vždycky každé pondělí, jak blbci, koupili litr rybízového vína, a to jsme vždycky pili tam u transformátoru. Tam jsme chodili na určité místo prostě a to jsme vždycky tam popíjeli. No hrozná hloupost to byla, určitě to nedělalo dobrotu.

Všecko vyvrcholilo tím, že třeba ten podzim na mě špatně působil, a už jak jsem říkal i jako když jsem byl ještě dítě. Tak jsem prostě začal mít takové zvláštní pocity, zvláště ten září, říjen. To se začalo všecko zhoršovat. A já jsem začal chodit po venku, už jsem ani na to pití moc nebyl, protože nemoc byla nastartována. To už to jelo. Nemoc už jela, aniž bych věděl co se semnou děje. Nikdo nevěděl co se semnou děje, ani rodiče. Chodil jsem hodně tam kolem Bečvy v té zimě, ale cítil jsem se hrozně sám. Jako jediný na celém světě. Jak jsem chodil kolem té Bečvy v těch mrazech a bylo to hrozně nepříjemné. Úplně jinak jsem přemýšlel, takové zvláštní jsem měl pocity. Takže to už bylo velice nedobré. Začal jsem ztrácet půdu pod nohama. Takže to jsem ještě nějak fungoval, ale už začali i větší problémy. Tak jsem šel k tehdejší dorostové lékařce, ta mi dala Thoridazin, tehdejší lék. To už bylo možná aj pozdě, ona už viděla, že se něco děje.

Ještě si vzpomínám, že jak jsme dělali s mamkou cukroví na vánoce a u toho už jsem usínal, ale bylo to dobré, uklidňující. Ale to chtělo komplexní léčbu v ambulanci, kdyby to bylo možné, nebo kdybych věděl jak to je. Tak bych samozřejmě šel k psychologovi, pak k psychiatrovi, a zkoušel se léčit ambulantně. Ale já jsem o tom nevěděl, ani naši. Vůbec jsme nebyli informováni. Takže jsem byl u té dorostové doktorky, tam jsem dostal nějaké léky a v poslední hřebíček do rakve, který jsem si způsobil, byl vánoční večírek. Tam jsem v noci zmizel, říkali spolužáci, o půlnoci. A pak jsem někde zmizel a vrátil jsem se domů o půl čtvrté ráno. Byla tehdy strašná zima. Jestli jsem tehdy někde usnul. Měl jsem holou hlavu, takže jestli to na mě nějak zapůsobilo. Pak mě začala bolet hlava ještě, pak jsem se doma napařoval. Tím jsem si ještě víc uškodil. Hlava mě bolela úplně příšerně, vůbec jsem nespál. Ale neřešili jsme to, jako naši viděli, že mi něco je, ale jsme to nějak tak neřešili. Pak přišel ten prosinec nešťastný. Tehdy se ještě dělalo na Štědrý den. Mamka byla v práci, taťka už byl doma a já jsem měl prázdniny no tak jsem říkal: „táto, musíme jít k doktorovi“. To jsem se vzbudil ráno, a vůbec jsem nemohl už vydržet. Sám jsem chtěl k doktorovi. Tak táta mě zavezl k doktorovi, byla tam už jen pohotovost. Udělali mě rentgen hlavy. Tam nebylo nic, jestli nemám něco s hlavou, protože já jsem měl zajímavé taky ty návaly krve. Jak kdybych chtěl brečet. Já jsem možná měl i slabý zánět mozku, nevím, co jsem tehdy všechno měl.

To bylo hrozně těžké období, takové hektické. Takže, kdo ví, co to všechno bylo. Pak mě poslali na Vsetín a pak jsem nastoupil do léčebny, hned toho čtyřiaadvacátého. Vzpomínám si, jak jsme tam trávili ten Štědrý den. Dali nám tam dokonce štědrovečerní večeři. Pacienti nám dokonce pobrali všechno maso. To jsem byl jak někde ve středověku hahaha. Dostal jsem balíček a ten mi taky sebrali, hahaha. Tak jsem tam byl první den. Byly tam vysoké stropy v té léčebně a šla tam televize s tou velrybou, to si vzpomínám, jako přírodopisný film. Ještě se nic nedělo, byla ta večeře. Všichni měli samozřejmě volno, byl tam jenom ten pan primář tehdejší. A tak jsem normálně usnul. Pak už si toho moc nepamatuju, protože jsem dostal velké dávky léku, jenom takové ústrižky. Co teda vím, jak za mnou pětadvacátého dojeli rodiče celí vyděšení. Byl to pro ně strašný šok, jak mě viděli. Oni hned řekli, že si mě vezmou domů, ale doktor, že ne, že to by mi mohli způsobit i smrt. Takže naši mě tam bohužel, nebo bohudík, nechali. Byla tam hrozná zima. Od té doby nemám rád zimu. Já jsem si tam užil takové zimy, takže já mám teplo v bytě, já si tam přetápím. Bylo tam takovým zvykem, asi aby se necouralo na koupání, tak nás nahnali všechny naráz do koupe-

