

# Krize u jedinců s diagnózou v okruhu schizofrenie

Ondřej Váňa

---

Bakalářská práce  
2011



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2010/2011

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Ondřej VÁŇA**  
Osobní číslo: **H08568**  
Studijní program: **B 7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Zvládání krizí u lidí s psychózou**

Zásady pro vypracování:

**Zpracování rešerše a studium odborné literatury.**

**Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti psychologie, klinické psychologie, psychiatrie.**

**Příprava metodiky výzkumné části.**

**Realizace kvalitativního výzkumu formou kvalitativního dotazování.**

**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:

**BAŠTECKÁ, B.** Základy klinické psychologie. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-550-4.

**HENDL, J.** Kvalitativní výzkum. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.

**MALÁ, E.** Psychiatrie. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0.

**MENTZOS, S.** Dynamika duševní nemoci. Praha: Portál, 2005. ISBN 8071789925.

**ŠPATENKOVÁ, N.** Krize: psychologický a sociologický problém. Praha: Grada, 2004. ISBN 8024708884.

Vedoucí bakalářské práce:

**PhDr. Mgr. Ivana Marášková**

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

**20. ledna 2011**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**6. května 2011**

Ve Zlíně dne 20. ledna 2011



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.  
*děkan*



Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.  
*ředitelka ústavu*

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby<sup>1)</sup>;
- 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<sup>2)</sup>;
- podle § 60<sup>3)</sup> 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<sup>3)</sup> 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 ..... 14. 4. 2011

..... *Váňa*

<sup>1)</sup> 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 nahlázení 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 chybného 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 přihlídí k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Abstrakt česky

Tato bakalářská práce se zabývá duševním onemocněním jménem schizofrenie, konkrétně pak prožíváním krizí u jedinců s touto nemocí. Cílem mé práce je přinést nové poznatky, které lépe popíší danou situaci v životě schizofrenního člověka. Má práce se dělí na dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části se pokusím vymezit pojem krize, dále se budu věnovat jedinci v krizi a samotnému onemocnění schizofrenií, aspektům života se schizofrenií, a to jak života s nejbližší rodinou, tak života se svým okolím. Praktická část je zaměřena na metodologický výzkum, jehož cílem je zjistit, jak prožívá člověk se schizofrenií krize, zda-li je s touto situací obeznámen a také, jak umí s tímto stavem pracovat.

Klíčová slova: schizofrenie, krize, prožívání krizí, zvládání krizí, duševní onemocnění, MKN-10.

## **ABSTRACT**

Abstrakt ve světovém jazyce

This thesis deal with mental illness on behalf of schizophrenia, in particular, experience with management in individuals with this disease. I Intend to bring new knowledge to better describe the situation in the life of schizophrenic man. My work is divided into two parts: theoretical and practical parts. In the theoretical part I will try to explain the concept of crisis, then I will give individuals in crisis and the underlying illness, schizophrenia, aspects of life with schizophrenia, both living with my closest family and lives with hissurroundings. The practical part focuses on methodological research, aimed to found out how people with schizophrenia experiencing a crisis, whether it is familiar with the situation work.

Keywords: schizophrenia, crisis, experiencing crisis, coping crisis, mental illness, MKN-10.

## **Poděkování**

*Děkuji vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Mgr. Ivaně Maráškové za podporu, ochotu a pomoc, kterou mi poskytla při implementaci mé bakalářské práce. Dále bych chtěl poděkovat týmu centra sociální rehabilitace Horizont Zlín za pomoc při řešení dílčích problémů realizace mého výzkumu. Poslední poděkování patří všem, kteří se od začátku do konce jakkoliv podíleli na úspěšném dokončení této práce.*

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

# OBSAH

<b>ÚVOD .....</b>	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>11</b>
<b>1 KRIZE .....</b>	<b>12</b>
1.1 VYMEZENÍ POJMU KRIZE.....	12
1.2 TYPOLOGIE KRIZÍ .....	13
1.2.1 Krize vývojová, situační, kumulovaná.....	14
1.2.1.1 Vývojové krize.....	14
1.2.1.2 Situační krize .....	15
1.2.1.3 Kumulované krize .....	17
1.2.2 Krize podle Baldwina.....	17
1.3 JEDINEC V KRIZI .....	18
1.3.1 Dospívající a krize.....	19
1.3.2 Dospělý a krize .....	20
1.4 ZVLÁDÁNÍ KRIZE.....	21
<b>2 SCHIZOFRENIE .....</b>	<b>25</b>
2.1 ETIOLOGIE SCHIZOFRENIE.....	26
2.2 SYMPTOMY SCHIZOFRENIE .....	28
2.2.1 Poruchy vnímání .....	29
2.2.2 Poruchy emocí .....	30
2.2.3 Poruchy myšlení.....	31
2.2.4 Katatonie .....	33
2.3 PRŮBĚH ONEMOCNĚNÍ.....	34
2.4 DĚLENÍ SCHIZOFRENIE.....	35
2.4.1 Schizofrenie (F20).....	36
2.4.2 Schizotypní porucha (F21) .....	37
2.4.3 Schizoafektivní porucha (F25).....	37
2.5 TERAPIE SCHIZOFRENIE .....	38
2.5.1 Farmakoterapie .....	40
2.5.2 Psychoterapie a socioterapie.....	41
<b>3 SOCIÁLNÍ VÝZNAM SCHIZOFRENIE .....</b>	<b>45</b>
3.1 RODINA SCHIZOFRENNÍHO JEDINCE.....	46
3.2 PRÁVNÍ POSTAVENÍ SCHIZOFRENNÍHO JEDINCE.....	48
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>50</b>
<b>4 ÚVOD K VÝZKUMU .....</b>	<b>51</b>
4.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM .....	51
4.2 CÍL VÝZKUMU .....	51
4.3 DRUH VÝZKUMU .....	52
4.4 METODY VÝZKUMU.....	52
4.4.1 Metody získávání dat .....	52
4.4.2 Metody zpracování dat a analýzy dat.....	53



4.5	VÝZKUMNÝ VZOREK .....	54
<b>5</b>	<b>REALIZACE VÝZKUMU.....</b>	<b>55</b>
5.1	VÝSLEDKY VÝZKUMU .....	55
5.1.1	Seznam kódů .....	55
5.1.2	Vztahy mezi kategoriemi.....	58
5.1.2.1	Vyvolávající faktory.....	58
5.1.2.2	Četnost prožívání.....	59
5.1.2.3	Časový rozsah.....	60
5.1.2.4	Kognitivní funkce.....	60
5.1.2.5	Tělesné zdraví.....	61
5.1.2.6	Soběstačnost.....	62
5.1.2.7	Zvládání krize .....	62
5.1.2.8	Nezvládání krize .....	64
5.1.2.9	Životní hodnoty .....	65
5.1.2.10	Prožívání.....	65
5.2	ZÁVĚR VÝZKUMU.....	66
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>69</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>70</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>72</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>73</b>
	<b>SEZNAM TABULEK .....</b>	<b>74</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>75</b>

## ÚVOD

V současné době jsou na každého jednotlivého člověka kladeny stále větší nároky. Můžeme si toho všimnout již na nejnižších stupních lidského vývoje. Nechápejme tuto náročnost pouze jako záležitost pracovní či studijní, ale jako náročnost komplexní, zahrnující všechny složky lidského života. Pod „tlakem“ nemusíme být jenom v práci popř. při studiu. Tím, jak se doba zrychluje, je nutné být i lepšími lidmi, měli bychom být rychlejší, zodpovědnější, pracovitější, schopnější atd., mohl bych jistě pokračovat dlouho. Ne všichni jsme psychicky vybaveni na tyto vysoké nároky a řešení různě složitých a těžkých situací, které potkávají člověka každý den a jsou spojeny s dobou a společností, ve které žije. Ne všichni z těch, kteří jsou vybaveni jinak než ta větší a později zdravá část populace, jsou pak schopni rozpoznat a řešit své problémy včas. Každý jedinec má své hranice nastaveny jinak. Pro někoho může být zátěžové říci si o pozornost v obchodě, pro jiného třeba noční směny v práci. Každý má možná svůj určitý krizový moment, ve kterém se vše zlomí a začne docházet k rozvoji duševní nemoci - přesněji schizofrenie. Neboť o tu v mé bakalářské práci jde. Pokud by každý z nás měl svůj moment – bod zlomu, dalo by se říct, že jsme měli štěstí a zůstali jsme zdraví. Jde samozřejmě o pouhou smyšlenku. Víme, že na rozvoj schizofrenie má vliv také genetická stopa daného jedince. Chtěl jsem tak pouze nastínit situace, kdy hranice mezi nemocí a zdravím je velmi tenká. Běžnou součástí každodenního života je stres. Těžší situací je pak krize. Dochází k ní v mnohem menší míře, její následky ovšem mohou být fatálnější. Jak vypadá tato náročná životní situace v životě diagnostikovaného schizofrenika? Zmínky v literatuře jsou spíše skromné a neexistuje jediná publikace věnující se pouze tomuto problému. Odpovědi na tuto a další otázky jsem se pokusil najít. Zmapovat tento jev a pomoci tak k lepšímu životu duševně nemocných a jejich okolí se může zdát jako cíl neskromný. Věřím ale, že někde se začít musí a závěrečná práce je nejlepší cestou k dosažení tohoto cíle.

V teoretické části jsou mimo jiné zařazeny kapitoly: krize, schizofrenie a tematika úzce související s těmito pojmy. Poslední kapitola s názvem sociální význam schizofrenie se zabývá především rodinou a okolím schizofrenního jedince. V části explorační se zabývám mapováním prožívání krizí u schizofrenních jedinců. Cílem mého výzkumu je tedy snaha o zmapování náročných životních situací v životě člověka nemocného schizofrenií, schizotypní poruchou a poruchou schizoafektivní.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 KRIZE

Slovo krize vychází z řeckého slova krisis od krinein – rozhodnout a z latinského slova crisis – rozhodný obrat. Hned v úvodu narážíme u samotného slova krize na problém. Každý si totiž tento pojem může vysvětlit jinak. Podle Eise (1994) přešel výraz krize do psychologie z medicíny.

Můžeme ho však zařadit do oblasti ekonomické, právní, politické, sociální či psychologické. My se zabýváme člověkem, a tudíž budeme naši pozornost soustředit tímto směrem. Nicméně je nutné zmínit, že krize zasahuje nejen jednotlivce, ale i skupiny či instituce. Krizi vnímá většina lidí jako pojem negativní. Nemusí tomu tak nutně být. Zvládnutá krize člověka může posunout dále ve vývoji. Chápejme tuto situaci jako období, kdy jedinec získává nové zkušenosti, což může vést k lepšímu zvládnutí podobných situací v budoucnosti. Další pozitivní součástí krize může být objevení, ověření či posílení jeho obranných mechanismů, které chápeme jako zcela nezbytné pro život. Pokud hovoříme o krizi nezvládnuté, pozitivní přínos nacházíme těžko. Nezvládnutí krize může vést ke zhroucení lidské psychiky a rozvoji nejrůznějších duševních onemocnění. Jak uvádí Vykopalová (2007) má krize svůj vývoj v čase. Krize má také svoji vnitřní dynamiku, která může právě v průběhu neurčeného časového úseku, vést ke katastrofě s nevratnými následky nebo alespoň ke změnám regulativního chování.

Je důležité si uvědomit, že krize, která v člověku probíhá, není na první pohled patrná. Vidíme až právě následnou katastrofu, která s probíhající krizí vzniká. Pokud mluvíme o osobách se schizofrenií a krizí, je krize jakýmsi psychickým spouštěčem této duševní nemoci. V důsledku náročné situace, ve které dochází k náhlé, zásadní a extrémní psychické zátěži (Beck, 2002), a tedy ji s přihlédnutím k níže zmíněným definicím můžeme označit za krizi, došlo k rozvinutí symptomů schizofrenie.

### 1.1 Vymezení pojmu krize

Tento pojem definovala již řada autorů. V průběhu vývoje vědních disciplín spojených se zkoumáním člověka, se tyto definice měnily a rovněž vyvíjely. Pro tuto bakalářskou práci jsem zvolil jako výchozí definici podle Vágnerové (2008), která krizi hodnotí jako narušení psychické rovnováhy způsobené vyhocenými událostmi, dlouhodobou kumulací nebo situ-

ačným nárůstem problémů a dochází k selhávání adaptačních mechanismů dosud užívaných, jedinec je tak nucen hledat adaptační mechanismy nové.

Uvádím zde další tři definice pojmu krize:

1. „těžká, svízelná situace: svízeľ, potíř, nesnáz, zmatek: med. a) náhlá změna v průběhu některých chorob, b) zřídka náhlé klesnutí teploty při horečce.“ Klimeš (In Špatenková, 2004, s.15).
2. „v psychiatrii, psychologii, psychoterapii výraz pro extrémní psychickou zátěž, nebezpečný stav, životní událost, rozhodný obrat v léčbě.“ (Hartlová, Hartl, 2009, s. 279).
3. „přechodný stav, moment zřetelné nerovnováhy, nedostatek, úpadek. Je to přechodné médium mezi dvěma rozlišitelnými fázemi.“ Strieženec (In Špatenková, 2004, s. 15).

Důležitou věcí je oddělit krizi od stresu. Stres je situace, ve které adaptační mechanismy jedince ne zcela dostatečně stíhají zvládat vnější působení stresorů. Stres se může projevat nejrůznějšími zjevnými příznaky (viz Tab. 1). Nicméně jde o situace velmi krátkodobou, s očekávaným koncem. Českým synonymem pro stres může být slovo zátěž. Se zátěží je ovšem člověk schopen vyrovnání za pomoci jeho běžných zvládacích strategií. U krize tohoto přístupu není možné využít, jak jsem již zmínil, jedinci známé copingové strategie, je nutné krizi zvládat novými způsoby. Podle Vykopalové (2007) se pojem krize zaměřuje také za konflikt, deprese, deprivace či trauma. Nejde ovšem o totéž.

**Tab. 1** Stres ve fyziologické oblasti (Vykopalová, 2007)

Krátkodobé projevy	Dlouhodobější projevy
Bušení srdce	Bolesti hlavy
Vyprahlost v hrdle	Obličejový exantém
Pocení dlaní	Bolesti zad
Střevní potíže	Zvýšený krevní tlak
Svalové napětí v šíji	Únava, vyčerpanost
Hrbení ramen	Nechutenství

## 1.2 Typologie krizí

Nelze najít dvě zcela stejné krizové situace, nicméně podle určitých znaků a jemné podobnosti je možné krize rozdělit do určitých kategorií. Můžeme narazit na dvojí dělení krize.

Někteří autoři upřednostňují dělení na krize vývojové, situační, kumulované. Druhý způsob dělení krize vytvořil Baldwin. Skládá se ze šesti typů: situační krize, přechodné krize, traumatické krize, vývojové krize, psychopatologické krize, krize vyžadující okamžitou psychiatrickou pomoc.

### 1.2.1 Krize vývojová, situační, kumulovaná

#### 1.2.1.1 Vývojové krize

O vývojových krizích je možné říci, že jsou neoddělitelně spjaty s životem člověka. Prodělání těchto krizí je nutné pro zdravý vývoj jedince. Tyto „nutné“ krize totiž umožňují vývoj zvládacích strategií, které mohou být potřebné v budoucnu. I v případě, že by se tak nestalo, zůstává důležitost tohoto typu krize stejná. Není totiž možné projít některými životními situacemi bez toho, že by se člověk ocitl v tomto těžkém stavu. Zvládnutí tohoto těžkého období či situace vede, podle mě, ke zvyšování sebedůvěry a postupným změnám sebepojetí. Tyto jevy jsou stěžejní zvláště v mladé dospělosti, kdy člověk přijímá nové role a je nucen se přizpůsobovat novým věcem. Tyto změny osobnosti popsala Vágnerová (2007).

Určitě to tak má být proto, aby se život mohl rozvinout do rozmanitých barev a vůní. Aby si člověk ověřil své schopnosti a posílil víru sám v sebe a mohl věřit, že zvládne i další nástrahy života. Adaptační mechanismy lidského ducha jsou bohudíky neuvěřitelné (Esprit, 2010). Vývojová krize nezačíná náhle, je možné ji určitým způsobem odhadnout. Je to dáno tím, že většinu z nově přichozích situací můžeme očekávat, mluvíme zde o svatbě, dokončení studia atd. Jak uvádí Špatenková (2004) vývojové krize nezačínají z ničeho nic, ale rozvíjejí se delší dobu, může to být rozmezí několika dnů či týdnů.

K vývojovým krizím můžeme zařadit např. změnu trvalého bydliště, přijetí své sexuality, svatbu, odchod do penze nebo dokončení studia a nástup do práce. Zmínil jsem zde situace, které jsou vnímány jak pozitivně tak negativně. V obou případech se jedná o krizi. S prožíváním krize souvisí i reakce na tuto situaci. Tu popisuje Caplan (in Špatenková, 2004):

#### 1. Fáze první

Zkušenosti jedince jsou nedostačující vzhledem k náročnosti prožívané situace. Vede to k napětí a neklidu.

#### 2. Fáze druhá

Postižený jedinec začíná pociťovat, že krizi nezvládá. Tento vývoj si také přiznává. Vede to ke snižování jeho sebedůvěry. Toto ovlivňuje jeho další jednání.

### 3. Fáze třetí

Napětí, které se zvyšuje, nutí jedince k mobilizování stále většího množství psychických rezerv. Poté dochází buď k překonání krize a získání ztracené emoční rovnováhy, nebo k odmítnutí stávajících problémů. V tomto bodu vzniká riziko, že se krize stane chronickou. Pokud jedincovo snažení krizi nepřekoná, ani nevede k jejímu odmítnutí, dochází ke čtvrté fázi.

### 4. Fáze čtvrtá

Napětí se dostalo do takové tenze, že ji již jedinec nezvládá. Je pro něj nesnesitelné. Tento člověk může z vnějšího pohledu působit, že situaci zvládá, ale změna vnímání reality vede pouze ke stažení se ze sociálního života a dezorganizaci. Součástí je také vnitřní chaos. Emoce může tento jedinec obracet ven, ale také dovnitř. Může to být podrážděnost, abúzus alkoholu či suicidální jednání.

**Tab. 2** Model krize (Caplan, 1964)

Hrozba	Emoční rovnováha	Řešení
1. stadium	Krátkodobé zvýšení napětí	Automatické řešení problému
2. stadium	Plně uvědomované napětí	Vědomé řešení pokus – omyl
3. stadium	Další zvýšení napětí, úzkost a nepohoda	Hledání nových řešení
4. stadium	Další zvýšení napětí, dezorganizace, krize	Intervence zvenčí

#### 1.2.1.2 Situační krize

Situační krize, přesněji její propuknutí, je dost těžce odhadnutelné. Vyskytuje se náhle, kdekoliv a kdykoliv (Špatenková, 2004).

Díky těmto vlastnostem způsobuje postiženému jedinci veliké překvapení a šok. Daný jedinec je naprosto nepřipravený. Opět zde můžeme mluvit o situaci s pozitivním přínosem a naopak. Jako situační krizi v negativním slova smyslu bereme např. nepříznivou zdravotní diagnózu, zjištění partnerovi nevěry, úmrtí blízké osoby, ztrátu zaměstnání, znásilnění, stěhování, válka, žádost o ruku. Vždy je důležité nejen načasování dané situace, ale také stav vnějšího a vnitřního prostředí jedince. I poslední uvedený příklad, žádost o ruku, může

v případě nevhodně zvoleného období přinést zkázu. Chtěl bych dodat, že ke známé tabulce stresorů připojil De Meus (In Špatenková, 2004) další faktory:

- Účinky drobných stresorů se sčítají.
- Vliv mají také zdánlivě nevýrazné prahové a podprahové stresory (nevhodné podmínky pro spánek, činnost v nevhodných podmínkách).
- Práce s lidmi je náročnější než práce s věcmi. Nese v sobě větší míru stresu (učitel, sociální pracovník, zdravotníci).
- Jednotlivé stresory mají různou škálu vlivu na jedince. Každý člověk je autonomní osobnost. Tím se míra kombinace stresorů a intenzity samozřejmě opět zvyšuje.
- Člověk může být autostresorem (příliš starostliví jedinci, svědomí).
- Morální selhání je stresorem.

U situačních krizí dochází ke čtyřem fázím reakcí postiženého individua. Tyto etapy popisuje Badura-Madej (In Špatenková, 2004):

1. Fáze šoková:

Podstatou tohoto typu je mechanismus popírání. Pro okolí se může zdát, že má jedinec vše pod kontrolou. Ale uvnitř ho ovládá chaos a napětí. Někteří lidé vytvářejí bezcílnou aktivitu, jiní se stahují v oblasti sociálního života, buď omezují kontakty, nebo vykazují určitou hostilitu.

2. Fáze emoční reakce:

V této fázi dochází ke konfrontaci s realitou. Postižený jedinec se snaží s touto situací vypořádat za pomoci klasických obranných mechanismů. Emoce jsou zde intenzivní. V případě nedostatečné sociální podpory hrozí, že jedinec v tomto stavu setrvává a krize se stane chronickým stavem. V případě dostačující sociální podpory se tlak alespoň mírně snižuje. Riziko chronického stavu se snižuje rovněž.

3. Fáze zpracovávání krize:

Jedinec se pomalu vyrovnává s traumatickým zážitkem. Začíná projevovat zájem o budoucnost. Fáze se prolínají, ale silné emoční reakce jsou v této fázi mírně frekvencované. Také jejich intenzita klesá.



#### 4. Fáze nové orientace:

Sebevědomí jedince se dostává do stavu před vypuknutím krize. V této fázi jedinec navazuje nové sociální kontakty a traumatická událost by měla obohatit jeho životní zkušenosti.

Je patrné, že zde velmi záleží na sociálním okolí jedince v krizi. Další věcí je, že bez pomoci sociálního okolí by hrozilo velké poškození osobnosti tohoto jedince. Toto poškození není nutné u všech teoretických postižených bez pomoci, nicméně tato skutečnost riziko zvyšuje a prožití krize je mnohem složitější.

#### **1.2.1.3 Kumulované krize**

Kumulované krize a jejich aktuální prožívání je komplikováno, popř. zintenzivňováno vzpomínkami na předchozí ztráty. Tyto vzpomínky nebyly doposud dostatečně zpracovány a „šrámy na duši ošetřeny“ byly vytlačeny mimo vědomí. Aktuální prožívaná těžká situace je však znovu vyvolala. Takto kumulované krize popisuje Špatenková (2004).

Lze říct, že se tíha situace zdvojnásobuje. Mění se zde i délka prožívání, tu je možné stanovit na několik měsíců a podle Badura-Matej (In Špatenková, 2004) může trvat i několik let. Je zde opět přítomna jakási sociální autoizolace, která pramení z nevyřešeného stavu krize. U jedince přetrvává pocit méněcennosti, hostility či apatie.

#### **1.2.2 Krize podle Baldwina**

Tento systém je hojně rozšířen a používán v ČR. U tohoto členění je stupeň krize přímo úměrný stupni psychopatologie (Vodáčková, 2002):

##### **Situační (dispoziční) krize**

Je vyvolána převážně vnějšími stresory. Jde o zátěžové situace, které jedinci způsobují pocit tísně. Např.: jedinec nemůže dlouho do noci usnout, protože je rušen sousedy.

##### **Přechodové (tranzistorní) krize**

Krizi vyvolávají situace, které je možné anticipovat. To je třeba při změně v rámci rodinného cyklu. V prvním uvedeném modelu je jí velmi podobná krize vývojová. Jedinec má možnost se na krizi připravit. Ví, že změny nastanou, ví, kdy asi změny nastanou a jaké teoretické podoby budou. Je to například odchod do důchodu, stěhování nebo narození dítěte.

### **Traumatické krize**

Krize je způsobena těžkými vnějšími vlivy. Jde o razantní zásah do života jedince, který má tvrdý dopad na jeho psychiku. Tyto situace člověk neočekává a není na ně nijak připraven. Může se také během krátké chvíle přemístit ze stavu spokojenosti a štěstí do stavu traumatické krize. Znamená to ještě větší skok vnitřního stavu člověka. Jedinec je situací zničen, obranné strategie jsou zlomeny a vyrovnávací strategie ochromeny. Mluvíme tu např. o znásilnění, přírodních katastrofách, válečných konfliktech, rukojmích, náhlé smrti blízkého příbuzného.

### **Vývojové krize**

Tento typ krize vychází z vývoje každého jedince. Pramení z pokusu o změnu v některé části osobnosti daného subjektu. Může to být snaha o větší míru moci ve vztahu, závislost na někom, sexualita, vliv subjektu. Tyto pokusy o změnu se opakují v dalších sociálních kontaktech, které u jedince vyvolávají potřebu změny. Změny opět prosazuje stejně a chyby se tak opakují stále dokola. Jde o opakované partnerské vztahy s nevhodnými partnery nebo třeba zneužívání dětí.

### **Psychopatologické krize**

Nejčastější výskyt tohoto typu krize je u neurotických jedinců, hraničních osobností, charakterových poruch a neorganických psychóz.

### **Krize vyžadující okamžitou psychiatrickou pomoc (neodkladné krizové stavy)**

Je totálně zhoršeno celkové fungování subjektu. Ten přestává být odpovědný za své činy. Např.: akutní psychózy, abúzus alkoholu, drogová intoxikace, sebevražedné jednání.

## **1.3 Jedinec v krizi**

Kapitola jedinec v krizi v krátkosti pojednává o dospívajících a dospělých subjektech v krizi. Pro toto období lidského života jsou některé těžkosti typické. Jak jsem se zmiňoval výše, je problematika vzniku, prožívání a práce s krizí úzce provázána. U jedince dochází ke ztrátě psychické rovnováhy, může dojít k plačtivosti a útočnosti, jedinec může být netečný a bezradný (Eis, 1994).

### 1.3.1 Dospívající a krize

U dospívajícího člověka dochází k mnoha změnám. Musí se také vypořádat s mnoha novými problémy, naučit se chovat v neznámých situacích, plnit určitá očekávání. Toto všechno je spojeno s tlakem na daného jedince. Vágnerová (2007) zmiňuje konflikty spojené s odpoutáváním se od rodičů a hledáním sebe sama. Dospívající už není dítě, ale také není dospělý. Vymezuje se tak vůči dětem a stejně tak i vůči dospělým.

Všechny tyto aspekty jsou důvodem toho, že věk dospívání je možná nejtěžší částí vývoje osobnosti. Špatenková (2004) uvádí několik okruhů potíží:

#### **Sexuální problémy:**

V tomto období jsou sexuální problémy zcela normální. Adolescent hledá svoji sexuální identitu a experimentuje či se stahuje zpátky.

- Obavy z homosexuality: mohou se objevit obavy, zda není dospívající homosexuálně orientovaný. Zdůrazňují, že jde o obavy velmi často naprosto neopodstatněné.
- Onanie: přirozená součást sexuálního života. U některých adolescentů prý přetrvává pocit viny pramenící z praktikování této činnosti. Mohou panovat obavy z přistižení při onanii a následků tohoto skutku.
- Antikoncepce: mnoho adolescentů se domnívá, že je zbytečné řešit tyto oblasti sexuálního života. Problémy mohou vzniknout i při byt' teoretické možnosti otěhotnění.
- Sexuální násilí: v tomto případě se může jednat o sexuální obtěžování nebo sexuální zneužívání. U dívek mezi 15 a 24 lety je časté znásilnění na schůzce. Může jednat i o formu sexuální zneužívání. Dívka jde s chlapcem ven, může se i zapojit do sexuálních aktivit, v určitém momentě se jí už ale situace nelíbí a probíhající sexuální činnost se stane nedobrovolnou.
- Sexuální promiskuita: mohou se dostavit pocity viny či sankcionování ze strany sociálního okolí. Panuje zvýšené riziko přenosu sexuálních infekčních chorob.

#### **Problémy s násilím:**

Adolescent se může nacházet v roli agresora nebo oběti. Jde především o šikanu, násilí ze strany rodičů či jiných dospělých, existuje také možnost přepadení adolescenta.

**Problémy s vlastní identitou:**

V dospívání se tvoří základy identity. Přicházejí otázky „Kdo jsem?“ a „Jaký jsem?“

**Problémy s vlastním tělem:**

V období adolescence dochází k velkým tělesným změnám. Všechny tyto změny přinášejí problémy související s jejich vnímáním, přijetím a také postoji sociálního okolí daného jedince.

**Potíže v přizpůsobování se požadavkům okolí:**

Dospívající příliš dobře nesnášejí zákazy a příkazy. Z toho pramení problémy, jako jsou konflikty s autoritami, záškoláctví, útěk z domova. Hrozí zde nebezpečí sociálně deviantního chování. Především krádeže, ničení majetku, ublížení na těle, užívání drog.

**Krize pramenící z psychopatologie:**

Může dojít k rozvinutí psychických onemocnění. Ve spojení se subkulturami hrozí sebepoškozování.

Některé z těchto potíží je schopen adolescent řešit za pomoci svých zvládacích strategií. To znamená, že je schopen krizi zvládat sám. Část zmíněných potíží a vyrovnání se s nimi vede k růstu osobnosti jedince. U některých z výše popsanych okruhů je třeba pomoci dospělého člověka, samozřejmě, že v některých případech ani tato pomoc nestačí a musí zasáhnout odborník.

**1.3.2 Dospělý a krize**

U dospělého jedince dochází ke krizi z mnoha důvodů. Polím působnosti se bohužel meze nekladou. Podle podobnosti jednotlivých příčin je možné sestavit šest obsáhlých okruhů. Špatenková (2004) je rozdělila následovně:

**Přírodní katastrofy:**

Následky těchto událostí mohou být dlouhodobou záležitostí. Jedná se například o povodně, které známe i u nás, mohou to být i další katastrofy jako tornádo, vlna tsunami, velká sucha. U přírodních pohrom jde o ztráty majetkové, v horším případě o újmu na zdraví a smrt. S tím spolupůsobí další faktory, které člověk pociťuje. Může to být strach, ztráta jistot a bezpečí, zmatek a chaos.

**Nehody a nešťastné náhody:**

Opět se jedná o životy ohrožující situace. Jmenovitě a příkladem uvádím třeba požáry, autonehody, pracovní úrazy.

**Zdravotní krize:**

Další náročná situace, která má vliv nejen na jedince přímo zasaženého, ale i na jeho okolí. Patří sem např. infarkt myokardu, mozková příhoda.

**Emocionální krize:**

Hněv, vztek, smutek či zoufalství mohou vyústit do krize.

**Vztahová krize:**

Tato krize je velmi obsáhlá. Je častým důvodem vyhledávání krizové intervence. Jedná se o vztahy špatně fungující, zničené nebo ztracené anebo absenci vztahu.

**Vývojové krize:**

Jde o krize, které jsou nevyhnutelně nutné. Projít jimi musí, s drobnými výjimkami, asi všichni lidé. Mluvíme zde o věcech předvídatelných. Např.: nástup do práce, narození dítěte, krize středního věku.

## 1.4 Zvládání krize

Zvládání krize můžeme dělit na dvě sekce. Do první sekce spadají autoadaptační techniky, které vycházejí z principu egoobraných mechanismů. Egoobrané mechanismy jsou psychologickou analogií biologické imunity, odolnosti organismu proti nákaze zajišťované imunologickými mechanismy“ (Nakonečný, 2009) a pomoc sociálního okolí jedince zasaženého. Spadají sem jak techniky užívané vědomě, tak automaticky nevědomě spouštěné coping strategie. Do druhé sekce můžeme zařadit pomoc odbornou. Za autoadaptační techniky považují klasické egoobrané mechanismy. Vágnerová (2008) mluví o obranných reakcích vycházejících ze dvou základních mechanismů, útoku a úniku. Jejich cílem je udržení stávající psychické rovnováhy.

Při útoku může být agrese zaměřena proti jedinci samotnému nebo může být otočená směrem ven. Agrese může být myšlenková (slovní) nebo fyzická (rvačka, automutilace, suicidální jednání). Při použití obrany útekem je snaha se problému vyhnout. Nemusí to zname-

nat pouze únik fyzický, nýbrž i hledání nejrůznějších klíčků a ospravedlnění. Nicméně tato strategie není využitelná v každé krizové situaci (Fürst, 1997). Dalšími obrannými reakcemi jsou:

- Popření – jedinec si problém nepřipouští, nechce o něm slyšet, mluvit, přemýšlet o něm.
- Reznice – jedinec problém neřeší, pouze se pasivně odevzdává.
- Projekce – tendence promítat vlastní obavy a názory do jednání druhých lidí (Vágnerová, 2008).
- Racionalizace - snaha si problém nějakým způsobem vysvětlit a dodat svému jednání smysl „normálností“.
- Regrese – jedinec se ve svých projevech a adaptační strategii vrací o jeden vývojový stupeň zpět. Často ke způsobu, kterým zvládl krizi minulou.
- Inverze – jedinec se chová zcela jiným způsobem než bychom od něj čekali (Špatenková, 2004)
- Suprese – jedinec se vědomě vyhýbá tomu, dávat problém najevo a pracovat s ním. Vede to však jenom k tomu, že problém řeší mnohem více v duchu.
- Represe – přesun nějaké události mimo vědomí. Jedinec v podstatě zapomene, jak nějaká traumatizující událost probíhala, popřípadě jak k ní došlo.
- Reaktivní jednání – v tomto případě se potlačované potřeby a tužby obracejí ve svůj opak. Dochází k tomu nevědomě. Jestliže někomu nemůžeme projevovat lásku, můžeme vůči tomuto člověku začít pociťovat nenávisť (Fürst, 1997).
- Somatizace – u jedince, který před problémem nemůže uniknout, dochází k nežádoucím projevům tělesného zdraví.

Některé způsoby zvládání krize nejsou zcela vhodné. Vykopalová (2007) mezi tyto formy řešení obtížné životní situace řadí požívání alkoholu, aplikaci drog a inhalaci nikotinu. Velmi nebezpečná situace nastává při zúžení apercepce (Vodáčková, 2002). Tato autorka uvádí, že v tomto případě může nastat těžko ovlivnitelná reakce patologického až destruktivního rázu, může jít např. o agresivní reakci, útekové chování, regresivní chování, panickou reakci, derealizaci. Pomoc bychom nejspíš očekávali také od rodinných příslušníků, popř. přátel.

Pro zvládnutí krize mají blízcí lidé zcela nezpochybnitelnou roli. Druhým typem zvládnutí krize je pomoc odborná. V české republice je možné specifikovat pět forem krizové pomoci. Ta spočívá buď v osobním kontaktu pracovníka s klientem (typy 1-4), nebo ve formě telefonické. Vodáčková (2002) je uvádí takto:

1. Ambulantní forma – v tomto případě klient přichází do zařízení specializujícího se na tuto pomoc anebo vyhledá odborníka či pracoviště, v jehož odborné náplni je pomoc lidem v krizi. U této formy se předpokládá, že je klient schopný docházet do zařízení. Tato forma zahrnuje i pomoc prostřednictvím stacionáře. Tuto formu není vhodné volit, pokud klientovi hrozí nebezpečí v jeho domácím prostředí. Výhodou je poměrně intenzivní péče skládající se z široké palety metodiky. Stává se, že stacionář navazuje na hospitalizaci, např. v situacích, kdy existuje obava z ohrožení klienta (samota, konflikty, agrese apod.), ale klient díky předchozí hospitalizaci může těmto problémům do jisté míry čelit.
2. Forma hospitalizace – Hospitalizaci je možné nabízet v zařízení tomu určeném, tedy v krizovém centru. V případě, že zařízení tohoto druhu v regionu chybí, je obvyklé zřízení krizových lůžek v rámci nemocnice, domova pro seniory, diagnostického ústavu atd. Hospitalizace je většinou krátkodobá, může jít o dobu pěti až sedmi dnů. Je nabízena klientům, jejichž stav je natolik vážný, že pobyt v domácím prostředí by mohl být pro klienta vysoce ohrožující (krize se může prohlubovat).
3. Forma terénní služby – tu je možné rozdělit na výjezd ke klientovi (v případě, že situace je pro všechny zúčastněné příliš závažná, popř., že nejsou schopni krizové centrum navštívit sami osobně), doprovod klienta (může to být návštěva klienta a krizového pracovníka na úřadech, doprovod na policii, k soudu či lékaři), návštěva klienta (např. v nemocnici, v jiném typu zařízení, kde klient pobývá) a forma terénní služby při mimořádných událostech, jako jsou katastrofy.
4. Forma krizové pomoci a služby v klientově přirozeném prostředí – jde o jednorázové či opakované návštěvy krizového pracovníka v domácím prostředí klienta. Volí se v případě, že klient není schopný krizové centrum navštívit osobně. Tato návštěva může být určena i celé rodině.
5. Forma telefonické krizové pomoci – tato pomoc je souborem metod a technik práce s klientem, které jsou založeny na jednorázovém nebo opakovaném telefonickém

kontaktu s pracovištěm, které se deklaruje jako pracoviště krizové telefonické intervence. Telefonická krizová pomoc má v naší zemi tři typy: kontaktní (linky určené pro navázání první komunikace např. u stacionářů), specializované linky (problematika AIDS, protidrogové linky, gay linky, linky pomoci při domácím násilí) a linky důvěry (určeny celé populaci, dětem, dospívajícím, dospělým).



## 2 SCHIZOFRENIE

V této kapitole se budeme zabývat duševní poruchou, kterou známe jako schizofrenii. Nemocní by jí byli jistě schopni přiřknout i jiná přízviska. Kapitola schizofrenie je další důležitou částí této práce. Věnuji se zde etiologii této duševní poruchy. V další části jsou zařazeny symptomy tohoto onemocnění. Schizofrenie má jako každá porucha v lidském těle svoji dynamiku a vývoj v čase, tomuto se věnuji v části „Průběh onemocnění“. Schizofrenie se podle MKN-10 dělí na několik typů. Patří do skupiny „Schizofrenie, poruchy schizotypální, poruchy s bludy“. Mimo jiné je zde i z tohoto důvodu popisována také porucha schizotypní a porucha schizoafektivní.

Pojem schizofrenie použil poprvé v roce 1908 švýcarský psychiatr Eugen Bleuler. Později jej publikoval v knize „Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Před ním schizofrenii popsal německý psychiatr Emil Kraepelin jako „dementia praecox“, což znamená předčasné zhloupení.