len. Já si vzpomínám, že jsem byl sotva schopen se namydlit, protože jsem byl úplně z těch prášků oblblý. Ještě tam chodil pan holič, ten měl vždycky nervy nadranc. Nás tam holil v té sprše. A teď vůbec to nezazlívám a jsem rád, že jsem byl léčený v Československu. Určitě bych nechtěl zažít v Americe nějakou lobotomii. Když to teda shrneme, tak si myslím, že to bylo všude stejné a všichni hledali nové metody. Viděl jsem i film kde ve francii na ty duševně nemocné pořádali lov. Nebo u nás jim přidělali plechovky k noze, aby byli slyšet, aby je bylo vidět. Dobře to bylo vidět u Formana v Amadeovi, ten blázinec. To na mě taky zapůsobilo ten film. Vůbec si na tu tehdejší psychiatrii nestěžuju, bylo to, jaké bylo. Dokonce si dovolím říct, že mě vyléčili a vystrašili tak dobře, že jsem si ani nedovolil zneužít té léčebny. Byl tam velice přísný pan primář. Nebudu ho jmenovat. A ten hodně ty šoky dával. Já to nevím, ale říkal mi to druhý kolega, my jsme si dopisovali a setkávali se. Tak říkal, že vždycky přišel ráno a ukázal nám postele a řekl: „ten pude, ten pude“ a šlo se. Dostával jsem elektrokonvulzní léčbu, těch jsem dostal nespočetně. Přesně si nepamatuju, ale bylo jich určitě hodně. Jenom si pamatuju, když mě vždycky uspávali, tak to bylo velice jako příjemné. Jeden pacient se na to vždycky těšil, říkal: „já se aspoň konečně vyspím“. Dokonce jsem byl svědkem, že mě tam zavedli dřív, než měli, a já jsem viděl toho mojeho kolegu, jak mu dávali ten šok. To bylo celkem tvrdé. Tělo se nadvzdlo, on vykřik, a ten doktor nadával: „co ho sem pouštíš, ten ještě nemá jít“. Tak to byly ty šoky, to jsem přešel. Oslavil jsem tam i osmnácté narozeniny v lednu 82. A byla za mnou mamka se sestrou a ty byly úplně vyděšené, že jsem mluvil z cesty. Takže ta nemoc pokračovala, a i když jsem byl klidnější, tak jsem mluvil úplně z cesty. Já si totiž na ty osmnácté narozeniny ani nepamatuju. Byli za mnou, donesli mi dort a sestra ze mě byla úplně vyděšená. Takže teď byla ta zima, a to si pamatuju, jak ten jeden ho tou židlí přetáhl. Tam se vždycky dvakrát do týdne stálo na vizitu. Tam se vždycky vytvořila fronta na tom oddělení a šel jeden po druhém. A měli tam magnetofonové pásky, takže si nahrávali pacienty, a oni podle toho asi dávali tu léčbu. Jo a ještě ta injekce. To se dávala injekce do zadku před tím šokem a hrozně mě bolela. Vždycky jsem se ptal proč mě to tak bolí, pane vyšetřovateli. To byla taková hustá látka. Takže dostal jsem nespočet těch injekcí, takže to byla léčba velice intenzivní. Takže tam jsem byl zhruba tři měsíce.