Schizofrenie je naprosto jedinečné onemocnění duše člověka. Ve všech svých projevech dokáže být neuvěřitelně rozmanitá. Pohlcuje mysl a city, vzbuzuje údiv a strach, nevybírá si. Odraz rozmanitosti pak vidíme i v člověku. Bohužel, je to obraz trýznění, chaosu a destrukce. Schizofrenie znamená v první řadě rozštěp mysli. Jde o pozměněné vnímání reality a tím pádem také reakcí a chování člověka. To vede k narušení společenského a citového života daného jedince. Patří sem také ochuzení prožívání emocí, poruchy pozornosti a poruchy vůle. Přítomná může být katatonie. Všechny tyto zmíněné jevy kombinovaně způsobují a vyvolávají odlišnosti v chování schizofrenního jedince. Podle psychologického slovníku jde o ztrátu smyslu pro reálný svět, ponoření se do vlastních fantazií, halucinací, příp. bludů, které jsou pro zdravé lidi nesrozumitelné (Praško, Prašková, 2009). Dle MKN-10 jsou schizofrenní poruchy obecně charakterizované podstatnou a typickou deformací myšlení a vnímání. Jasně vědomí a intelektuální kapacita jsou obvykle zachovány, ačkoli určité kognitivní defekty se mohou v průběhu doby rozvinout. Nejdůležitějšími psychopatologickými jevy jsou ozvučené myšlenky, vkládání nebo odnímání myšlenek, bludné vnímání a bludy ovládnutí, pasivita či ovlivňování, sluchové halucinace. Tyto komentují činnost nebo diskutují o nemocném ve třetí osobě. Dále sem patří poruchy myšlení a negativní příznaky. Průběh schizofrenie může být trvalý nebo epizodický. Defekt může být trvalý nebo narůstající, anebo může být jedna i více epizod s úplnou nebo neúplnou remisí (MKN-10, 2009).

Schizofrenie se vyskytuje na celém světě, míra výskytu je mezi 1,4 – 4,6 na 1000 osob. Většina autorů uvádí četnost výskytu mezi 0,5 % – 1,0 % populace. K projevům schizofrenie dochází nejčastěji v období adolescence, přesněji 16 – 18 let věku a poté v mladé dospělosti (25 – 30 let). Začátek může být akutní s vážně narušeným chováním, v opačném případě mluvíme o nástupu pozvolném, plíživém, někdy až zpětně dohledáváme počátek překročení norem v projevech klinických (Mahrová, Venglářová, 2008). Otázka, zda je schizofrenie častější u mužů nebo u žen, zůstává nezodpovězená. Analýza literatury zabývající se schizofrenií naznačuje častější výskyt u mužů. Nelze však vyloučit, že schizofrenie může u žen probíhat nerozpoznána. Mužské pohlaví se zdá být náchylnější k těžším formám schizofrenie, a tudíž jsou tyto případy více viditelné (Motlová, Koukolík, 2004). Podle informací ÚZIS z roku 2006 dochází k obratu situace. V tomto roce byla diagnostikována schizofrenie většímu počtu žen než mužů.

## 2.1 Etiologie schizofrenie

Vágnerová (2008) udává, že přesná příčina vzniku schizofrenie není určena, jde totiž spíše o skupinu poruch, které se v některých symptomech shodují. Můžeme tak předpokládat, že její vznik ovlivňuje souhrn mnoha faktorů a jejich vzájemná interakce. Jde o soubor dědičných dispozic, vývojově podmíněných změn, zkušeností daného jedince a vyvolávajících faktorů. Genetické a epidemiologické studie odhalily řadu rizikových skutečností. Na individuální úrovni je nejvýznamnějším rizikovým faktorem příbuzenský poměr k jedinci se schizofrenií. Četnost schizofrenie v populaci se odhaduje mezi 0,5% - 1,0%, opakované výzkumy rodin, adopční studie a výsledky studií dvojčat naznačují přibližně desetkrát vyšší celoživotní riziko vzniku schizofrenie pro příbuzné. Jen velmi málo lidí má mezi příbuznými prvního stupně nemocného se schizofrenií, můžeme dávat genetickému vlivu malý podíl, tudíž jsou za většinu případů zodpovědné jiné vyvolávající faktory (Motlová, Koukolík, 2004). Mezi faktory způsobující vznik onemocnění schizofrenií uvádím dosud známé:

### **Genetické vlivy:**

Dispozici ke vzniku schizofrenie mohou vytvářet různé geny, může to být i více genů najednou. Míra vlivu genetické informace nejspíše musí být určité síly, onemocní totiž jen někteří z těch, kteří tyto předpoklady mají. Do této chvíle bylo identifikováno několik genů, jejichž narušení může zvýšit riziko vzniku schizofrenie, ale míra jejich vlivu nám dosud není příliš

známá. Také může docházet k tomu, že se jednotlivé geny navzájem ovlivňují. Existují důkazy, že se tyto geny mohou nacházet na chromozomech 2, 4, 5, 9, 10, 13, 22. Existuje hypotéza o významu nestabilní DNA, ta ale dosud nebyla potvrzena (Vágnerová, 2008).

### **Zevní prostředí:**

K nejprobádanějším a v současnosti nejlépe doloženým rizikovým faktorům patří datum a místo narození a komplikace související s těhotenstvím a porodem. Motlová (2004) popsala tyto i další faktory:

- Datum narození – míra výskytu na severní a jižní polokouli dosahuje o 5-8% vyššího skóre při narození v zimních a jarních měsících. Na severní polokouli se schizofrenní jedinci rodí nejčastěji v lednu až březnu. Výskyt na jižní polokouli je podobný. V oblastech, kde se roční období nestřídají, se žádný sezonní vliv nezjistil.
- Místo narození – lidé narození ve městě jsou vystaveni zhruba dvojnásobnému riziku onemocnění schizofrenií. Čím vyšší je hustota obyvatelstva a osídlení, tím vyšší je také riziko onemocnění.
- Perinatální komplikace – do této skupiny se řadí několik jevů, a sice komplikace během těhotenství (krvácení, preeklampsie, diabetes, inkompatibilita Rh – faktoru), abnormální fetální růst a vývoj (nízká porodní hmotnost, vrozené rozštěpy a malý obvod hlavy), komplikace během porodu (asfyxie, nebo-li dušení, urgentní císařský řez a ochablost dělohy).
- Infekce – prenatální infekce matky chřipkou. Infekcí, která vede ke změnám CNS jsou zarděnky. Rizikový může být také nákaza Borna virem.
- Nutriční faktory – nutriční může značně ovlivňovat vývoj mozku. Nedostatečná výživa během první třetiny těhotenství zvyšuje riziko onemocnění schizofrenií.
- Věk otce – vysoký věk otce v době početí dítěte může být rizikovým faktorem pro vznik onemocnění. Relativní riziko u otců, kteří jsou starší než 48 let je asi 2,8krát vyšší než riziko potomků otců ve věku 20-24 let.
- Časný psychosociální stres – prenatální stres (válečné konflikty, přírodní katastrofy, ovdovění matky, nechtěné těhotenství), psychosociální stres v dětství (výchova v rodinách narušených a nefunkčních, rodinné prostředí může hrát klíčovou roli při oslabování vlivu genetického rizika).

- Migrace – zvýšené riziko schizofrenie se prokázalo u surinamských imigrantů do Nizozemí, africkými uprchlíky do Švédska, řeckými imigranty do Belgie a skandinávskými imigranty do Dánska atd. Problémem se zdá být adaptace migrujících jedinců. Otázkou zůstává vliv migrace na různá migrující etnika.
- Sociální původ – Schizofrenie je většinou spjata s nízkým sociálním postavením a nižším vzděláním. V menší míře jí trpí lidé vzdělaní a členové vyšších společenských vrstev. Riziko se zvyšuje s rostoucí chudobou v době porodu.

## 2.2 Symptomy schizofrenie

Symptomy schizofrenie nejsou specifické. Raboch, Zvolský (2001) uvádí, že je možné tyto symptomy najít i u jiných duševních poruch a dokonce i u zdravé populace. Byly totiž objeveny u lidí, kteří se jako nemocní necítí, nikdy nebyli u psychiatra, ale hlavně nejsou za nemocné považováni.

Příznaky schizofrenie rozděluje na pozitivní, tzn., že daného projevu oproti normě přebývá (bludy, halucinace, dezorganizace řeči, katatonní symptomy, narušená kontrola chování). U příznaků negativních je tomu naopak, zde je to oproti normě úbytek daného projevu (emoční oploštělost, neschopnost radovat se, úbytek vůle, výrazná apatie, ochuzení řeči, zpomalenost myšlení, abulie, útlum emocí, sociální izolace). Pozitivní příznaky se projevují spíše při akutní epizodě. Negativní příznaky jsou méně zjevné (Vágnerová, 2008). Níže stručný přehled z pilotní studie WHO (Tab. 3). Raboch a Zvolský (2001) uvádějí, že podle toho, které příznaky převažují, můžeme schizofrenii rozdělit na typ I a typ II. Další možnost je dělení na pozitivní, negativní a smíšený typ.

**Tab. 3** Mezinárodní pilotní studie (WHO, 1973)

Symptom	Frekvence (%)	Symptom	Frekvence (%)
Ztráta náhledu	97	Halucinace druhé osoby	65
Sluchové halucinace	74	Bludné ladění	64
Vztahovačnost	70	Persekuční bludy	64
Podezřívavost	66	Cizí (vkládané) myšlenky	52
Plochá emotivita	66	Ozvučené myšlenky	50

## **Příznaky schizofrenie:**

### **2.2.1 Poruchy vnímání**

U schizofrenie jde o poměrně častý jev. Vyskytují se zde halucinace, pseudohalucinace, iluze a nejrůznější neobvyklé prožitky. Vždy jde o vjemy bez zevně existujícího zdroje. Jedinec je ovšem nezvratně přesvědčený o jejich pravosti a realnosti.

#### **Halucinace:**

- U schizofrenie se nejčastěji vyskytují halucinace sluchové. Jedinec tak může slyšet lidské hlasy, které mezi sebou mohou mluvit. Také mohou mluvit s nemocným. Mohou a nemusejí jej oslovovat jménem. Komentují jeho jednání, mohou mu také přikazovat, vyhrožovat či ho zastrašovat (imperativní halucinace). Hlasy mohou být mužské, ženské či smíšené. Někdy postižený jedinec není schopný určit, kdo to vlastně mluví. Hlas může patřit člověku známému i naopak. Nemocný také může slyšet pouze jednoduché zvuky, štěkot psa, hudbu. Tyto zvukové vjemy může jedinec slyšet nejen ušima, ale také „přímo mozkiem“. Je to jakoby mu někdo mluvil přímo v hlavě (Kučerová, 2010). Jeden z mých klientů trpící sluchovou halucinací slýchá hlas, který mu přikazuje: „Běž ven!“. Toto se opakuje i několik hodin v neurčené frekvenci. Jednou došlo ke změně a hlas opakoval: „Běž ven a chcípni!“
- Další možností jsou halucinace zrakové. Jedná se o živé, měnící se obrazy, vidiny lidí, zvířat, věcí. Nemocný vidí třeba šklebící se obličej, fantasy krajiny, množství drobných zvířat (Malá, Pavlovský, 2010).
- Druhem smyslových halucinací je halucinace čichová a chuťová. Tyto dva smysly a jejich zmatení jsou uváděny ve většině případů spolu. Jedinec trpící touto formou halucinace může cítit nejrůznější zápachy např.: zápach spáleniny, jedů, kouře, mrtvolného rozkladu. Stejně tak může mít halucinace o chuti jídla, např.: jídlo chutná, jako by v něm byl jed, stejně tak voda, atd.
- Vágnerová (2008) se zmiňuje o halucinacích hmatových a tělových, které jsou také popisovány: nemocný je přesvědčen, že se jej někdo dotýká, může cítit bolest, píchání, pálení. Možný je také pocit, že jedinci leze po těle hmyz, cítí doteky na genitáliích nebo prsou. Zvláštní variantou jsou halucinace útrobní, při těch může nemocný pociťovat, že mu klokotá v břiše krev nebo má srdce z kamene.

- Rozeznáváme ještě halucinace motorické a pohybové, jedinec má pocit, že padá do hloubky, vznáší se, ovládá jej neznámá síla, píše jeho rukou, mluví jeho ústy. Poslední jsou halucinace inadekvátní. V tomto případě nemocný mluví o tom, že určitý orgán využívá na něco jiného.

Malá a Pavlovský (2010) uvádějí ještě další možné dělení, halucinace můžeme rozdělit na smyslové a intrapsychické (jedinec je přesvědčen, že někdo vkládá, přesouvá či odebírá myšlenky do jeho mozku). A dále rozeznáváme halucinace elementární (skvrny, záblesky, stíny, praskání, klepání, štěkot psa) nebo komplexní (obraz celé hlavy, postavy, davy lidí, hudba, zpěv, scény).

### **Pseudohalucinace, iluze, neobvyklé zážitky popisuje Motlová a Koukolík (2004):**

Pseudohalucinace jsou vjemy bez přítomnosti vnějšího existujícího zdroje, nemocný v tomto případě dokáže rozeznat realitu (nemocný vidí růžového slona ve výtahu, přitom ví, že to není skutečnost). U schizofrenie se nejedná o příliš častý jev. Iluze je překroucené vnímání reálného objektu. Nemocný upozorňuje na hada v pracovně, jedná se ale o elektrickou šňůru. Neobvyklé zážitky fungují na překroucení skutečného zážitku do podoby jiné. Velikost může být menší (mikropsie), větší (makropsie), děj se může zdát známý (deja-vu).

### **2.2.2 Poruchy emocí**

Motlová a Koukolík (2004) považují za užitečné popisovat emoce jako skupinu jevů. Patří sem pocit, afekt, nálada, motivace, viz Tab. 4.

Nemocní nejsou schopni prožívat ani vnímat citové podněty. Situace se také může obrátit a dochází k nárůstu intenzity pocitů. Dochází k ochuzení a zploštění výkyvů radostí a žalu. Patří sem i neschopnost mít někoho rád. Člověk se jeví laxní a bez zájmu, chladný, lhostejný. Vyskytuje se zde také nedostatek vůle. V některých případech nemocný není schopen ani vstát z lůžka, vykonat základní hygienu. Nemá dostatek vůle vykonávat činnost, dodržet úmluvu, dokončit rozdělanou činnost. Emoční nepřiléhavost se projevuje např. veselým hovorem o věcech, které nejsou veselé, může to být sebevražda, úmrtí někoho. Nemocný se u toho může i smát. Apatie se může projevovat tím, že je nemocnému vše jedno, pouze sedí, stojí, leží. Emoční ambivalence je stav, kdy má nemocný jedinec současně někoho rád i nerad. S tím souvisí ambivalence, což je stav, kdy nemocný něco chce i nechce v jednom

okamžiku (Kučerová, 2010). Poslední poruchou emocí je depresivní prožívání, tento projev je na nemocném hůře viditelný, zvláště pokud se připojí emoční oploštělost.

**Tab. 4** Významné poruchy emocí u schizofrenie (Motlová, Koukolík, 2004)

Emoce	Psychopatologie
Pocit	Anhedonie (neschopnost vnímat city), zintenzivnění pocitů
Afektivita	Nepřiléhavá afektivita, plochá, otupená afektivita
Nálada	Deprese, elace (nadměrná veselost), úzkost (anxieta)
Motivace	Apatie, abulie (nedostatek vůle)

### 2.2.3 Poruchy myšlení

Narušení myšlení bývá komplexní. Můžeme mluvit o třech rovinách. Podle Vágnerové (2008) jsou to poruchy dynamiky myšlení, poruchy formálního myšlení a poruchy obsahu myšlení:

#### **Poruchy dynamiky myšlení:**

V literatuře nacházíme také pojmenování kvantitativní poruchy myšlení, popř. formální poruchy myšlení. Uvažování schizofrenních jedinců je zpomalené. Toto se nazývá bradypsychismus. Patří sem i ulpívání na jedné myšlence, popřípadě zabíhavé myšlení. Dochází také k opačnému jevu – zrychlení myšlenek, tzv. myšlenkovému trysku. Ten se na verbální úrovni projevuje zcela nesrozumitelnou řečí a spojováním slov, které se děje naprosto nahodile, tzv. slovní salát.

#### **Poruchy formálního myšlení:**

V literatuře často označované jako kvalitativní poruchy myšlení. Vyznačuje se inkohérentním myšlením. To je typická porucha patřící k příznakům schizofrenie. Existuje názorový nesoulad, zda je narušená plynulost a souvislost řeči způsobena poruchami myšlení nebo jde pouze o poruchu řeči samotné. Jedním z příznaků je porucha plynulosti myšlení, kdy se ztrácí logická souvislost i vztah ke kontextu, může dojít i k myšlenkovému chaosu, roztříštění myšlení. Dochází k myšlenkovým zárazům. Fürst (1997) uvádí, že pojmy ztrácejí svůj exaktní význam (rozpad pojmů) nebo jsou použity v přeneseném významu. Dvě myšlenky mohou být shrnuty do jednoho pojmu (kontaminace), tím vznikají novotvary např. „elektrická jatka“ (manipulační postel pro elektrošoky).

### Poruchy obsahu myšlení:

V oblasti obsahu myšlení nacházíme u schizofrenie paranoiditu a bludy.

- Paranoidita – v případě, že nemocný začne pocíťovat změnu jeho okolního prostředí a vnímat, že se lidé kolem něj mění, chovají se k němu jinak, má tendenci si tyto události určitým způsobem vysvětlovat. Začne si toto dění kolem vztahovat na sebe. Tady vlastně začíná být paranoidní. Kučereová (2010) říká, že si změněné vnímání a případné změny ve svém myšlení interpretuje paranoidně. Toto může mít různou hloubku. Může jít o tzv. difuzní paranoiditu. V případě, že se paranoidita rozvine do příliš velké hloubky, mluvíme o bludech. V souvislosti s paranoidními stavy je zmiňován především obranný mechanismus projekce. Při ní vlastní hostilní pozice vůči okolnímu světu způsobuje, že tento svět je nemocným vnímán jako nenávidějící a nepřátelský. To se děje v duchu zákona projekce – podle sebe hodnotím tebe (Styx, 2003).
- Bludy – Podle Vágnerové (2008) můžeme blud chápat jako privátní, mylné a ve většině případů nevyvratitelné přesvědčení, které má na daného jedince zásadní vliv.

Jde tedy o patologickou poruchu myšlení. Nemocný jedinec je bludy ovládán a je o jejich pravdivosti opět nevyvratitelně přesvědčený. Rozeznáváme několik druhů bludů:

Bludy velikášské, expanzivní – u nemocného panuje přesvědčení, že je nadmíru důležitý, jeho osoba je velmi významná. Je přesvědčen např. o svých schopnostech, poslání, síle, původu. Může si myslet, že je neviditelný, nejsilnější na světě, nastolit pořádek a mír, je potomkem mimozemšťanů, novým prorokem (Malá, Pavlovský, 2010).

Bludy vztahovačnosti – nemocný má tendenci vztahovat různé události na sebe. Myslí si, že lidé v metru se baví o něm, všechno o něm vědí, televizní hlasatelka mluví přímo k němu. Bludy vztahovačnosti mohou mít podobu perzekucí, tzn. nemocný má dojem, že je sledovaný tajnou službou, sousedem, mimozemšťany. Další podobou jsou bludy emulační (žárlivecké), tady je nemocný přesvědčený o nevěře svého partnera, shromažďuje proti němu důkazy apod. (Kučerová, 2010).



Bludy religiózní popsala Motlová a Koukolík (2004) – jsou klinicky významné, protože jsou častěji spojeny s automutilací. Také terapeutický výsledek je zde horší. Siddle et al. Zjistili, že ze 193 studovaných pacientů mělo 24% religiózní bludy. Což je poměrně vysoké číslo. Tito nemocní měli horší výsledky v hodnocení negativních a pozitivních symptomů, horší výsledky ve funkčních skórech a bylo nutné užívání většího množství psychofarmak než u nemocných s jiným typem bludů.

Bludy hypochondrické – nemocný je přesvědčený, že má nějakou závažnou chorobu, může to být široká paleta nemocí: AIDS, rakovina, nádor mozku.

Bludy technické – nemocný si myslí, že je sledován za pomoci techniky, sledují jej všechny kamery, je odposloucháván mikrofony, sledují ho satelity, atd.

V některých případech je skutečně obtížné určit diagnózu, tyto situace popisuje Kucherová (2010). Může se totiž stát, že v situaci kdy nemocný trpí bludem hypochondrickým a myslí si, že má rakovinu, ji skutečně může mít. Příkladem může být i nemocný, který trpí bludem emulačním a jeho partner je mu skutečně nevěrný.

#### 2.2.4 Katatonie

Hartl a Hartlová (2009) ji popisují jako poruchu spojenou se schizofrenií, která se projevuje svalovou ztuhlostí a strnulostí. Jedná se o poruchu oblasti psychomotoriky.

**Tab. 5** Katatonní příznaky nejčastěji se vyskytující u schizofrenie (Motlová, Koukolík, 2004)

Manýrování	Běžné jednání je doplněno o nepřiměřené bizarní projevy. Výsledkem je nepřiměřenost nebo situaci neadekvátní obřadnost, např. při stolování, oblékání, ceremoniích, psaní.
Stereotypie	Opakující se pohyby určitých částí těla, bez souvislosti s celkovou pohybovou aktivitou.
Povelový automatismus	Automatické a okamžité reakce na povel, jakkoliv nesmyslný, přičemž jinak nemocný nespolupracuje.
Kataplexie	Stav, kdy jedinec setrvává v jedné pozici do které je uveden. Často jde o pozice velmi nepřirozené.
Flexibilitas cerea	Vosková ztuhlost, při manipulaci s částí těla kladou končetiny plastický odpor.

Grimasování	Nezvyklé, nevhodné a více či méně nápadné výrazy obličeje.
Negativismus	Aktivní: chování přesně opačné, než je požadováno. Pasivní: na výzvu nereaguje.
Echomatismy	Automatické opakování projevů druhého člověka.
Stupor	Vymizení pohybové aktivity a řeči při plně zachovaném vědomí.
Raptus	Výrazný psychomotorický neklid s bezcílým jednáním. Např.: nemocný s nezúčastněným výrazem vytrhává radiátory ze zdi.

### 2.3 Průběh onemocnění

Baštecká a Goldmann (2001) uvádějí na pravou míru terminologii a její změny: dříve používaný výraz ataka, což je akutní stav či útok nemoci, byl nahrazen pojmem epizoda. Ta je definována jako dočasně ohraničený syndrom. Pokud se vyskytovala v pravidelných intervalech, jednalo se o periodický výskyt (z řeckého periodus – období). V současné také mluvíme o poruše rekurentní (z latiny recurrens - návratný), tento stav může přejít v chronicitu. Vymizení projevů mezi epizodami se nazývá remise (latinsky remissio – ochabnutí). Dojde-li k novému vzplanutí symptomů nemoci, jedná se o relaps. Než dojde k plnému propuknutí příznaků, mívá pacient symptomy prodromální (z řeckého prodromos – předzvěstný) nebo incidentní (z latiny incipiens - začínající). Plně rozvinuté příznaky označujeme jako floridní (z latiny, kvetoucí). Pacient není schopný od začátku onemocnění vykonávat své zaměstnání, studium, atd. Interpersonální vztahy jsou narušeny nebo se výrazně zhoršila schopnost starat se sám o sebe. V případě časného začátku onemocnění (dětství a adolescence), pacient nedosáhne předpokládané úrovně interpersonálních vztahů, základního nebo vyššího vzdělání či adekvátního zaměstnání (Malá, Pavlovský, 2010). Asi 20% pacientů má velmi dobrou prognózu, prodělá za život pouze jednu epizodu onemocnění, a to bez jakýchkoliv následků. Zhruba jedna třetina nemocných je v průběhu života postižena několika epizodami. Poslední zhruba třetina má opakující se epizody. Ty vedou k devastaci sociálních a citových funkcí.

Vágnerová (2008) dělí průběh nemoci na několik variant:

- epizodický průběh – Nemoc se v tomto případě objeví jen jednou za celý život jedince. Po této epizodě dojde k postupnému a přijatelnému upravení zdravotního stavu.
- opakovaný průběh – V pravidelných a nepravidelných intervalech se mohou střídát období chorobných atak a remisí (dočasné vymizení symptomů). K recidivám dochází asi u 60% nemocných schizofrenií.
- maligní průběh – zde je přítomen náhlý začátek onemocnění a poměrně rychlý vznik osobnostního defektu - emoční změny, kognitivní změny, změny chování (Nakonečný, 2009).
- chronický průběh – je spojen s opakováním epizod. S nimi přicházejí nepříznivé změny (úbytek adaptačních schopností). V tomto případě může vzniknout reziduální porucha, zde se vyskytuje blud zbývající z celé soustavy bludů. Může dojít i k celkovému úpadku osobnosti. K tomuto průběhu dochází asi u 30% nemocných.
- reziduální, respektive chronický průběh onemocnění – je typický přetrváváním některých, obvykle negativních příznaků. U chronicky nemocných může dojít k postupnému úbytku některých kompetencí.

## 2.4 Dělení schizofrenie

Schizofrenii a poruchy v okruhu schizofrenie uvádím dle MKN-10 (2009). Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (znění 10. decenální revize) zařadila nemoci schizofrenního okruhu do V. kapitoly (poruchy duševní a poruchy chování) skupiny F20 – F29. V praxi se můžeme v některých případech setkat s číslováním F200 – F290. Je nutné upozornit také na americký diagnostický manuál DSM-IV, který je alternativou MKN. Dále se však budeme řídit autory, kteří využívají modelu MKN (2009):

### **Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy (F20-F29)**

### 2.4.1 Schizofrenie (F20)

#### F20.0 Paranoidní schizofrenie

Charakterizována relativně trvalými, často perzekučními bludy. Většinou jsou doplněny halucinacemi a poruchami vnímání. Poruchy afektivní, poruchy vůle, poruchy řeči a symptomy katatonní zde mohou být přítomné. Mohou být poměrně nenápadné (Kučerová, 2010).

#### F20.1 Hebefrenní schizofrenie

Může připomínat klackovité chování v adolescenci. Přítomné nesmyslné šklebení, grimasování a chichotání. Nálada je zde povrchní. Je nepřiměřená situaci, často ji doprovází podivné úsměvy. Typické je narušení afektivity a vůle. Poruchy myšlení („plané filozofování“ bez cíleného zájmu). Ve většině případů dochází k rychlému rozvoji negativních příznaků (Malá, Pavlovský, 2010).

#### F20.2 Katatonní schizofrenie

Zde patrné psychomotorické narušení. Může se projevovat nadměrným vzrušením, bezcílým neklidem. Tělo a končetiny setrvávají v nastavených polohách. Závažným projevem je katatonní stupor, ten může být spojen se zaujímáním nepřirozených pozic (Raboch, Zvolenský, 2001). Výše zmíněné a další projevy viz Tab. 5.

#### F20.3 Nediferencovaná schizofrenie

Kučerová (2010) uvádí, že jde o případy psychotických stavů, které nesplňují všeobecná diagnostická kritéria pro schizofrenii a jež není možné zařadit do žádného z podtypů (F20.0-F20.2).

#### F20.4 Postschizofrenní deprese

Jedná se o depresivní stav, který přetrvává. Objevuje se jako dozvuky schizofrenní nemoci. Některé symptomy schizofrenie mohou být přítomny. Může jít o symptomy pozitivní i negativní.

#### F20.5 Reziduální schizofrenie

Je charakterizována dlouhodobými, i když ne vždy nevratnými negativními příznaky. Jako poruchy se zde objevují otupělost afektu, pasivita a lhostejnost, chudá řeč v obsahu nebo

množství, ochablá mimika a další prostředky komunikace (hlas, postoje), snížená péče o vlastní osobu.

#### F20.6 Schizophrenia simplex

Závažná forma schizofrenie. U tohoto typu je charakteristický časný a plíživý vznik. Na jejím počátku může vypadat jako porucha osobnosti s nápadnou leností a sociální nepřizpůsobivostí. Nemocní nerespektují sociální normy společnosti, ve které žijí. Jsou bez zájmu. Celé dny pouze zahálejí. Dochází k uzavírání se do sebe a izolaci od společnosti. Jsou nápadní neschopností zvládat běžné požadavky. Myšlení se časem zhoršuje a později upadá až na úroveň demence (Vágnerová, 2008). Podle Kučerové (2010) se negativní příznaky simplexní schizofrenie projevují bez zřejmých psychotických symptomů. Jedná se o málo častou formu schizofrenie.

#### F20.8 Jiná schizofrenie

#### F20.9 Schizofrenie NS

### 2.4.2 Schizotypní porucha (F21)

Porucha s příznaky, které se mohou objevovat u schizofrenie. Jejich intenzita a negativní vliv na psychiku člověka jsou však menší. Odborníci ji shledávají za poměrně dobře oddělitelnou od schizofrenie. Právě v projevech symptomů se nejedná o typické schizofrenní onemocnění. Mezi příznaky patří vágní a stereotypní myšlení, nemocní mají sklon k obřadnému chování a zbytečnému formalismu.

Raboch a Zvolský (2001) uvádějí malou schopnost soustředit se a řídit vlastní myšlení. Nedochozí zde k formování bludů či rozbíhání myšlenek. Jedinci s touto poruchou jsou sociálně stažení do sebe, tím působí chladně a povzneseně. Dále bývají nejistí, podezíraví a neustále ve střehu. U schizotypní poruchy dochází k epizodám návalu intenzivních bludů a sluchových halucinací.

### 2.4.3 Schizoafektivní porucha (F25)

Velmi často se vyskytující onemocnění. Vyskytují se zde poruchy nálad a symptomy schizofrenie dohromady.

Bludy se ve svém obsahu neshodují s náladou. Bludy mohou být paranoidní, ale tak mít podivný a bizarní obsah. Je zde přítomná chorobně skleslá nebo zvýšená nálada. Stav může být doplněn o expanzivní chování a zvýšené sebevědomí. To se projevuje společně s podrážděností (Raboch, Zvolský, 2001). Charakteristiku jednotlivých typů udávám podle Malé a Pavlovského (2010):

#### F25.0 Schizoafektivní porucha manický typ

Jedná se o psychózy s akutním začátkem – chování bývá hrubě narušeno, krátký a bouřlivý průběh trvá většinou několik týdnů. Poté přichází uzdravení, to bývá úplné. Vzácně se může rozvinout defektní stav.

#### F25.1 Schizoafektivní porucha depresivní typ

Tento typ se projevuje méně floridním průběhem. Trvání stavu a prognóza jsou však delší a horší. Existuje zde vysoké riziko suicidálního jednání ve stavu patické depresivní nálady.

#### F25.2 Schizoafektivní porucha smíšený typ

U smíšeného typu se schizofrenní symptomy vyskytují společně se smíšenou bipolární poruchou.

#### F25.8 Jiné schizoafektivní poruchy

#### F25.9 Schizoafektivní porucha nespecifikovaná

## 2.5 Terapie schizofrenie

Schizofrenie je nemocí, kterou je možno určitým způsobem léčit. Ve větší části případů nedochází k úplnému uzdravení. Terapie bývá obvykle kombinovaná, jde o psychofarmakologickou léčbu, psychoterapii a socioterapii (Vágnerová, 2008). Pokud budeme mluvit o léčbě schizotypní a schizoafektivní poruchy, využívají se rovněž psychofarmaka (neuroleptika), psychoterapie a socioterapie. U manické formy je účinné a využívané lithium, u depresivní antidepressiva, eventuálně elektrokonvulzivní terapie (Kučerová, 2010).

Důležitou součástí terapie jsou průběžné dialogy s nemocným a rodinou nemocného. Komunikace by měla být funkční na všech rovinách péče, tzn. začátek epizody a pobyt v psychiatrické léčebně, odchod z psychiatrické léčebny, rehabilitace nemocného. Považuji za nutné, aby s nemocným člověkem mluvili všichni odborníci. Na úrovni psychiatrické léčebny by měl lékař schizofrennímu jedinci věnovat dostatek času pro vysvětlení a ověření si,

zda jedinec vše pochopil. Nutná je spolupráce s psychologem, který poté může pružně reagovat na stav, ve kterém se jedinec ocitá po vyslechnutí a pochopení diagnózy. Jako užitečný krok vidím spolupráci psychiatrických léčeben s centry sociální rehabilitace. Jistá spolupráce se děje již v současné době, nicméně jsou zde značné rezervy. Motlová a Koukolík (2004) popisují individuální psychoedukaci jako nedílnou součást léčby. Nemocní jedinci mají právo na informace o povaze jejich onemocnění, možnostech léčby a prognóze onemocnění. Nemocní jsou odkázáni na odborníky, kteří by měli být schopni informace vhodným způsobem sdělovat. Materiály jako letáky, příručky, internet, slouží jako zdroj obecných informací. Psychoedukace slouží konkrétnímu nemocnému, je tedy velmi přesná a vypovídající o stavu a vývoji pouze tohoto jedince. Dalším zmiňovaným bodem je informování rodiny. Rodinná psychoedukace je zaměřená na rodinu a osoby blízké nemocnému. Cílem této metody je zprostředkovat informace o nemoci, naučit je dovednostem důležitým pro její úspěšné a dlouhodobé zvládnutí. Podstatná je zde i pomoc a podpora všem zúčastněným.

**Tab. 6** Fáze nemoci, cíle, prostředky a typ poskytované péče (Motlová, Koukolík, 2004)

Fáze nemoci	Cíl intervence	Farmakoterapie	Psychosociální intervence	Typ péče
Prodromy	včas zachytit případný rozvoj první epizody	pouze experimentálně	navázat kontakt, sledovat	ambulantní služby, centra krizové intervence
Akutní fáze (první epizoda, relaps)	odstranit floridní psychotické symptomy, pozornost věnovat imperativním halucinacím a suicidálním úvahám	farmakoterapie antipsychotiky (eventuálně doplněno anxiolytiky)	navázání terapeutického kontaktu, koherentní a přehledná komunikace, strukturovaný nestresující program	hospitalizace
Stabilizační fáze (křehká remise)	dosáhnout remise, získat spolupráci rodiny nemocného	farmakoterapie s minimálními nežádoucími účinky	podpůrná psychotherapie, zahájení psychoedukace nemocného a rodiny	denní stacionář, ambulance
Stabilní fáze, remise	předejít relapsu, případně včas od-	farmakoterapie udržovací	nácvik sociálních dovedností, rehabi-	komunitní péče, denní stacionář,

	halit hrozící re-laps, zajistit optimální výkon rolí		litace kognitivních funkcí	ambulance, své-pomocné programy
--	--	--	----------------------------	---------------------------------

### 2.5.1 Farmakoterapie

Farmakoterapie schizofrenie je velice složitá, individuálně rozdílná a žádný algoritmus není závazný na celý život. Farmakoterapie schizofrenie vychází z předpokladu, že určitým etiologickým faktorem při vzniku schizofrenie je dopamin. Jedná se spíše o hyperaktivitu dopaminergního systému v mozku. Základním kamenem farmakoterapie jsou proto neuroleptika. Můžeme se setkat také s pojmem antipsychotika II. generace. V poslední době jsou schizofrenními jedinci nejlépe snášeny vysoce šetrná a účinná atypická neuroleptika (Kučerová, 2010). Elektrokonvulzivní terapie není primárně volenou metodou, výjimku tvoří katatonní schizofrenie a manická forma schizoafektivní poruchy. K dalším využívaným patří antidepresiva.

#### Schizofrenie

- Neuroleptika – snižují hladinu dopaminu. Tím dochází k vymizení negativních příznaků. Mizí halucinace, bludy, psychická tenze, paranoidita, agrese, zlepšuje se integrace jedince. Rozeznáváme neuroleptika sedativní - ovlivňují psychomotorický neklid, agresi a incizivní - odstranění pozitivních symptomů, méně negativní (Raboch, Zvolský, 2001).
- Antidepresiva – mají vliv na patickou náladu a dynamogonii, anxieta a tenzi. Po nasazení antidepresiv je zcela nezbytná zvýšená kontrola nemocného, protože se mnohonásobně zvyšuje riziko spáchání sebevraždy. Nemocnému se totiž v době podání ještě nezlepší nálada a zvýšená vitalita dovolí provést suicidium (Malá, Pavlovský, 2010).

#### Schizotypní porucha

- Léčba téměř shodná s léčbou schizofrenie.

#### Schizoafektivní porucha

- Používají se antipsychotika ve většině případů v kombinaci s antidepresivy.



- Terapeuticky užitečná jsou také tymoprofilaktika (lithium), může zabránit vývoji nové epizody.
- Využívá se také elektrokonvulzivní terapie – aplikace elektrického proudu transekrálně. Provádí se v narkóze. Aplikuje se asi 2-3krát týdně. Po aplikaci elektrokonvulzivní terapie bývají přítomny poruchy paměti. Tyto postupem času spontánně vymizí. Mechanismus této terapie je nejasný, nicméně vykazuje velmi dobré výsledky (Motlová, Koukolík, 2004).

### 2.5.2 Psychoterapie a socioterapie

Psychoterapií můžeme podle psychologického slovníku (Hartl, Hrtlová, 2009) nazývat léčení duševních onemocnění za pomoci prostředků slovních, mimických, ale také mlčením, případně úpravou prostředí. Socioterapie je popsána (tamtéž) jako léčení nemocných se snahou začlenit je zpět do společnosti.

V obou případech se tak děje za pomoci kompetentních odborníků. Oba programy, tedy jak psychoterapie, tak socioterapie se navzájem prolínají. Pro usnadnění návratu člověka do společnosti se využívají techniky psychoterapeutické. Zároveň při prvotní psychoterapii je vzdáleným cílem začlenit jedince zpět do společnosti.