Naši pracovali na tom, abych se dostal do lepšího prostředí, protože se jim to tam vůbec nelíbilo v tom Kroměříži, bylo to tam zastaralé. Chtěli mě dostat na kliniku, tak vybrali pacienty z toho oddělení a šli jsme do olomoucké kliniky. Tam vládla paní primářka. Tak

nás převezli v sanitce se vším. Ona to byla velice taková nervní paní. Říkalo se, že ona tím žije, údajně měla být svobodná. Že velice pro ty pacienty dělá, ale byla velice nepřístupná. Ale asi se k těm pacientům jinak nedalo, nebo to bylo tehdy takové, ale snažila se. Ona se aj pro mě snažila najít léky, aj nějaké tam švýcarské léky sháněli. Všecko pro mě sháněli a mamka jim taky něco nosila, to nosila aj tam. To měli vždycky rodiče připravené jedno pro mě cukrové a jedno pro pacienty, protože oni by mi to sebrali. Takže já jsem jim musel jeden ten sáček dát, protože oni byli hladoví. Žádní příbuzní za nimi nejezdili. Takže vracím se k tomu Olomouci. Tam to bylo úplně jiné, tam jsem pookřál. Ještě jsem dostal jeden šok na cestu z Kroměříže, tam jsem měl takovou epizodu, že jsem se chtěl zabít tím jídelním nožem. To byla ale jenom blbá hrozba, a oni to slyšeli, a mysleli, že to fakt udělám, ale to jsem měl jenom blbou náladu. Nikdy v životě jsem se nechtěl zabít. Tak tam jsem pookřál, byl jsem veselý úplně, naši byli spokojení. A tam měli zase jinou léčbu, tam byla ta inzulinová léčba. To se vždycky dávaly zvyšující se dávky inzulínu a ten člověk upadnul do komatu a mělo to nějak změnit ty struktury v tom mozku a vůbec to vnímání. Mělo to údajně pomáhat a já tomu věřím, že to pomáhá, ale mě to moc neseslo. A z komatu se probouzelo tak, že nosní dírkou se zavedla sonda a ten sladký čaj se lil do toho. A mě ho bavilo jíst, takže jsem přibíral. Jednoho dne mě nemohli vůbec probudit, tak mě dali přímo glukózu injekcí, a už mě to přestali dávat. Už zjistili, že to mě nepasuje, tak mi to přestali dávat. A ještě jsem tam dostal velkou horečku, nevím, co to bylo, jestli z těch léků, ale naskákaly mi puchýře na chodidlech. Takže potom jak jsem byl z té léčebny, z té kliniky, tak se mi ještě loupaly chodidla. Nikdo to nevěděl, čím to bylo způsobené, jestli těma lékama, nebo jsem chytil vira. Ale to už bylo propuštění, a říkám, opravdu budu upřímný, nezazlívám jim to, doba byla, jaká byla, teď je zase jiná. A myslím, že na tom západě měli víc peněz, tak do toho víc investovali. Takže možná měli modernější metody, ale jak v kterých státech. Protože třeba v Asii se dodnes chovají k těm nemocným jak ve středověku. A jak jsem četl tak i v muslimských zemích s těma nemocnýma zacházejí strašně. A duševně nemocní jsou po celém světě, to není žádná výjimka.

Takže to už se chýlil ten léčebný pobyt v Olomouci ke konci. Samozřejmě bylo to tam pěkné, větší čistota a všechno, ale klinika je klinika a každý chce být raději doma. Ještě povím, že tam chodili studenti na stáže, a jak tam byla jedna studentka, chuděra, měla psát nějaké pojednání, a já jak jsem tam seděl pod těma lékama, tak ze mě nedostala nic. Takže jednoho dne to přišlo.

Přesně na den 24. června 1982 jsem byl propuštěn. Takže jelo se domů, ještě jsme se stavili za tetou v Teplicích. Domů jsme přišli, a hned to první, co jsem udělal, tak jsem přestal brát léky, všechny. Hned naráz jsem to povyhazoval do záchodu. Naši říkali „aspoň trochu by jsi měl brát“. První noc jsem spal dobře. Jenže jsem pak dělal zase hlouposti o prázdninách před školou, jak jsem měl nastoupit zase do třetího ročníku. Tak jsem zase popíjel pivo a já už to nechci ani zmiňovat, jak je to trapné, že člověk, který jedenkrát „dostal po zadku“, že mu to nestačilo. Nevím, co to, vždyť už aj puberta byla za mnou. To se ale nic nedělo, na můj zdravotní stav to nemělo vůbec vliv. Normálně jsem nastoupil do nové třídy. Třída mě přijala dobře. Vůbec se mě nikdo neptal na nemoc, byly ty děcka v podstatě dobré. Co si říkali mezi sebou to je druhá věc. Po tom pátrat nebudu, to je jasné, že si něco řekli. Začal jsem studovat, docela mi to šlo. Nemohl jsem samozřejmě užívat žádné léky. Ale nenechala na sebe nemoc dlouho čekat, protože jsme zase měli nějaké ty večírky a pijatky s klukama. Chodili jsme do hospody, tak se nemoc zase trošku vrátila. Dokonce jsem byl na jednom večírku, tam jsem spadl na schodech a rozbil si hlavu pod okem. Kdyby to dopadlo hůř tak jsem mohl být i nějak poznamenaný. Naštěstí jsem z toho vyšel.