#### Psychoterapie

Malá, Pavlovský (2010) popisují psychoterapii jako léčebnou metodu, při které probíhá snaha psychologickými prostředky ovlivnit chorobný proces. K psychologickým prostředkům patří slovo, mimika, mlčení, emoční vztahy, učení, změny prostředí aj. Existuje mnoho metod a psychoterapeutických směrů, všechny však mají společný základ, a sice že pacient není sám, není bez pomoci, je možné mu rozumět, ovlivňovat jeho problémy, je možné vyrovnat se s nimi a zvládat je. Což vede ke kvalitnější a snadnější adaptaci. Podle cílů můžeme psychoterapii rozdělit na několik typů. Podpůrná terapie – pomáhá pacientům snášet období stresu a pokračovat v práci, dále zastávat všechny své sociální funkce a role (rodič, zaměstnanec, sportovec), terapie zaměřená na symptomy – primárním cílem je, aby vymizely symptomy psychické nemoci a terapie rekonstrukční a integrační – je nutné její dlouhodobé působení, které vede ke změně celé osobnosti. Typy psychoterapie:

- Racionální psychoterapie – založena na logické argumentaci a přesvědčování. Působí na rozum, kritičnost a soudnost člověka. Vede k pozitivnímu životnímu zaměření,

odpoutání pozornosti od příznaků. Dále k objasnění podstaty onemocnění a psychohygienickým návykům. Odborníci by měli používat prvky racionální terapie na všech úrovních kontaktů s nemocným.

- Sugestivní psychoterapie – jde o proces, který se vyhýbá kritickému myšlení. Účinků v oblasti psychické nebo somatické se dosahuje pomocí živých představ a vlivem autority. Patří sem známý placebo efekt. Při hospitalizaci v psychiatrické léčebně se většina nemocných stává zvýšeně sugestibilní vůči zdravotníkům.
- Kognitivně-behaviorální terapie (KBT) – východiskem terapie je umožnit pacientovi pochopit možné vyvolávající faktory jeho akutního stavu, naučit ho tyto faktory rozpoznávat a usnadnit mu tak možnost adekvátně zasáhnout. V posledních letech se KBT zaměřuje více na subjektivní vnímání onemocnění postiženým jedincem (Pěč, Probstová, 2009). Podle Motlové a Koukolíka (2004) zjistila analýza 20 klinických studií, které využily KBT, že tento psychoterapeutický model může redukovat symptomy, především závažnost bludů.
- Individuální psychoterapie – metoda poměrně náročná na čas a zkušenosti terapeuta. Využívá vztahu terapeut – pacient (Malá, Pavlovský, 2010). Je zde důležité partnerství mezi oběma stranami, respektu, schopnost reagovat a také kvalitně komunikovat.
- Skupinová psychoterapie – ve skupinové psychoterapii můžeme skupinu považovat za vlastní léčebný prvek. Jedinec má možnost zjišťovat potíže ostatních lidí, získává zpětné vazby nejen od terapeuta, ale i od celé skupiny. Skupina je také nosným prostředím pro expresivní formy terapie. Dramaterapie využívá skupinu jako korektivní emoční zkušenost při hraní rolí. U muzikoterapie umožňuje skupina cítit bezpečný prostor pro identifikaci vlastních vnitřních pocitů za pomoci zvukových projevů. Jedinec si může lépe uvědomit ohraničení pocitů vůči okolnímu světu, získává odstup a náhled na ně. U komplexních skupinových typů kognitivní rehabilitace je skupina vyovídajícím místem zdravých kognitivních procesů. Ty jsou ve skupině obsaženy a jedinec je tak může identifikovat a přijmout. Taneční pohybová terapie vychází z myšlenky integrace těla a mysli. Naše psychika se odráží v objektivních tělesných projevech – pohyby, postoje, vzorce chování). Umožňuje zpracování témat nemocného různými způsoby. Využívá se zde metafory, konkretizace i abstrakce (Pěč,

Probstová, 2009). Poslední formou sebeprojevení je arteterapie, je možné ji využít individuálně i ve skupině. Arteterapie znamená léčbu výtvarným uměním. Jako arteterapii lze označit také všechny výše zmíněné terapie (Šicková-Fabrici, 2002).

- Terapeutická komunita – Malá a Pavlovský (2010) ji popisují např. jako léčebné působení v nemocničním prostředí, které umožňuje pacientům zapojit se do své léčby a spoluorganizovat denní chod organizace. Důraz je kladen na sociální interakce. Součástí jsou pravidelné schůzky terapeutů a nemocných. Zmenšuje se tak sociální odstup a zlepšuje se spolupráce mezi všemi členy skupiny. Úspěch takovéto komunity je závislý především na jejím vedení.

### **Socioterapie**

Jedná se o léčebné postupy vedoucí k zařazení jedince do společnosti. Tomuto zařazení předchází zmírnění vlivu společenských faktorů na chorobné schizofrenní příznaky a omezení dopadu těchto symptomů na sociální postavení nemocného. Cílem rehabilitace je navrácení nemocnému jeho dřívější pracovní a společenské výkonnosti (Malá, Pavlovský, 2010). Socioterapie sestává z několika složek, které popisuje Vágnerová (2008):

- Úprava soužití v rodině – cílem je zlepšení atmosféry a redukce zdrojů napětí v rodině. Je nutné myslet na fakt, že soužití musí být snesitelné pro ostatní členy rodiny a zároveň i nemocného.
- Aktivizace nemocného – je důležité zorganizovat denní režim a program. Nemocní sami tohoto častou nejsou schopní. Upadají k nicnedělání a izolaci. Pro svou ochranu potřebují menší zatíženost a působení stresorů, zároveň je však nutné udržovat jejich kompetence a schopnosti a kontakt s ostatními lidmi. Vhodný program má pro nemocného smysl především v jeho celkové orientaci. Zároveň stimuluje jeho potřeby a odlehčuje jeho rodinným příslušníkům. K tomuto může dopomoci např. navštěvování denního stacionáře, účast v terapeutické komunitě.
- Chráněné bydlení – návrat z psychiatrické léčebny do rodinného prostředí je nejlepší variantou. Pokud ovšem toto řešení není možné (rodina to odmítá, soužití je obtížné), může být východiskem chráněné bydlení. Může jít o přechodnou formu mezi institucí léčebny a úplným osamostatněním se.

- Pracovní zařazení – návrat do zaměstnání bývá obtížnou záležitostí. Schizofrenní jedinci bývají méně výkonní, onemocnění vedlo ke ztrátě jejich pracovních návyků a bývají méně adaptabilní. Po návratu do zaměstnání se tito lidé setkávají s neporozuměním, odstupem či nedůvěrou. S tím se obvykle hůře vyrovnávají, protože v té době jsou více zranitelní a vyskytuje se zde také nízká frustrační tolerance. Variantou řešení těchto situací je výkon činnosti na chráněném pracovišti. Přes všechny uvedené potíže platí, že zařazení do pracovní činnosti vede ke zvyšování sebedůvěry nemocného, dosahuje větší samostatnosti a je schopný si lépe udržet potřebné sociální dovednosti.

Je nutné, aby jakákoliv forma psychické či sociální terapie byla přiměřená možnostem a omezením způsobenými onemocněním. Přetížení i příliš nízká stimulace mohou zvýšit riziko selhání schizofrenního jedince.

### 3 SOCIÁLNÍ VÝZNAM SCHIZOFRENIE

Téma sociálního významu již bylo v minulosti zmiňováno několikrát. V této kapitole se tedy zaměřuji na zevrubný popis dané problematiky. V krátkosti se zde zabývám právním aspektem schizofrenního onemocnění a kvalitou života schizofrenního jedince.

Kvalitu života schizofrenního jedince ovlivňuje velké množství faktorů. V případě nespokojenosti se životem je zmiňována především omezenost finančních prostředků, ochuzené mezilidské vztahy způsobené sociálními problémy, kterými bývají nemocní často zasaženi, jedná se hlavně o stigmatizaci. Spokojenost převládá s prožíváním volného času a pracovními aktivitami, naměřené hodnoty jsou zde srovnatelné se zdravou částí populace. Kvalita života je ovlivněna také přítomností schizofrenní symptomatiky.

Ze sociálního hlediska je schizofrenie výrazně stigmatizujícím onemocněním. Ne zcela jasná etiologie, nedostatek znalostí o příčinách vzniku této nemoci může prohlubovat zkreslený pohled na postiženého jedince (Vágnerová, 2008). Pro stigma je charakteristický současný výskyt nálepky, stereotypu, separace, ztráty postavení. Pro většinu lidí je nálepka „psychiatrický pacient“ spojena s představou o nebezpečnosti, což vede k potřebě odvracet se od schizofrenních jedinců. Stigmatizující názory na schizofrenního jedince jsou poměrně rozšířené. Motlová a Koukolík (2004) zmiňují průzkum, který proběhl v roce 1998 mezi 1737 dospělými Brity. Ve skupině sedmi duševních poruch respondenti řadili schizofrenii, alkoholismus a drogovou závislost k pojmům nepředvídatelnosti a nebezpečnosti. Toto hodnocení sdíleli mladí (16-24 let) a starší (25-65 let) respondenti. Méně často respondenti ve věku 65 let a více. Stigmatizující názory zde nevycházely z obecného nedostatku informací, neboť v dalších otázkách vykazovali dotazovaní poměrně dobré znalosti dané problematiky. Z tohoto výzkumu je patrné, že problém nespočívá v informovanosti společnosti. Alespoň ne tolik, jak by se dalo předpokládat. Mnohem důležitějším faktorem pro snižování stigmata je osobní setkávání se schizofrenním jedincem. To dokazuje i výše zmíněný výzkum, protože respondenti, kteří znali osobu se schizofrenním onemocněním méně často považovali tyto jedince za nebezpečné a nepředvídatelné. Další představou, která je ve veřejnosti hluboce zakořeněná je domněnka, že ke schizofrenii běžně patří násilné chování. Uvědomme si, že psychiatrická zařízení byla často situována do izolovaných oblastí.

Některé ze společností zažitých mýtů popisuje také Mahrová, et al. (2008):

### **Schizofrenie je nevléčitelné onemocnění**

V praxi se ukazuje, že zhruba 30% nemocných prodělá pouze jedinou epizodu schizofrenie a při příznivých podmínkách nedochází k relapsu. Druhá třetina nemocných prodělává opakovaně epizody, které se střídají s fází remise. I tito nemocní jsou však právě v době remise poměrně dobře adaptováni. Poslední zhruba třetina má průběh nepříznivý. Onemocnění se více a více zhoršuje.

### **Pacienti se schizofrenií mají většinou sklon k násilí**

Většina pacientů se schizofrenií nikdy nespáchá násilný trestný čin. Zvýšení relevance násilných trestných činů je lokalizováno u jedinců, kteří nejsou léčeni, popř. nejsou léčeni správně. Tito lidé bývají také často oběťmi trestných činů.

### **Lidé se schizofrenií nejsou spolehliví a nemohou soustavně pracovat**

Pracovní výkon nesouvisí přímo s intenzitou psychopatologie. Pravdou je, že zaměstnávání osob se schizofrenií má svá specifika. Nicméně velká část nemocných je určité formy pracovního zařazení schopná. Menší část nemocných je schopná pracovat bez omezení a velmi kvalitně.

## **3.1 Rodina schizofrenního jedince**

V případě, že u jednoho z členů rodiny projeví psychiatrická porucha typu schizofrenie, pociťují ostatní příbuzní velmi citelně její důsledky. Velmi záleží na rodinném vztahu (nemocným je dítě, rodič, bratr, partner), dalším důležitým aspektem je povaha onemocnění (prognóza, typ schizofrenie), poslední věcí je typ rodiny (jak jednotliví členové reagují na záťaž). Rodina je hlavním zdrojem podpory nemocných, často je to zdroj jediný. Existuje mnoho programů, které mají za úkol podporovat členy rodiny nemocných jedinců. Všechny programy mají podobná témata. Pěč a Probstová (2009) popisují tato témata:

- Informace o chorobě, přístup k ní a její dosud známé příčiny – je nutné, aby byli členové rodiny schopní vhodně přistupovat k nemocnému. K tomuto je nutné mít dostatek informací. Informace by se měly týkat především diagnózy, důsledcích diagnózy, o jejich příčinách, vyhlídkách. Nutné jsou informace o léčbě.

- Zaměření se na silné stránky – rodiny se již cítí podlomené. Je velice důležité, aby se rodinné poradenství soustředilo na silné stránky rodiny a aby její struktura byla považována za funkční do té doby, dokud se neukáže opak. Všichni členové rodiny totiž fungují nejlépe, jak jsou v dané situaci schopni.
- Sdílení emocí – je nutné věnovat se emocionální zátěži jednotlivých členů rodiny. Vlastní emoce některých členů rodiny totiž procházejí truchlící reakcí na skutečnost, že se nemocný změnil v tolika věcech a že se již možná nikdy neuzdraví. Členové rodiny také potřebují čas na srovnání svých očekávání.
- Komunikace v rámci rodiny – jasná a kvalitní komunikace mezi členy rodiny je důležitým faktorem při zvládnání diagnózy schizofrenního onemocnění u jednoho z nich. Je důležité sdělovat své pocity, akceptovat rozdíly, smát se a předcházet nedorozuměním. Je nutné se vyhybat kritickým a negativním poznámkám.
- Hranice v rodinném kruhu – pro členy rodiny je důležité si chránit své vlastní hranice. Děti by měly být zodpovědné přiměřeně svému věku. Zodpovědnost by tak rodiče neměli přesunovat na ně. U párů je důležité, aby si ten z manželů, který pečuje o druhého, nastavil i své vlastní hranice. Pro rodiče je důležité, věnovat se i svým vlastním životům.
- Řešení problémů – Soužití s členem rodiny, který trpí psychiatrickou zranitelností, klade vysoké požadavky na schopnost rodiny řešit problémy. Efektivní řešení problémů sestává z několika fází. Identifikace problému, prodiskutování problému, nalezení řešení, kontrola řešení, zhodnocení. Pro některé rodiny představují tyto fáze problém. Je velice důležité, aby byly problémy řešeny krok za krokem. Řešení menších, jasně definovaných problémů je jednodušší než řešení velkých komplikovaných problémů.
- Obnovení společenských vazeb – je důležité, aby se prolomilo možné utajování a mlčení o nemoci a aby došlo k obnovení kontaktů v rámci rodiny, mezi přáteli a známými. Důležitými pilíři jsou důvěrní přátelé.
- Jednání se zdravotníky – často se stává, že rodiny mají nereálné představy o možnostech zdravotníků. Poté vznikají negativní zkušenosti. Je nutné vytvořit vzájemné dobré vztahy.

### 3.2 Právní postavení schizofrenního jedince

Práva duševně nemocných jsou zakotvena v Listině základních práv a svobod. Jsou stejná jako práva všech ostatních lidí. Bližší specifikaci je možno nalézt v Deklaraci lidských práv duševně nemocných. U schizofrenních jedinců je důležitá ochrana práv především v oblasti rovnoprávnosti a svobody, svobody projevu, nemoci a léčby nemoci, svobody pohybu, práva na informace o zdravotním stavu, soukromí. Důležité je právo na důstojnost. V současnosti je rozšířeno právo na ochranu osobních dat, které, mimo jiné, vyžaduje mlčenlivost o faktu, že je někdo pacientem psychiatrického zařízení (Malá, Pavlovský, 2010). Tito autoři popisují i další podstatné skutečnosti:

- Všichni odborní pracovníci jsou povinni zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, které jim byly zprostředkovány v době výkonu jejich povolání.
- V případě hospitalizace v psychiatrické léčebně nemusí dát pacient starší 18-ti let souhlas pro informování rodiny. Výjimkou povinné mlčenlivosti je zjištění skutečnosti, že byl spáchán trestný čin vraždy, týrání svěřené osoby či sexuálního zneužití.
- K psychiatrickému léčení dochází ve většině případů se souhlasem nemocného. Pokud je schizofrenní jedinec nebezpečný sobě (např. suicidální sklony, odmítání potravy) nebo okolí (fyzická agrese vůči druhým osobám) a hospitalizaci odmítá, je možné ji realizovat bez jeho souhlasu. Poté je nutné informovat příslušný soud (nejpozději do 24 hodin od přijetí nemocného). Soud do jednoho týdne musí rozhodnout o oprávněnosti zadržení. Podle rozhodnutí soudu, je nemocný v léčebně ponechán nebo musí být propuštěn. Všechny další změny v rozhodnutích nemocného musí zařízení postupovat soudu.
- Závažné duševní poruchy trvalého stavu mají za následek, že je nemocný neschopný starat se o základní záležitosti související s jeho osobou. V tomto případě podává většinou rodina návrh na změnu způsobilosti k právním úkonům. Na základě znaleckého posudku rozhoduje soud o tom, v jaké míře budou právní úkony nemocného omezeny, popř. bude nemocný způsobilosti k právním úkonům zbaven. V obou případech rozhodne soud o osobě, která bude nemocnému činit opatrovníka. Ten se bude starat o záležitosti daného jedince. Průběžně informuje soud o svém konání.



- Je nutné dodat, že každý takto omezený jedinec má právo na odvolání. Také má právo sám požádat o navrácení způsobilosti k právním úkonům. Může si také stěžovat.
- V oblasti trestního práva se můžeme setkat s nemocnými, kteří pod vlivem duševní poruchy spáchají trestný čin. Zde forenzní znalci vyhodnotí, zda byl tento jedinec v době spáchání trestného činu schopný rozpoznat společenskou nebezpečnost svého jednání a toto jednání mohl ovlivnit. Závěry znaleckého posudku mohou soudu vypovědět, jestli byl nemocný jedinec ve stavu přičetnosti, zmenšené přičetnosti či nepřičetnosti.
- Existují také zvláštní předpisy pro posouzení způsobilosti řídit motorové vozidlo, možnosti držení střelné zbraně, přerušení těhotenství nebo pro posuzování výkonu rodičovských práv.

## II. PRAKTICKÁ ČÁST

## 4 ÚVOD K VÝZKUMU

Obsahem praktické části mé bakalářské práce je výzkum prožívání krizí u jedinců s diagnózou v okruhu schizofrenie. Tuto práci jsem si zvolil z důvodu mého osobního zaujetí v oblasti psychologie, konkrétně duševních poruch. Moje téma se postupem času zkonkretizovalo na problematiku poruch s přítomností halucinací a bludů. Proto byla jasnou volbou schizofrenie, schizotypní porucha a schizoafektivní porucha. Dalším důvodem byla snaha dozvědět se více o prožívání krizí z pohledu osob se schizofrenií. Osobně považuji tyto těžké etapy života schizofrenních jedinců za poměrně málo prozkoumané. Nejhůře vnímám pouze povrchní znalost tohoto pojmu a jeho prožívání u nemocných. Dotazovaní respondenti navíc na prvním místě zmiňují krizi finanční. Myslím, že pokud člověk trpí nemocí, především takovou, která hluboce zasahuje jeho život, měl by být co nejlépe seznámený se všemi oblastmi, jež na něj mohou mít vliv, a kterých se jeho onemocnění dotýká.

Tato část volně navazuje na předchozí část teoretickou, kde se soustředím na krizi, schizofrenii a její typy, ale také na oblast sociálního života člověka s tímto duševním onemocněním. Mou snahou je vnést nové poznatky do této problematiky. Výzkumným problémem je: „*Jak prožívají krize jedinci s diagnózou v okruhu schizofrenie?*“ Především mě zajímalo, jak schizofrenici krizi vnímají, co pro ně znamená prožívat krizi, jestli krizi zvládají a zda se krize nevyhnutelně mění v ataku.

### 4.1 Výzkumný problém

Správné stanovení a vymezení výzkumného problému je stěžejní částí explorační. Tento postup umožní lépe se orientovat v celé problematice a neztratit se v ní. Jako výzkumný problém jsem si stanovil: „*Jak prožívají krize jedinci s diagnózou v okruhu schizofrenie?*“ Mou snahou bylo odpovědět na otázky, zda mohou krizi zvládnout, jestli využívají vždy stejných strategií, jestli se krize musí nutně přeměnit v ataku duševní nemoci, co krizi vyvolalo a zda mají povědomí o přicházející krizi.