Potom jsem byl i na rekreaci, ta mi taky neudělala moc dobře. To jsem se z toho jakš takš dostával. Pak jsem do toho zas nějak sklouznul, měl jsem problémy s tím pitím. Jo do Tesly jsem se nemohl vůbec dostat, protože doktor jak viděl moji diagnózu tak mě tam nechtě vůbec pustit. Přitom to byl podnik, který byl pro zdravotně postižené, prostě to byl hrozný doktor. Takže mi to musela mamka zařídit u ředitele tehdejší nemocnice. To byl zas našťvaný ten doktor, že ten ředitel na něj šel. Tak jsem šel na pás. Byl jsem na různých místech v tom podniku. Nemoc se mi zhoršila samozřejmě.

Jo ještě ta škola. Ve škole jsem měl taky jakousi ataku. Ve čtvrtáku jsme jeli na výlet do Prahy. Byly tam takové ty výrobky, jako různé kotle. Já mám totiž jako tu školu, to TZB technické zařízení budov. Tak tam se mi udělalo špatně, to jsem musel jet hned zpátky s kamarádem, to nás doprovázela celá třída, to si pamatuju, na nádraží. Takže nevím, co si o mě říkali ti noví spolužáci, ale chovali se dobře. Nevyčítali mi to, ani si ze mě nedělali legraci, ani neměli žádné narážky.

Takže jsem tu školu prostě dokončil, udělal jsem i maturitu. Dostal jsem i modrou knížku, takže jsem nemusel na vojnu, což bylo velké plus. Pak jsem teda měl nastoupit do zaměstnání. Dali mě změněnou pracovní schopnost a dokonce mi nabídli, že bych mohl jít do Báňských projektů. To jsem bohužel odmítnul, což byla velká chyba. Já jsem se bál rýso-

vání. Tak to jsem nešel, že půjdu do čističky odpadních vod. Jenže tam se dělá na noční a můj psychiatr to nedovolil. Říkal, že tam nemůžu jít. Tak jsem šel zase do té Tesly, z kudyma jsem zase musel odejít s nemocí.

Třeba vzpomenu, kdy jsem měl na jaře v 84. nebo 85., že když sem poslouchal rádio, tak se mi zdálo, že to rádio na mě mluví, že jsem s něma nějak spojený. Takže to byla taková typická paranoidní věc. Ještě když se vrátím, tak jsem se v té škole dozvěděl, že mám paranoidní schizofrenii, což byl pro mě strašný šok. Já jsem si o tom začal číst v knížkách. Dozvěděl jsem se to teda úplně náhodou. Bylo to napsané na obálce na žádance do těch lázní. Dostal jsem se do té Tesly, což nebylo asi moc dobré. Měl jsem jít do těch Báňských projektů. Z toho prvního jsem musel odejít, byl jsem chvíli v jiném podniku, tam se mi stalo to s tím rádiem. Bylo mi úplně příšerně. Bylo jaro a mě bylo příšerně. Můj psychiatr si mě přehazoval s obvodkaem, a vůbec mi nepomohl. Závodní lékaři se hádali, protože jeden říkal, že mi nic není, a ten druhý mi říkal, že mám horečku. Po půl roce jsem z podniku odešel. A šel jsem pracovat do Tesly do příjmu zboží. Byla tam velmi nepříjemná vedoucí a asi věděla o mojí nemoci. Bylo tam velice nepřátelské prostředí a já byl pod vlivem léků. Musel jsem s nimi chodit do práce, ale byl jsem méně výřečný a příjemný. Ženy mě šikanovaly a já jsem tam byl jako nějaký poskok. Potom jsem zjistil, že je možnost přejít do hutního skladu. A taky tam byl vedoucí, který mi dělal problémy. A už mě chtěl propustit. Ale naši mě zase hodně zachránili, tak zaskočili za ředitelem. A ředitel na to trochu dohlédl a už jsem v tom skladu byl na druhý týden. A už si na mě nedovoloval nikdo. A tehdy v tom hutním skladu nastala „zlatá doba“, kdy jsem byl úplně bez léků od roku 89 do roku 92.