### 4.2 Cíl výzkumu

Hlavním cílem mého výzkumu je objasnit, *jak schizofrenní jedinci prožívají krizové situace*. Dílčí cíle tento hlavní cíl vhodným způsobem doplňují a umožňují obsáhnout všechny důležité oblasti. Bez dílčích cílů by výzkum nemohl být považován za kompletní.

**Dále uvádím výzkumné otázky:**

- Jaké jsou vyvolávající faktory krize u schizofrenních jedinců?
- Jak často schizofrenní jedinci prožívají krize?
- Jak dlouho pocit krize trvá?
- K jakým změnám kognitivních funkcí u schizofrenních jedinců v krizi dochází?
- Jaké části osobnosti tyto změny zasahují?

**4.3 Druh výzkumu**

Pro zkoumání tematiky krize a jejího prožívání u schizofreniků jsem zvolil metodu kvalitativního výzkumu. Tento druh výzkumu se mi v tomto případě jeví jako nejvhodnější. Je nutné vystihnout nuance v chování, rétorice a dostat se nejlépe až k jádru výzkumného problému. Také se pokusit, co nejvíce přiblížit zkoumanému objektu, poznat ho, sledovat ho a uvažovat o něm. Kvalitativní výzkum umožňuje, za cenu oběti, kterou vidím v ovlivnitelnosti výzkumníka, všechny výše zmíněné body splnit. Kvalitativní výzkum dovoluje pružně reagovat na rozličné změny prostředí a naladění respondenta. Metodolog Creswell (In Hendl, 2008) jej popisuje jako proces hledání porozumění v nejrůznějších podmínkách. Výzkumník tvoří komplexní holistický obraz, provádí analýzu různorodých textů a informuje o smýšlení respondentů. Provádí výzkum v přirozených podmínkách.

Lidská duše je neuchopitelná, jak ve své dynamice rozvoje a změn, tak ve své zranitelnosti a křehkosti. Obraz, který zachytíme v momentě jednom, se v druhém momentě mění. Nejlepší a nejdůkladnější cestou je tedy skutečně kvalitativní výzkum.

**4.4 Metody výzkumu**

V této části se věnuji použitým metodám mého kvalitativního výzkumu. Jsou to metody získávání dat a posléze jejich zpracování a analýzy.

**4.4.1 Metody získávání dat**

Pro získávání dat jsem si vybral metodu polostrukturovaného rozhovoru. Tento přístup k výzkumu zabezpečuje dostatečnou možnost získat potřebná data. Výhodou je zde dostatek řečového pohybu při dotazování. Toto je důležité především u výzkumů, kdy jsou re-

spondenti poněkud hůře komunikativně vybaveni. Respondent má u tohoto typu rozhovoru dostatečný prostor k vyjádření svých myšlenek, naproti tomu je také usměrňován předem danými dotazy. Výhodou je tedy možnost ponechat některé pasáže výhradně na tazateli, jiné mohou být naopak plně strukturované (Miovský, 2006), čehož jsem také nejednou využil. Otázky k rozhovoru jsem sestavoval na základě výzkumného problému a také výzkumných otázek. První otázka slouží pouze jako ověření znalosti respondenta pojmu krize. Dále jsem považoval za důležité ujasnit si, co tento pojem znamená pro respondenta osobně. Bylo nutné určit i časové ohraničení, především z důvodu jasného vymezení začátku a konce krize a zabránění tak prolínání krize, stresu a ataky. Další otázky směřují ke vzniku krize a jejího vlivu na daného jedince. Do tohoto obrazu jsem se snažil zahrnout dovednosti a schopnosti člověka v jeho fyzické i duševní podobě. Dotazování soběstačnosti vychází z jakéhosi „sociálně-pedagogického“ pohledu. Myslím, že není možné ji opomenout. V příloze P I je uvedena sada předběžných otázek, které jsem si k rozhovoru připravil.

#### 4.4.2 Metody zpracování dat a analýzy dat

Na počátku jsem provedl fixaci dat pomocí záznamového zařízení. Tato zvuková data jsem poté vyslechl a provedl tak vstupní kontrolu audio záznamu. Dále jsem pomocí transkripce převedl data do textové podoby (viz Příloha P II). Po každé transkripci rozhovoru jsem přeepsaná data opět zkontroloval. Textová data jsem zredukoval. Jak upozorňuje Hendl (2008), není možné data při redukci zbavovat kontextu, tímto by došlo k narušení celého výzkumu. Vyškrtl jsem tedy opakující se slova (takže, tak, no a..., jako). Celkový kontext dat tak zůstal zachován. Poté jsem přistoupil k metodě otevřeného kódování. Jde o metodu, při které se text rozloží na menší či větší celky. Těmto menším jednotkám jsou posléze přiděleny kódy. Kódy jsou jakási nová pojmenování pro tyto částky textu. Jak jsem zmínil, může být text rozdělen na celky větší např. celé případy či odstavce, nebo menší, např. každé slovo zvlášť (Hendl, 2008). Jednotlivé jednotky je možné označit více kódy. Tyto kódy jsou poté řazeny do kategorií, a to podle jejich vnitřní podobnosti a souvislostí. Tyto kategorie jsou na rovině obecnější. Podle kategorií vytváříme teorii. Jde o nově poskládané texty z původních textových informací. Na základě těchto textů tvoříme závěry, jenž vyplývají z mezi sebou vzájemně působících kategorií.

## 4.5 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek mé práce tvoří 7 uživatelů denního stacionáře Horizont Zlín. Toto zařízení se dlouhodobě zabývá sociální rehabilitací lidí s duševním onemocněním, koncentrace osob se schizofrenií je zde teoreticky nejvyšší. Primárním kritériem pro výběr respondentů byla diagnóza schizofrenie, schizotypní porucha nebo schizoafektivní porucha. Diagnózy jednotlivých klientů jsem měl možnost zjistit ve vnitřní databázi tohoto zařízení. Databáze mi byla formálně přístupná. Sekundárním kritériem byla alespoň minimální schopnost komunikace. Co se týče skladby mužů a žen, figurují v mém výzkumu čtyři muži a tři ženy. Věk respondentů je v rozmezí 22 – 55 let. V některých případech bylo nutné respondenty několikrát ujišťovat o anonymitě jejich výpovědi. V případě jednoho realizovaného rozhovoru využil respondent možnosti neodpovídat na jemu citlivou otázku. V jednom případě došlo ke zrušení rozhovoru z důvodu hospitalizace respondenta v psychiatrické léčebně. Při dotazování o poskytnutí rozhovoru jsem byl ve dvou případech odmítnut. Na závěr dodávám, že výběr mého výzkumu je cílený, ovlivněný zvolenými metodami výzkumu, možnostmi uživatelů, ovlivněný mou prací s lidmi s duševním onemocněním.

## 5 REALIZACE VÝZKUMU

Realizace výzkumu začala probíhat počátkem března 2011. Na základě mého cíleného výběru jsem se s jednotlivci domluvil na datu a času, kdy rozhovor proběhne. Jednotliví respondenti byli seznámeni se situací. Dozvěděli se, proč tyto rozhovory provádím, fakt, že rozhovory budou zaznamenány na diktafon a teoretickou délku rozhovoru. Respondenti byli také informováni o tématu rozhovoru. Jednotlivé otázky jsem předem nezmiňoval. Chtěl jsem dosáhnout co největší bezprostřednosti a zamezit respondentům možnosti připravit se předem. Pro výzkum s touto skupinou respondentů to považuji za vhodné. Předpokládal jsem, že by dotazovaní měli sklon si odpovědi připravovat. Přípravě zabránila také skutečnost, že všechny rozhovory proběhly v jednom týdnu. Rozhovory se realizovaly v nerušivém prostředí a soukromí. K tomuto jsem využil tzv. „klidový pokoj“ Horizontu Zlín. Všichni respondenti byli opět před zahájením rozhovoru seznámeni s tím, že se rozhovor zaznamenává a bude prezentován na patřičných místech. Po získání zvukových stop rozhovorů jsem mohl přistoupit ke zpracování dat (viz výše) a jejich analýze.

### 5.1 Výsledky výzkumu

#### 5.1.1 Seznam kódů

Po řádném zvážení a nastudování zvukových a textových dat jsem si určil typy kódů, které se v textu vyskytují, a vytvořil jsem konkrétní skupiny – kategorie. Při sestavování kategorií jsem zjistil, že může dojít k situaci, kdy se kódy v jedné kategorii opakují, v tomto případě byl daný kód použit jen jednou. Další možností je, že se jeden konkrétní kód vyskytuje ve více kategoriích. V tomto momentě je již na zvážení výzkumníka, jaký je v daném kódu, v návaznosti na kontext kategorie, rozdíl.

Zde uvádím seznam deseti kategorií, pod tímto seznamem naleznete jednotlivé kategorie včetně mnou vybraných kódů:

*Vyvolávající faktory, četnost prožívání, časový rozsah, kognitivní funkce, tělesné zdraví, soběstačnost, zvládání krize, nezvládání krize, životní hodnoty, prožívání.*

## VYVOLÁVAJÍCÍ FAKTORY

Únava, vyčerpání, pocit hladu, nemožnost vyprázdnit se, fyzické vypětí, nedostatek tekutin, změny letního a zimního času, nepříznivé počasí, únava z předchozího dne, stres, časová tíseň, sportování, nepříznivý vývoj situace, nespécifikovaný typ lidí, naléhání a využívání, rodina, kupení problémů, bludy, nedostatek slunečního záření, podzim, depresivní počasí, úmrtí blízké osoby, pracovní potíže, nemožnost delší dobu sportovat, vyřizování věcí na úřadech, ztráta zaměstnání, epileptický záchvat, finanční potíže, onemocnění, odvykání kouření, narušení stereotypů, školní zátěž, obavy z budoucnosti, obava ze ztráty zaměstnání, katastrofické představy.

## ČETNOST PROŽÍVÁNÍ

Konkrétní počet, při každém běžném onemocnění, každá absence v práci, často při sportování, jednou do roka, nárazové prožívání, krátce za sebou, opakující se.

## ČASOVÝ ROZSAH

Přelom června a července, období Vánoc, doba řešení náročné situace, střední škola, počátek pobytu v psychiatrické léčebně, rekonstrukce domu, maturita, léčení nemoci (např. chřipka), období strádání po úmrtí osoby blízké, několik týdnů.

## KOGNITIVNÍ FUNKCE

Ztráta logického myšlení, zhoršená pozornost, zaměřenost pouze na jednu věc, větší představivost, zhoršená krátkodobá paměť, menší představivost, zhoršená krátkodobá paměť, úbytek komunikace, úplná ztráta představivosti, snížená kvalita komunikace, pomalejší reakce, depresivní myšlení, nesoustředěnost, velké úsilí pro vykonání činnosti, zaměření se na sebe.



## TĚLESNÉ ZDRAVÍ

Potřeba častěji krátce odpočívat, sucho v ústech, slabost v nohou, únava, svalové napětí, nutkání více kouřit, zhoršená kondice, bolesti hlavy, snížený příjem potravy, poruchy spánku.

## SOBĚSTAČNOST

Oblečení nepřiměřené k počasí, schopnost uvařit si, schopnost uklidit po sobě, domácí sebeobslužné práce, práce na zahradě, potřeba cizí pomoci, zajištění hygieny, nutnost zrušení některých záležitostí, nutné úřední úkony.

## ZVLÁDÁNÍ KRIZE

Zklidnění se, stanovení řádu, nový systém, činnost, relaxace, Horizont, potřeba s někým mluvit, pocit blízkosti ochrany, psaní deníku, užití léčiv, ruční práce, rodina, ujištění sebe sama o řešitelnosti situace, konzultování problému, rady matky, práce na zahradě, ověření si svých schopností, práce na počítači, navyknutí na vyvolávající faktor, vyhýbání se rizikovým situacím, tanec, sportování, společnost lidí, procházky přírodou, odpočinek, psychiatr, nakupování, pomoc člena/členů rodiny.

## NEZVLÁDÁNÍ KRIZE

Odchod ze školy, nezvládání úkolů, nedostatek času, vysoké očekávání, zmatek, léčení sebe sama, strach o problémech hovořit, agresivní bratr, rekonstrukce pokoje, spaní v nevhodných podmínkách, vyhýbání se realitě, obavy z vývoje situace, neschopnost učinit rozhodnutí, prodlužování nemocenské, narušení stereotypů, zlost na matku, přítomnost příznaků duševní nemoci, lidé naléhající a využívající, zaměření se na sebe, pokusy zvládat vše samostatně.

## ŽIVOTNÍ HODNOTY

Plány do budoucna, zájem získat zaměstnání, rehabilitace, přehodnocování, zdraví, přátelé, rodina, partner, zmatenost, sport, matka, ovlivnění schopnosti komunikovat.

## PROŽÍVÁNÍ

Pocit unavenosti, progresse k atace, vývoj situace, neukojená potřeba komunikace, výskyt schizofrenie v rodině, výskyt paranoidního chování, výskyt bludů, akutní stav a krize, výskyt halucinací, emoční oploštělost, pocit strachu, plačtivost, promítání psychiatrické zkušenosti do stavu krize, provázanost.

### 5.1.2 Vztahy mezi kategoriemi

Zde vysvětluji vztahy mezi jednotlivými kategoriemi a uvádím výsledky šetření jednotlivých kategorií. Po seskupení kódů vzniklo celkem 10 kategorií. Všech deset kategorií považuji za důležité, neboť vypovídají velmi detailně o tématu krizi a jejich prožívání danou skupinou nemocných.

#### 5.1.2.1 Vyvolávající faktory

Vyvolávající faktory tvoří velmi obsáhlou kategorii. Každý z respondentů uvedl několik možností, jak se u nich krize nastartuje. Vyvolávající faktory jsem rozdělil na ty, jenž přicházejí z vnějšího prostředí a ty, které vznikají uvnitř člověka. Jednotlivé položky mohou být velmi úzce navázány na sebe a je patrné, že se vzájemně ovlivňují. Dělení uvádím pouze pro lepší orientaci v kategorii. Velmi často zmiňovaným činitelem vyvolání krize je únava, s tou souvisí vyčerpání a fyzické vypětí. Jeden z respondentů uvádí také nemožnost vyprázdnit se, to je faktor naprosto odlišný od ostatních. Dalšími vyvolávajícími faktory jsou myšlenky a pocity daného jedince. Sebepojetí a sebedůvěra velmi ovlivňují jeho fungování ve společnosti a jeho schopnost odolávat těžkým jevům v každodenní realitě. Velmi nepříjemné je pro dotazované např. rozhodovat o důležitých věcech, dále mají obavy ze své budoucnosti a zmiňují nejistotu o správnosti svých rozhodnutí. Jako doklad těchto jevů uvádím citaci respondenta: „*Já jsem v lednu marodila se zádama, v únoru jsem začala s psychikou, to bylo v době, kdy se rozhodovalo o pobytovce v Itálii. To bylo zlé. Tak jsem byla v takovém stavu, že jsem chtěla jet, přitom jsem nevěděla, jestli mám jet nebo nemám jet.*“ Svou roli zde hraje také obava ze ztráty zaměstnání. Považuji to za strach z budoucnosti a dokládám jej touto citací: „*...taky se o ni teď víc bojím, když vidím, že kolem ní, ti lidi umírají, co si počnu, až budu sama a nebudu si vědět rady... Z tohohle já mám strach.*“ Pokud přistoupíme k interpretaci vlivů vnějších, je nutné upozornit především na faktor počasí a podnebných vlivů, nutných činností spojených s nepříjemnou aktivitou jedince. Dalším vy-

volávajícím jevem může být také narušení stereotypů. „*Já jsem zvyklá na svůj stereotyp a když už nějak vybočím, tak se mi zdá, že už se něco děje. Možná se dostávám do té krize...*“. Pro tuto ženu je její systém činnosti jistě velmi důležitý a jeho narušení nese velmi těžce. Faktorem vyvolávání krize byla často uváděna časová tíseň, ta může být navíc spojena s vysokými studijními či pracovními nároky, jak uvádí jedna z dotazovaných: „*Já jsem chodila na zdravotnickou školu. To se člověk musel naučit jedno, pak mu utíkalo další. Ke zkouškám se to už pěkně hrnulo. A pak „buch“. Takže tady určitě byla krize. Já to nestíhám, já to neumím, pak jsem začala zmatkovat, protože jsem nevěděla co s tím vším. Bylo toho hodně. Bylo to hodně drsné. Specifickým spouštěčem krize je u dvou dotazovaných sklon trpět katastrofickými představami budoucnosti, krizi jedna z respondentek prožívala při rekonstrukci jejího pokoje, zde cituji její slova: „*Ta představa, jak to dopadne, bude to obyvatelné, nebude to obyvatelné? Ani tomu nákresu jsem nerozuměla. Tam to bylo hodně zlé.*“ Dalším poznatkem je, že dotazovaní jedinci uváděli také vliv pro ně málo známých lidí např. kolegové v práci, přátelé přátel. Jelikož se neuměli dostatečně dobře chránit a také zde chybí jakýsi odhad typu člověka, naléhání a využívání ze strany těchto lidí je uvedlo do krize. Poslední důležitou a nedílnou součástí vyvolávajících faktorů, je smrt osoby blízké. Pro dokreslení kategorie a tohoto faktoru uvádím citaci respondenta: „*To bylo těsně po babičce, jak umřela. Tam pak ještě umřel i strejda. Tak to mě dost sebralo. Já jsem zpočátku jenom brečel, ale šlo to do takových stavů, že jsem ani neměl chuť k jídlu, nepil jsem, s nikým jsem se nebavil. Žralo mě to vevnitř. Utápěl jsem se v tom. V tom období jsem přišel i o práci. I to na mě mělo dopad.*“*

### 5.1.2.2 Četnost prožívání

V této kategorii jsem se zaměřil na zkoumání četnosti prožívání krizí. Někteří z respondentů byli schopni uvést konkrétní počet krizí. Z tohoto bodu předpokládám, že o svých těžkých životních situacích alespoň částečně přemítali. Menší část dotazovaných nebyla schopná určit přesný počet, u těchto jedinců dochází k opakování velmi podobně vzniklých krizí. Zde považuji za zvláštní, že se je tito jedinci nepokoušejí mapovat a zacházet s nimi. Další možností jsou pak krize „nárazové“, jedná se o situace neočekávané. Mezi jednotlivými krizemi může být rozdíl několik týdnů i let. Zde je vyjádření jednoho z respondentů: „*Moc často ne. Je to většinou, když marodím a zjistím, že ke konci roku budu muset vybírat peníze ještě na školu. Nebo třeba na dárky...*“ U jednoho z dotazovaných se krize vyskytuje při sportování.

Krizi má spojenou se stavem po epileptickém záchvatu. Dochází k ní nárazově, nicméně rizikem je každá sportovní aktivita. Další možností je, že několik krizí přijde krátce za sebou. Pro každého jedince je tento sled událostí velice náročný.