Ještě řeknu, že v 88. jsem měl přítelkyni, se kterou to vypadalo velice na vážno, ale jakmile se dozvěděla o mojí nemoci tak během týdne byla pryč. Já jsem šel i do Brna na genetiku kdyby naše děcko co by to mělo. A ona se asi poradila s kamarádkama, protože to neznala, a už to bylo. Prstýnky mě zůstali jako památka, ale zlato je teď v ceně, tak možná to nějak zpeněžím. Takže ta odešla a teď byla ta práce. Ještě před listopadem 89 jsem se dokonce dostal do kanceláře. To mně velice vyhovovalo. Dělal jsem tam práci takovou s výjezdy ven. To mi vyhovovalo, že jsem nebyl pořád na jednom místě. To bylo prostě velice dobré období.

Pak se mohlo jezdit ven, tak jsme jeli s maminkou do Řecka. Tam mi to zase nepomohlo, takže jsem musel zase brát minimálně ty léky. To se ta nemoc taky chtěla trochu vracet, ale

zvládl jsem to. Začal jsem mít ale problémy, tak jsem musel jít na nemocenskou. Já jsem se léčil doma, pak mi doktor řekl, že je to dobré, že můžu jít do práce. Tam v té práci jsem už bohužel nemohl fungovat v 95. a musel jsem se vrátit zpátky na nemocenskou. A v 96. mi doktor řekl, že bych mohl uvažovat o důchodě. Toho jsem se ale nezdravě chytl, a už jsem se na to celý těšil. Oni mi ho už nabízeli, když jsem šel z Olomouce, že bych nikde nepracoval. A to tehdy moji rodiče odmítli, nevím, jestli to bylo dobře nebo špatně. Nakonec jsem šel do Olomouce zpátky tentokrát na otevřené oddělení. Tam to byla úplná pohoda. Jsem si chodil do kavárničky na kafe, na zákusky. Chodil jsem po zahradě. To když srovnám s tehdy, tak to jsem byl velice spokojený.

Po čtrnácti dnech jsem se vrátil a posudkové řekla, že to na plný důchod nebude. Jsem tam byl v relativně dobré formě, už jsem se ze všeho dostal, tak mi dali jenom ten částečný. A na základě z těch zkušeností z té práce, z té šikany jsem cítil, že je to dobře. Tak jsem měl jít zpátky do toho podniku. Tam ale si to narafičili tak, že mi dělali problémy, házeli mi klacky pod nohy, abych prostě odešel. Tak jsem odešel. Na úřadu práce mi nic nenašli, takže jsem uvíznul na tom částečném důchodě. Měl jsem velké obavy, co semnou bude dál. Protože jsem si nikdy neplatil sociální pojištění, na to jsem nebyl nikdy zvyklý. Já jsem vždycky podepisoval v Tesle kartičku s daňovým přiznáním a všechno šlo bez problémů. No a toto skončilo, a to vidím, že to je velká chyba v tomhle tom, že nikde nedělám a nejsem schopen po šestnácti letech důchodu, že asi budu muset čerpat ze svých zásob. Já jsem takový, že nic nevzdávám a pořád věřím, že se mi to podaří.

Chci ještě říct, že jsem poznal centrum sociální rehabilitace, tady to zařízení, což bylo po tom, jak jsem byl v důchodě. Ten důchod popíšu tak, že to byly ztracené roky. Nedělo se vůbec nic. Můj život se úplně ztlumil, já jsem byl pořád doma, nikam jsem nechodil. Díval jsem se na televizi, chodil jsem na zahradu a sem tam na nákup. Ze začátku jsem vůbec nechtěl chodit ven a pak jsem se trochu osmělil, ale nastal zlom. Já jsem onemocněl urologickou nemocí v roce 2009 a byl jsem na operaci.

A pak jsem si řekl, že život je fakt krátký a že dělej něco se sebou. Tak mě to tak pobídlo. No a potkal jsem tehdejšího klienta, který byl v centru sociální rehabilitace a ten mi řekl, že tam chodí. Já jsem tam první nechtěl jít, a po té operaci jsem si řekl, že to teda zkusím. Zapůsobilo to na mě velice dobrým dojmem. Byli ke mně kamarádi, dávali se se mnou do řeči, usmívali se na mě, takže já jsem byl úplně potěšený.

Začal jsem mít radost ze života. Začal jsem tam chodit pravidelně. Velice mi to pomohlo, už to říkám furt do kola, ale pro mě to bylo dobré. Tihle ti klienti jsou zhýčkaní, mají všechno až pod nos, každý se o ně stará. Já jsem narážel jenom na samé nepochopení. Já jsem měl cejch jak nějaký zločinec. Prostě to bylo horší jak kdybych vyšel z vězení. Já jsem to říkal rodičům, že já musím takhle trpět, že mě ani do práce nechtějí vzít, důchod mi nechtějí dát. Byl jsem v jakémsi vzduchoprázdnu a neměl jsem se na koho obrátit.

Když jsem šel z té léčebny, tak první den jsem byl na náměstí, a já jsem nechápal, byl jsem jak v jiném světě. Než jsem si na to všechno zvyknul, než jsem se dostal do toho. A když vidím, jak oni se teď mají. Jak je teď to centrum, tak to je takový luxus, že to je úplně nepředstavitelná věc. Takže já si toho teď ohromně vážím a já se přiznám, že nejsem rád sám se sebou doma a já jsem rád mezi lidmi. Tím si chci aj prorazit tu nemoc a otevřít se těm lidem. A jak je znak téhle nemoci, že se lidé uzavírají, tak já vidím, že jediná obrana proti tomu je se otevřít.

Jo to jsem zapomněl, že jsem si nedokázal ani nakoupit. První roky na důchodě mě museli nakupovat naši. Nebyl jsem ani schopen do té samoobsluhy zajít. To jsem zapomněl říct, že když já to беру jako samozřejmost tak s tím bojuju dennodenně. Třeba když jsem slyšel lidi se bavit, tak jsem hned přemýšlel, jestli se nebaví o mně. Já jsem to říkal té posudkové, ale ona, že na ten plný důchod to není, bylo to tak přísné. Takže to co jsem chtěl zdůraznit, že i když říkám, že je mi dobře nebo mi je dobře tak s tímhle bojuju. Jakmile nejdu ven, tak jsem v tom zpátky. Musím pořád udržovat rytmus, chodit ven a tady do toho centra pravidelně, abych byl pořád mezi lidmi. A pro mě je to vlastně taková terapie. Já se dostanu ven a já se tam rozmluvím s klienty, se sociálními pracovníci. Velice mi to prostě dělá dobře. Našel jsem si nové kamarády.

To ještě chci říct, že jsem ztratil skoro všechny kamarády. Ze začátku ještě měli snahu za mnou chodit, ale jak uviděli že semnou nic není, že se jím straním tak potom odešli, už si jeli po svojem. A dneska mají úplně jiné životy, dneska mě sotva pozdraví. Předtím jsme byli kamarádi na život a na smrt, dalo by se říct. Chtěl bych teďka ještě říct, kdy už jsem řekl o svém životě prakticky všechno, co proběhlo a i teď v současné době.

Tak třeba vztahy, takže nejsem schopen zajít si, jak jsou někteří lidi velicí borci, si zajdou někde na diskotéku, na zábavu a seženou si ženskou, nebo si napíšíou seznamovací inzerát. To jsem sice ze začátku dělal, ale dopadlo to špatně, měl jsem kamarádku, která ode mě

taky odešla. Takže i toto je pro mě, pro člověka, který má rád ženy a chce mít ženskou společnost, tak je to jedno z velkých omezení. Ten strach chodit do obchodu, z toho že když se lidi zasmnějou, tak si myslím, že je to na mě, toho se nemůžu zbavit. To jsem byl třeba včera v nemocnici na prohlídce a tam se někde sestry smály a já jsem myslel, že se baví o mně. Takže to ze svého života nedostanu. To mi řekl můj psychiatr, že to bude součást mého života navždy. Aj se bojím jít teď někde do práce, těch lidí tam. Jako kdyby to bylo jak tady v centru, tak je to báječné. Jako jsou chráněné dílny, ale tady v okolí zrovna žádné nejsou.