### 5.1.2.3 Časový rozsah

Tato část slouží jako orientační pomůcka pro určení časového rozsahu krize. To je důležité pro oddělení počátku a konce krize od stresu a akutního stavu popisovaného duševního onemocnění. Asi největší potíže činilo respondentům určit právě délku krize. Jak jsem zjistil, krize dosahuje velké šíře svého trvání. Je to dáno tím, jak ji respondenti vnímají. V některých případech se jedná pouze o pár hodin. Na druhé straně může přetrvávat i několik let. Ve všech případech splňuje vymezení pojmu krize. Respondenti často zmiňují počátek pobytu v psychiatrické léčebně nebo celý pobyt v ní. Je to dáno i dalšími nepříznivými jevy, které je mimo totální změnu života ovlivňují, pro lepší osvětlení cituji jednoho z respondentů: *„Ten pocit trvá, dokud se to nějak nevyřeší nebo to neodezní. Když jsem byla v Kroměříži, bylo to do té doby, než jsem si tam zvykla. Vůbec jsem nevěděla, co se děje. A o té nemoci mi neřekli vůbec nic.“* Pro respondenty je důležité řešení situace. Poté pro ně daná krize postupně končí.

### 5.1.2.4 Kognitivní funkce

Tato kategorie má za úkol objasnit a vysvětlit jakékoliv změny v oblasti kognitivních funkcí (vnímání, pozornost, představivost, paměť, myšlení, řeč) při prožívání krize. Všech sedm dotazovaných uvedlo změnu vnímání. Především to, že se ve stavu krize soustředili výhradně na sebe a tím pádem utrpělo vnímání podnětů přicházejících z vnějšku. Tento jev tedy hodnotím jako zhoršení této kognitivní funkce. Velké zhoršení popisují respondenti také u pozornosti. Zde přiznalo poruchu pět jedinců. Podle nich vnímání úzce souvisí s pozorností. Zajímavé výsledky přineslo dotazování představivosti. Nárůst představivosti popsali dva ze čtyř dotazovaných. Podle nich jde především o představy toho, jak může celá věc dopadnout a také představy o řešení nastalého problému. Velký kontrast k tomuto jevu tvoří dva jedinci, kteří zaznamenávají zhoršení představivosti, lépe řečeno, v krizi nemají představivost vůbec žádnou. V krizi se také do jisté míry projevuje zhoršení krátkodobé paměti. Jako názornou ukázkou uvádím dvě citace respondentů: *„Stává se mi třeba v práci, že když jsem v krizi, že třeba někde něco položím a pak zjistím, že jsem to položila někam jinam a musím*

*to hledat nebo se vracet na to samé místo několikrát. Nebo jsem si něco naplánovala, že třeba vytřu a pak zapomenu, co jsem chtěla dělat.“*

*„...jen se mi zdá, že mám horší krátkodobou paměť, že si moc nepamatuju. Já například přemýšlím do budoucna, ale zase si nepamatuju, co bylo před měsícem. S mamkou jsme někde byli a pak si o tom vykládáme, ale já to skoro nepamatuju. No, jestli je to tím, že jsem chodila na šoky, nevím. Myslím, že zhoršení krátkodobé paměti v krizi je opět ovlivněno poruchou vnímání. Některé informace jedinec ani nezaregistruje, jak si je potom může pamatovat? Ve druhé citaci je zmíněna také psychiatrická zkušenost dotazované. V naprosté většině případů dochází ke snížení řečové kvantity. Pouze jeden dotazovaný uvedl zhoršení kvality řeči. Tento poznatek považuji za vcelku překvapivý. Nejmenší újmou trpí ve stavu prožívání krize myšlení. Zhoršení této oblasti registrují pouze dva jedinci. Mezi další pojmy zde patří pomalejší reakce a potřeba vykonat velké úsilí pro vykonání nějaké činnosti. Na závěr uvádím ještě jednu citaci, myslím, že vhodným způsobem ilustruje provázanost poruch kognitivních funkcí: „*Ted' si můžu vzpomenout na případ, že jsem odcházel z obchodu a řekl jsem: na nashledanou na. To na jsem řekl dvakrát. To jsem nepil nic, žádnou tekutinu, dlouhý čas, žádnou vodu a dvakrát jsem zopakoval jedno slovo. To se mi stalo. To je právě ta krize, že když jsem unavený, tak s výřečností mám problém.“**

#### **5.1.2.5 Tělesné zdraví**

Do této kapitoly jsem zahrnul všechny projevy krize, které se promítly do tělesného zdraví. Jako takové jsem vyhodnotil např. potřebu častěji krátce odpočívat, této potřebě předchází i minimální činnost daného jedince. Může to být pouhopouhé umývání nádobí či procházka. Na jedince s diagnózou schizofrenie však může mít takto těžký dopad. K tomuto stavu někteří dodávají také pocit sucha v ústech. Je však nutné zmínit, že se tímto způsobem projevuje i užití medikamentů léčících schizofrenii a další. Zajímavá je zde chvilková slabost v nohou. Zdá se, že dochází i ke svalovému napětí v některých fázích krize. Zde je citace respondenta dokumentující tento jev: *„Měla jsem takové svalové křeče a byla tam i taková ztuhlost po únavě. Prostě takové napětí. Takže jsem toho méně vydržela.“* Respondenti také zmiňovali větší potřebu kouřit, což je sice druhotný aspekt prožívání krize, ale také má škodlivý dopad na tělesné zdraví. Je proto nutné jej zmínit. Zde v krátkosti cituji dva respondenty: *„Řeknu ti, že se v krizi ukouřím k smrti. Já kouřím hodně i tak.“*

„*Když jsem v krizi, tak si koupím cigarety, třeba čtyři balíčky, a pak si zas říkám: ježišmarjá, proč jsem si je kupovala, proč jsem to nevydržela?*“ S tím souvisí také zhoršení kondice, kterou dotazovaní zmiňovali. K dalším nechtěným prožitkům patří bolest hlavy. U některých dochází k nechutenství či poruchám spánku. Cituji: „*Když jsem v hodně velkém problému tak ani nejím. Měla jsem i zhoršený spánek. Byl takový rozbitý.*“ Za zmínku stojí také únava. Tu považuji za zdroj i důsledek některých výše zmíněných potíží.

#### 5.1.2.6 *Soběstačnost*

U zkoumání této problematiky jsem chtěl zmínit také soběstačnost. Patří k základní výbavě dospělého člověka a její ovlivnění zasahuje postiženého i jeho okolí. Naprostá většina dotazovaných je ve stavu krize soběstačná. Dochází pouze k omezení jejich činnosti související s pohybem mimo domov. Tím myslím chození po úřadech, vyřizování nutných záležitostí a jiné. V takovýchto případech dochází k přesunutí daných povinností na později, pokud je to možné, pokud ne, snaží se vypomoci rodina. Ta je zmiňována všemi respondenty. Pro dokreslení uvádím příklad řešení výše zmíněných problémů a řešení: „*Třeba pokud mi něco bylo, pomáhali mi naši. Když jsem měl něco vyřizovat, tak se to muselo přeložit. Samostatně by to nešlo.*“ Sníženou schopnost základní sebeobsluhy jsem zaznamenal u jediného respondenta. Tato žena se v krizovém období nedokázala dostatečně obléknout. Pro představu uvádím citaci její výpovědi: „*Dokážu se o sebe normálně postarat. I v krizi. Jen na té škole to bylo brutální, tam jsem byla ve svetříčku i v zimě. To už mi říkala i mamka, ať si obleču bundu.*“ Jde pouze o jedinou zmínku oslabení sebeobsluhy. Lze říci, že dovednosti spojené se sebeobsluhou téměř nejsou zasaženy.

#### 5.1.2.7 *Zvládání krize*

Tato kategorie je jednou z důležitých částí výzkumu. Mým cílem zde bylo prozkoumat zvládací techniky schizofrenních jedinců v období krize. Zvládací techniky lze rozdělit na tři skupinky. Jedincům v krizi pomáhají lidé, věci a činnosti, myšlení. Nyní se zaměřím na zvládání krize za pomoci lidského faktoru. Pro všechny respondenty je velmi podstatný vliv rodiny. Většina z nich se opírá o rodinu nejbližší, jako jsou rodiče, manželka, děti. Menší část o rodinu vzdálenější. Dotazovaní dále zmiňují pracovníky Horizontu a svého psychiatra. Důležitostí se řadí až za rodinu, ale spolu s ní tvoří jediné dvě „lidské“ zvládací instituce. Jako názorný příklad uvádím část rozhovoru s jedním respondentem: „*Tak těch lidí je víc, v*

*každém případě je to rodina, jako rodiče, psychiatr, lidi v Horizontu, ať jsou to terapeuti nebo terapeutky, tak i klienti a klientky a ta atmosféra na mě působí velmi blahodárně.*“ Další důležitou zvládací technikou jsou věci a činnosti. Do této skupinky patří práce na PC, sledování televize a třeba práce na zahradě. Při činnosti, která je respondentům příjemná a baví je, totiž tolik nemyslí na tíživost krize. Jeden z respondentů uvedl jako zvládací techniku nakupování: *„Pak mi ještě pomáhá hodně nakupování, že se odreaguju.“* Další činností je např. hudba, tanec a potřeba lidské společnosti. Myslím tím pouze vědomí, že daný člověk není sám. Nikoliv komunikaci či přímý kontakt. Činností, která pomáhá, je také psaní deníku. Poslední skupinku jsem označil jako myšlení. Tyto techniky zvládání praktikují, s drobnými výjimkami v kombinaci, všichni respondenti. Jako zvláštní techniku hodnotím to, že si klienti na daný vyvolávající faktor navyknou: *„No tak zvládnutém pro mě běhání po úřadech. To mě dost ničilo. „Už jsem si na to zvykl, protože tam chodím jednou za dlouhou dobu. A už to zvládám.“* Hned další zvládání krizové situace je zvolenou cestou podobné. Respondenti si totiž jev pouze obhájí či pragmatizují, ale neřeší jej: *„O těch penězích, o těch problémech, jak jsme se bavili, tam jsem měla ještě nějaké našetřené, tak si řeknu, že ještě nějaké mám. Takže se nějak uklidním. Jakože to nějak obejdu.“* Oba tyto způsoby by bylo možné zařadit i do kategorie nezvládnutí krize, protože respondenti situace nezvládli, pouze jim ustoupili. Nenaučili se s nimi pracovat a zacházet. Často některé vyvolávající jevy ani neřeší. Zajímavé je, že se to netýká všech respondentů a zrovna tak každé krizi. Některé problémové situace jsou schopni řešit a krizi samostatně velmi dobře zvládnout. Abych lépe dokreslil tento jev uvádím citaci respondenta: *„Dřív nahoře v práci byl stres, pak se dostavila únava. Měla jsem hrozný strach, že mě vyhodí, já jsem tam dělala úplné zmatky. Bylo to hodně náročné. Situaci jsem vyřešila, zklidnila se. A jsem spokojená. On se v tom udělal jakýsi řád, že jsem všechno líp stíhala, časově i systémově se to zlepšilo. Něco jsem si pro to zařídila i sama.“* U tohoto případu došlo k vytvoření fungujícího systému a stanovení řádu. Respondent také zjistil, že práci může zvládat. Ověřil si tak své schopnosti a to mu dodalo sebedůvěru. Pomáhá také to, když si s respondenty někdo popovídá a těžkou situaci s ním řeší. Mluví o tom. Chci zmínit ještě jednu citaci, ta dokazuje, že všechny výše popsané způsoby zvládání spolupůsobí: *„Dá se z toho vyjít, když máš kolem sebe dobré lidi a vlastně při sportu třeba, i když já to spíš vytančím při hudbě. A hlavně když je to s kým probrat. Když to s někým probereš, tak je to lepší.“* Zajímavé je, že pouze jeden respondent uvedl jako pomoc v krizi léčiva, určená schizofrenikům.

### 5.1.2.8 *Nezvládání krize*

V této části se zabývám nezvládáním krize duševně nemocným jedincem. Volně navazuje na předchozí kategorii, kde popisují zvládání krize. Hranice mezi těmito kategoriemi je velmi tenká. V některých případech se může zdát, že se mezi sebou mísí. Já v nich ovšem rozdíl vidím. Jako nezvládání krize hodnotím situaci, kdy dochází k tomu, že respondenti krizi nezvládají vůbec sami a skutečně potřebují pomoc okolí. Mnohdy se i přes tuto pomoc propadají stále hlouběji do krize. V některých případech již ani nejsou schopni pomoc vyhledat a říci si o ni. Tento jev se pokusím podložit výpovědí jednoho z respondentů. Patří sem také reakce, kterou vedou k nezvládání krize. A reakce, které pro nezvládání krize vedou ke změnám. Mezi poslední zmíněné patří třeba odchod ze školy či zaměstnání. Za smutnou stránku věci považuji to, že se respondenti již pokusili situaci řešit sami. A to i v případě kdy věděli, že situaci zvládnout nelze. K takovému jednání je vede třeba vysoké očekávání ze strany rodičů. Variantou příčin tohoto jednání je také pocit, že by se bez nich rodina neobešla. Další možností je na situaci rezignovat. Krize trvá delší dobu a situace se nelepší, na takovém základě dochází k reakci: *„To bylo na podzim. To mi začalo strašit v hlavě a já jsem nemohl sbírat jabka. Špatně se mi to sbíralo. A řekl jsem manželce, že půjdu do psychiatrické léčebny, tak manželka nechtěla, dcera se mě zastala, že když tam chci, tak mě má pustit, potom se mi trochu ulevilo. Manželka mě nenechala ta jabka sbírat. A pak se mi udělalo lepší a lepší. Nechtěl jsem nechat manželku samotnou, tak jsem nešel. Já jsem byl s psychiatrem i domluvený, že když budu chtít, tak už přijdu s taškama a můžu tam odjet.“* V tomto případě se respondent zcela podvolil situaci. Bylo nutné vyhledat odbornou pomoc. Velkým problémem je neschopnost učinit rozhodnutí, to krizi významně prodlužuje. K tomuto jevu dochází v podstatě u všech respondentů. Často totiž nechají situaci zajít příliš daleko. K tomuto problému patří také vyhýbání se realitě. To je poměrně časté. Dochází k tomu u většiny respondentů. K nezvládání krize vede i přítomnost příznaků schizofrenie. Krize začíná jejich projevem, u chronicky nemocných je to časté. Druhou možností je, že respondent prodělává krizi a reakcí na situaci je rozvoj duševního onemocnění. Problémem může být i zaměření se pouze na sebe: *„Ta pozornost se více ubírá samozřejmě směrem dovnitř než k okolí. A to je samozřejmě špatně. Když člověk řeší ten špatný stav, tak se to nikdy nezastaví.“* Takto situaci vidí sami respondenti.



### 5.1.2.9 Životní hodnoty

V této části se zabývám životními hodnotami a jejich změnami v krizové situaci. Jako zajímavé zjištění vnímám to, že se hodnotový žebříček při prožívání krize v některých případech mění a po odeznění krize nabývá opět původní podoby. Další zajímavostí je velký rozdíl mezi kategorií mladších respondentů a respondentů starších. Hodnoty se mohou měnit ještě kolem třiceti pěti let věku. Stejný žebříček hodnot zůstává spíše u mužů. Dvě ze tří dotazovaných přiznávají konkrétní změny v pořadí hodnot, jako doklad proběhnutých změn uvádím vyjádření dvou respondentů: „*Mám tam hlavně rodinu, kámoše, sport, když mám krizi, tak to jde víc do pozadí a důležitější je zdraví.*“ Zde dochází k velké změně pozic. Zdraví respondent v první větě vůbec nezmiňuje. V krizi se pro něj stává nejdůležitější hodnotou. U druhého respondenta proběhla také zajímavá změna: „*V průběhu krize jsem to přehodnocovala, ale potom, když to bylo lepší, tak se mi to vrátilo. První jsem měla přátele a partnera, druhé místo měla rodina, to jsem teda potom přehodnotila a první bylo zdraví, pak přátelé a třetí rodina.*“ Nízký počet respondentů samozřejmě nedovoluje aplikovat předpoklad genderových rozdílů na širší populaci. I v druhém případě respondent vůbec neuvádí zdraví, zmiňuje jej až při prožívání krize. K dalším vysoce ceněným hodnotám dotazovaní řadí možnost pracovat. U všech se vyskytují pojmy jako přátelé, rodina, zdraví.

### 5.1.2.10 Prožívání

V této kategorii se věnuji především analýze odpovědí týkajících se projevu symptomů duševního onemocnění v krizi. Zmiňuji zde také projev emocí ve stavu krize. U části respondentů jsem zjistil, že se u nich skutečně bludy a halucinace v krizi projevují. Krize poté na základě projevu těchto příznaků vzniká. Respondenti jsou vlastně v krizi z toho, že se jim objevily nevídané potíže. V druhém případě dojde nejdříve ke krizi a poté se začínají objevovat příznaky jejich duševního onemocnění. V případě, že by nastalo něco takového, mohou být tito jedinci připraveni jednat. Mohou mít promyšlený způsob řešení. Radikálním řešením je sebevražda. I tato možnost byla při zkoumání zmíněna: „*Já kdybych se chtěl zabít znova, doma, tak bych se zapíchl nožem. Nebo bych skočil z toho mostu, jak vede na Jižní Svahy u Čepkova.*“ Tento dotazovaný nechce opakovat chyby z předchozího pokusu o sebevraždu. Respondenti zmiňují ve všech případech strach, smutek, pocit unavenosti. Polovina respondentů prožívá ve stavu krize příznaky schizofrenie, jmenovitě pak především bludy a emoční oploštělost, menší je výskyt halucinací. Zmíněným stavem je i plačtivost.

Jedna z respondentek popisuje také strach z toho, že se bude časem více a více podobat svému otci. Taktéž schizofrenikovi. Toto probíhá opakovaně v krizovém období. Cituji její vyjádření: „*Tatka je ponořenej do sebe ani spolu moc nemluvíme. A já právě vidím, jak to probíhá u taťky, tak se toho chci vyvarovat, že bych byla taková muchy sežerte si mě. Když to máš v rodině, asi to máš v genech, tak člověk vidí ty následky.*“ Výskyt symptomů schizofrenie ve stavu prožívání krize chci ukázat na těchto dvou citacích: „*Já jsem si to jenom myslela, já jsem to neslyšela ani neviděla. Jenom jsem si to myslela.*“

„*Když mám to strašení v hlavě, tak mně něco vlez do hlavy a nemůže mi to z té hlavy zase vylézt. Něco mi ty myšlenky furt vyvolává. Těžko se mi to slovně vyjadřuje. Je to složité.*“ Dotazovaní mají ve stavu krize také větší potřebu komunikovat. Odlehčuje to jejich stavu. Na začátku této kategorie jsem mluvil o přechodu krize do ataky. Na další citaci bych chtěl ukázat prožívání tohoto stavu. Tento respondent se dostal do těžké situace, během ní došlo k rozvoji schizofrenie: „*...den před tím pokusem o sebevraždu jsem byl u doktorky. A doktorka zjistila, že potřebuji psychiatra, tak mě poslala k psychiatrovi se zdravotní kartou a psychiatr už tam nebyl, zdravotní kartu jsem měl doma a čekal jsem na druhý den...*“ Vývoj situace pokračoval dál, u respondenta zřejmě došlo do k tomu, že jeho stav progredoval až k atace: „*a pak jsem dostal takovou myšlenku, že to už nebude lepší. To jsem se probudil nad ránem. Bylo mi tak špatně, že jsem šel na vycházku v oblečení, ve kterém jsem spal. Měl jsem sibiřky a pyžamo a šel jsem ven. A šel jsem ven bez brýlí. To už byla taková kolize psychická. Nějaký zkrat. Ani klíče jsem si nevzal. Šel jsem na vycházku v přesvědčení, že se mi uleví, jenže sem šel do kopce na Lazy, tak jsem se vyčerpал a bylo to ještě horší. Tak jsem si rozřezal ruky. Deset šlach rozřezaných. Pak jsem si lehl na zem, protože mě to unavilo. Ale naštěstí mě zachránili. Někdo zavolal pomoc.*“ Na tomto textu je patrný vývoj situace. Vše začalo u několika menších neřešených problémů, stav se nakonec proměnil tak, že se respondent pokusil o sebevraždu.