Mám kamaráda, který dělá v takové dílně a k tomu důchodu si vydělává celkem slušné peníze. On je z Drahotuš a jezdí za tou prací do Hranic. Takže v Hranicích jsou na tom lépe, je tam v nějaké ševcovské dílně a dělá tam zástupce vedoucího. Což bych mohl klidně dělat zástupce vedoucího taky. Byl by ze mě normální člověk, bych se naučil přijímat objednávky a tak dále. V té chráněné dílně jsou taky postižení lidé, takže bych tam netrčel. Já jsem vždycky trčel, protože schizofrenici většinou nepracují. Dokonce jsem četl, že někteří mají ataku jednou v životě a pak jsou zdraví. To já jsem takové štěstí neměl.

Ještě jsem chtěl říct, že jak jsem začal chodit do práce tak jsem už vůbec nepil. Nikdy už bych nechtěl jít do léčebny, už těch čtrnáct dní na tom otevřeném oddělení byl vrchol. I když to tam byla pohoda, tak jsem toho už měl plné zuby po čtrnácti dnech. Já to prostě nemám rád takové prostředí.

Já mám prostě takovou oporu v těch rodičích, že můžu žít s nimi a oni mi pomáhají, i když oni už jsou taky starší tak je to těžší. Teď už vidím, že ta pomoc z jejich strany už odchází a budu se muset spíš já do budoucna vzchopit a pomáhat já jim. Takže když mluvím o té budoucnosti, co mě čeká, tak mě čeká ztráta rodičů, úplné osamostatnění. Takže to budou věci, které budu muset řešit a které se kdoví jak podepíší na mém zdraví. Když umřel strýc, tak jsem onemocněl, když umřela babička, tak jsem onemocněl, což mohlo u mě podvědomě vytvořit tu depresi. A já když dostanu depresi, tak ze silné deprese to spěje k té nemoci. Takže do budoucna mě čeká ještě hodně nepříjemných věcí. Zatím jsem prostě v období velkého blahobytu, jak tomu říkám. Ale naštěstí sem stále optimistický, nemám teď žádné problémy, takže se snad z toho nějakým způsobem vylížu a budu žít nějaký přiměřený život. Třeba aj ta práce by mi pak prospěla, by mě stabilizovala. Ale zas, i kdybych chtěl tak by to bylo hodně složité. I když znám klientky co pracují na brigádě i v důchodě. Takže všechno by mohlo jít. Takže tím jsem se dostal až k současnosti. V současnosti žiju,

já tomu říkám blahobyť, nebo si to aspoň myslím. Jak by řekli někteří lidé, žije si u maminky. Do budoucna mě čekají ještě ty starosti, ale doufám, že tady to centrum ještě bude, které mi pomůže. Co teď budu řešit a nechci to přivolávat, bude úmrtí rodičů, což na mě bude mít velký dopad, protože jsem tak zvyklý s nimi spolužít. Ne v tom smyslu, že bych byl malé děťátko a oni mi nosili talířek s jídlem. Normální život máme. Snažím se jim aj pomoci, ale někdo se mnou prostě je v tom pokoji.

Proto by bylo dobré, kdyby se mi podařilo to nahradit nějakou ženou, abych měl nějakou partnerku a nebyl s nimi tak svázaný. Žiju s nimi prostě a my se tak prolínáme a bude to prostě pro mě ohromná ztráta. S tím se budu v budoucnu velice těžce vypořádávat. Pak mám obavy, jak to bude ve státních důchodech, aby mi nesebrali důchod. A to jak budu vycházet s penězi o tom ani nemluví, i když mám našetřených dost tak na třicet roků to není. Ale mám naštěstí ještě půlku baráku se sestrou.

Vždycky jsem měl strach, že skončím jako bezdomovec. To jsem měl hrozné obavy. Mám z nich strach, ale zároveň je lituju. Někteří jsou agresivní nebo nemocní. Takže to je asi všechno o té nemoci, o té minulosti a dívám se do té budoucnosti, jako poučený optimista. Napůl skeptik a napůl optimista. Tak to by bylo asi všechno.