## 5.2 Závěr výzkumu

Cílem mého výzkumu bylo objasnit, jak jedinci s diagnózou v okruhu schizofrenie prožívají krize. Mou snahou bylo odpovědět na několik výzkumných otázek, které se zabývají tímto problémem. Jaké jsou vyvolávající faktory krize u schizofrenních jedinců? Jak často schizofrenní jedinci prožívají krize? Jak dlouho pocit krize trvá? K jakým změnám kognitivních funkcí u schizofrenních jedinců v krizi dochází? Jaké části osobnosti tyto změny zasahují?

Na tyto otázky jsem se snažil najít odpověď ve výpovědích, jež mi poskytli lidé kompetentní mluvit o tomto jevu. Jelikož se jedná o kvalitativní metodu získávání dat, není možné závěry zobecňovat. Na druhou stranu, právě proto, že jsem využil této metody, se odvažuji tvrdit, že závěry jsou sestaveny z informací, kterých jsem měl možnost se téměř dotknout. Jedná se o výpovědi hluboké a některé jejich části jsou pro samotného nemocného velmi bolestivé. Po analýze získaných informací lze říct, že schizofrenní jedinci jsou poměrně náchylní k upadání do krize. Je to dáno větší zranitelností všech jejich složek osobnosti. U většiny respondentů vyvolaly krize podobné faktory. Výjimku tvoří pouze jeden dotazovaný, kterému může činit potíže jeho fyzický stav. Negativně působí podněty, jenž přicházejí z vnějšku a podněty, které vznikají uvnitř člověka. Krizi velmi často způsobují jiní lidé společně s dalšími přítomnými vnějšími vlivy. Jde o komplexní vyvolávající faktor, který zahrnuje celkový stav okolí člověka. Dále sem patří vnitřní vyvolávající faktory. Tyto jsou pro respondenty poněkud složitější. Zdá se, že je zde snaha vytlačovat vnitřní vyvolávající faktory mimo vědomí a záměrné úsilí nevěnovat jim pozornost. Mohou se zde promítat negativní zkušenosti z minulosti, jevy opakující se, nicméně i přesto nevyhnutelné nebo nemocným nedostatečně prozkoumané. Výše jsem zmiňoval krizi, jenž nastala po propuknutí symptomů schizofrenie a opak, kdy nastala u jedince krize a tělesnou reakcí na ni byl nástup symptomů schizofrenie. Z tohoto je patrné, že schizofrenní nemoc ovlivňuje vývoj krizí a krize podporují vývoj schizofrenních onemocnění.

Co se týče četnosti prožívání, schizofrenní jedinci prožívají krize podle toho, jak za sebou jdou obtížné situace. V případě, že je jich více, prožívají i více krizí v krátkém časovém úseku. Je zajímavé, že u některých je prožívání krizí velmi časté. Tito jedinci, zdá se, musejí často zvládat poměrně velkou zátěž. Toto opět působí velmi negativně na jejich psychický zdravotní stav. Můžeme mluvit o „začarovaném kruhu“. Schizofrenní jedinci jsou nemocní, nemoc vyvolává krize, popř. nemocní jedinci jsou náchylnější k upadání do krizí, nastává stav krize, ten opět zhoršuje schizofrenní onemocnění jedince.

Pocit krize přetrvává do doby než se daná situace či problém vyřeší. V některých případech jde o velmi dlouhou dobu. Srovnání mnou zjištěných rozmezí prožívání krize s literaturou, byl pro mě překvapením. Respondenti udávali mnohem delší prožívání krize. U jednoho respondenta přetrvávala krize dokonce více než čtyři roky.

U schizofrenních jedinců dochází v průběhu krize i po jejím skončení k mnoha změnám. Tyto změny zasahují celou osobnost schizofrenního jedince. Jednotlivé části osobnosti jsou samozřejmě zasaženy rozdílnou silou. Ke změnám dochází v oblasti kognitivních funkcí. Nejvíce trpí pozornost a vnímání. Další složky jsou postiženy částečně, záleží také na dispozicích jednotlivých respondentů v konkrétních oblastech. Zajímavé je, že u fantazie došlo k rozdílným zjištěním. U poloviny respondentů je fantazie mnohem větší, závažnost tohoto faktu podtrhuje skutečnost, že jsou si jí sami respondenti velmi dobře vědomi. Respondenti zůstávají i v průběhu krize soběstační, až na malé výjimky. Nicméně nikdy nejsou ohroženy jejich základní životní potřeby. Tělesné zdraví je bez podstatných změn. Co se týče hodnot, dochází u respondentů v krizi ke změnám. Jedná se však pouze o mladší skupinu respondentů (zhruba do 35 let). Tyto změny zaznamenávají respondenti až s odstupem času, nicméně jsou si jich vědomi.

Důležitým zjištěním je, že respondenti nejsou schopni s krizí konstruktivně pracovat. Prvotním cílem každého respondenta je, se z krize co nejdříve dostat a to v co nejlepším stavu. Krize bolí, fyzicky a především duševně. Je ale důležité o těchto těžkých životních situacích přemýšlet. Je to způsob sebereflexe. Mapování svých schopností. Zkoumání toho, co mi činí potíže, jak k těmto situacím dochází nebo proč se tyto situace vyvíjejí špatným směrem. Všechny tyto body respondenti opomíjejí. Opakují se tak jejich chyby. Dotazování využívají, pokud jsou toho schopni, stejných copingových strategií. Nezvládnutí krize pak vede ke zhoršení celkového stavu. Někdy až k akutnímu psychotickému stavu.

## ZÁVĚR

„Nejtemnější chvíle nastává vždy před úsvitem.“

(Paulo Coelho)

Ta chvíle se někdy může zdát věčná a člověk se úsvitu už nedočká. To je i případ jednoho z respondentů, v průběhu vypracování této práce jsem se dozvěděl zprávu, že svůj boj v nejtemnější chvíli vzdal. Ve většině případů to tak dopadnout nemusí. Tato bakalářská práce se zabývá právě nejtěžšími chvílemi v životě schizofrenních jedinců. Schizofrenie a další duševní poruchy v jejím okruhu patří mezi nejzávažnější onemocnění člověka. Tuto větu v různých obměnách můžeme nalézt v nepočítatelných řadách literatury. Než jsem začal pracovat na této závěrečné práci, považoval jsem ji za klišé. Za tisíckrát omílanou myšlenku, již opakují lidé, kteří v daném oboru pracují a tím pádem nemohou být objektivní. Když ji píše teď, na konci práce, vím, že tato jediná věta naprosto perfektně schizofrenii vystihuje. Lidé, kteří o schizofrenii takto mluvili přede mnou, věděli moc dobře, co říkají. Tvorba bakalářské práce mi dala možnost se detailně seznámit s literaturou dané tematiky. Získal jsem širší a hlubší přehled o krizi a především o onemocnění schizofrenie a k ní přidružených poruch. Dala smysl mým otázkám a ospravedlnila jejich kladení a hledání odpovědí. V práci jsem mohl realizovat své nápady a dostal jsem možnost uvést na pravou míru některé myšlenky.

Využití této bakalářské práce v praxi je možný především u jedinců, kteří se jakýmkoliv způsobem se schizofrenií setkávají. Práce je shrnutím široké problematiky, doplněná o kvalitativní výzkum. Výsledky výzkumu nelze přenášet na celou schizofrenní populaci, nicméně vypovídají o několika faktech, které je možné vzít v úvahu. Chtěl bych aby práce posloužila především schizofrenním jedincům, jako zpětná vazba o jejich nemoci a jejich složitých životních okamžicích. Může jim zprostředkovat náhled na sebe sama, který schizofrenikům, ve valné většině chybí. Další využití je možné u lidí, kteří se zabývají prací s jedinci s tímto duševním onemocněním. Jsou to především pracovníci sociálně-rehabilitačních center, ale i další. Výsledky výzkumu mohou být přínosem také pro vzdělávací program Preduka. Cílovou skupinou tohoto edukačního programu jsou nemocní a jejich rodiny, výzkum tak může posloužit i lidem, kteří jsou v těžkých situacích nemocnému často nejbliže.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] BAŠTECKÁ, B., GOLDMAN, P. *Základy klinické psychologie*. Praha : Portál, 2001. 436 s. ISBN 80-7178-5504.
- [2] BECK, U. *Riziková společnost: na cestě k jiné modernitě*. Praha : SLON, 2004. 431 s. ISBN 80-86429-326.
- [3] EIS, Z. *Krize všedního dne: poznání, řešení, prevence*. Praha : Grada, 1994. 128 s. ISBN80-85424-56-8.
- [4] ESPRIT. *Pomoc v krizové situaci*. Vyd. 7-8. Praha : Česká asociace pro psychické zdraví, 2010. ISSN 1214-2123
- [5] FÜRST, M. *Psychologie: Včetně vývojové psychologie a teorie výchovy*. Olomouc : Votobia, 1997. 263 s. ISBN 80-71998-199-0.
- [6] HARTL, P. *Psychologický slovník*. Praha : Portál, 2009. 776 s. ISBN 978-80-7367-569-1.
- [7] HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. Praha : Portál, 2008. 408 s. Vyd. 2. ISBN 978-80-7367-485-4.
- [8] KUČEROVÁ, H. *Schizofrenie v kazuistikách*. Praha : Grada, 2010. 112 s. ISBN 978-80-247-2045-6.
- [9] KRAUS, J. A KOL. *Slovník cizích slov*. Praha : Academia, 2007. 879 s. ISBN 978-80-200-1351-4.
- [10] MAHROVÁ, G.; VENGLÁŘOVÁ, M. A KOL. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha : Grada, 2008. 176 s. ISBN 978-80-247-2138-5.
- [11] MALÁ, E. *Psychiatrie: Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Praha : Portál, 2010. 144 s. ISBN 978-80-7367-723-7.
- [12] MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha : Grada, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- [13] *MKN-10*. Světová zdravotnická organizace. Č. 10. Ženeva: WHO, 2008. ISBN 978-80-904259-0-3.

- [14] MOTLOVÁ, L.; KOUKOLÍK, F. *Schizofrenie: Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha : Galén. 437 s. ISBN 80-7262-277-3.
- [15] NAKONEČNÝ, M. *Psychologie osobnosti*. Praha : Academie, 2009. 620 s. ISBN 978-80-200-1680-5.
- [16] PÉČ, O.; PROBSTOVÁ, O. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha : Triton, 2009. 256 s. ISBN 978-80-7387-253-3.
- [17] RABOCH, J.; ZVOLSKÝ, P. *Psychoterapie*. Praha : Karolinum, 2001. 622 s. ISBN 80-246-0390-X.
- [18] STYX, P. *O psychoterapii: Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. Brno : Computer Press, 2003. 178 s. ISBN 80-7226-828-7.
- [19] ŠICKOVÁ-FABRICI, J. *Základy arteterapie*. Praha : Portál, 2002. 176 s. ISBN 80-7178-616-0.
- [20] ŠPATÉNKOVÁ, N. A KOL. *Krize: Psychologický a sociologický fenomén*. Praha : Grada, 2004. 132 s. ISBN 80-247-0888-4.
- [21] VÁGNEROVÁ, M. *Psychoterapie pro pomáhající profese*. Praha : Portál, 2008. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
- [22] VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha : Portál, 2002. 528 s. ISBN 80-7178-308-0.
- [23] VODÁČKOVÁ, D. *Krizová intervence*. Praha : Portál, 2002. 544 s. ISBN 80-7178-696-9.
- [24] VYKOPALOVÁ, H. *Krize a psychosociální pomoc*. Zlín : UTB, 2007. 84 s. ISBN 978-80-7318-621-0.

### Internetové zdroje

- [25] Psychiatrická péče v letech 2001 až 2005. In: Archiv ročníků [online]. Praha: 2007 [cit. 23.4. 2011]. URL: <<http://www.uzis.cz/rychle-informace/archiv-rocniku-ai/2007>>

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

Apod.	A podobně.
DSM-IV	Diagnostický a statistický manuál duševních poruch.
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí.
Např.	Například.
Popř.	Popřípadě.
R1-R3	Respondent 1-3.
Tzn.	To znamená.
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
Viz	Rozkazovací způsob slovesa vidět. (Nejde o zkratku – přesto uvádím zde).
WHO	World Health Organization.



**SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obr. 1	Moje duše v krizi – R1.....	83
Obr. 2	Moje duše v krizi – R2.....	84
Obr. 3	Moje duše v krizi – R3.....	85

**SEZNAM TABULEK**

Tab. 1	Stres ve fyziologické oblasti (Vykopalová, 2007) .....	13
Tab. 2	Model krize (Caplan, 1964) .....	15
Tab. 3	Mezinárodní pilotní studie (WHO, 1973) .....	28
Tab. 4	Významné poruchy emocí u schizofrenie (Motlová, Koukolík, 2004) .....	31
Tab. 5	Katatonní příznaky nejčastěji se vyskytující u schizofrenie (Motlová, Koukolík, 2004) .....	33
Tab. 6	Fáze nemoci, cíle, prostředky a typ poskytované péče (Motlová, Koukolík, 2004) .....	39

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Otázky výzkumného rozhovoru

Příloha P II: Ukázka transkripce záznamu výzkumného rozhovoru

Příloha P III: Arteterapeutické vyjádření tématu: Moje duše v krizi, vybranými respondenty (vlastní zdroj).

## **PŘÍLOHA P I: OTÁZKY VÝZKUMNÉHO ROZHOVORU**

1. Víš/víte, co je to krize? Jak si toto slovo vysvětluješ/vysvětlujete?
2. Co pro tebe/vás znamená prožívat krizi?
3. Jak stav krize prožíváš/prožíváte? Jak se ve stavu krize cítíš/cítíte?
4. Můžeš/můžete říct, jak často prožíváte krizi?
5. Má na tebe/vás vliv některý z vnějších faktorů? (např. počasí, roční období, svátky)?
6. Může se u tebe/vás stres překlenout až do krize? Můžeš/můžete vysvětlit?
7. Jak dlouho u tebe/vás probíhá pocit krize?
8. Existuje nějaký určitý typ situace, který u tebe/vás krizi vyvolává?
9. Můžeš/můžete uvést nějakou situaci, která u tebe/vás krizi vyvolala? Třeba poslední prožitou?
10. Pociťuješ/pociťujete ve stavu prožívání krize změnu kognitivních funkcí (vnímání, pozornost, představivost, paměť, myšlení, řeč)?
11. Jak se tyto změny projevují?
  - a) vnímání
  - b) pozornost
  - c) představivost
  - d) paměť
  - e) myšlení
  - f) řeč
12. Pociťuješ/pociťujete ve stavu krize změnu tvého/vašeho tělesného zdraví? Jak se tyto změny projevují?
13. Pociťuješ/pociťujete ve stavu krize změnu míry soběstačnosti? Jak se projevují tyto změny?
14. Pociťuješ/pociťujete ve stavu krize změnu kvality či kvantity komunikace? Jak se projevují tyto změny?

15. Můžeš/můžete popsat nějaké krizové situace, které jsi zvládl/a? A které jsi/jste nezvládl/a? Jak probíhala dál nezvládnutá krizová situace?
16. Opakují se některé krizové situace a souvisí to s něčím?
17. Prožíváš/prožíváte v krizové situaci příznaky tvé/vaší duševní choroby? Jak se tyto příznaky projevují?
18. Mění se u tebe/vás při prožívání krize hodnotový žebříček? Můžeš/můžete uvést nějaký příklad?
19. Víš/víte, co/kdo ti/vám pomáhá zvládat krizi? Máš/máte nějaký osvědčený způsob zvládnutí krizi?
20. Napadá tě/vás něco, co bys/byste ještě chtěl zmínit? Popřípadě něco, na co jsem se tě/vás nezeptal?

## **PŘÍLOHA P II: UKÁZKA TRANSKRIPCE VÝZKUMNÉHO ROZHOVORU**

### 1. Víš/víte, co je to krize? Jak si toto slovo vysvětlujete?

Je to nějaká těžká situace. Pak taky hospodářská. Něco nepříjemného. Těžko nacházíš nějaké východisko z ní.

### 2. Co pro tebe/vás znamená prožívat krizi?

Tak to jsem zažívala vlastně při maturitě a u každé zkoušky. Já jsem chodila na zdravotnickou školu. To se člověk musel naučit jedno, pak mu utíkalo další. A ke zkouškám se to už pěkně hrnulo. A pak buch. Takže tady určitě byla krize. Já to nestíhám, já to neumím, pak jsem začala zmatkovat, protože jsem nevěděla co s tím vším. Bylo toho hodně. Bylo to hodně drsné. Prostě naučit se, potom zkoušku neudělat a pak opět na opravný termín. Bylo to hrozné.

### 3. Jak stav krize prožíváte? Jak se ve stavu krize cítíte?

Cítím se v něm hrozně. Je tam úzkost, je tam strach, je tam určitě smutek, že nestíháš a zklameš. Chodíš pozdě spát, nestíháš se najíst. Všechno je provázané. Jedno je spojené s druhým. A pak se to zborťí.

### 4. Můžete říct, jak často prožíváte krizi?

Jak často... někdy v kuchyni je to hrůza, ale teď už vím, že se to dá zvládnout. Někdy tam bývá moc lidí najednou a já pak: „Co teď dřív?“ Pak už nevím, co sem komu kde dala. Naštěstí tady jsou ti lidé ještě schopní (strávníci). Já jsem chodila na praxi v Radosti a tam to bylo úplně jiné. Tam jsme je museli i krmit. Bylo to náročnější. Tady jsem tak trošku pod ochranou. Mám tady blízko k vám. A tenkrát na Radosti, to jsem ještě nechodila k doktorovi, to jsem se léčila sama, doma jsem se o tom bála mluvit, tak naši se o tom dozvěděli, že jsem nemocná, až když jsem jela do Kroměříže. To už bylo přes rok. Tu celou dobu jsem to tutlala. Objednávky léků jsem řešila tam, aby to rodiče nevěděli, všechno jsem dělala tak, aby naši o ničem nevěděli. I po první atace jsem se snažila to tutlat. Myslela jsem, že to zvládnou, ale nepodařilo se. Teď už je to desátý rok. Krizi jsem zažila jen párkrát. Už jsem ji dlouho nezažila. Bylo smutné, když umřel dědeček. To bylo smutné pro nás pro všechny. A ještě byla náročná rekonstrukce našeho domu. To byl přelom června a července, tam to bylo hodně zlé. Tam jo. Brácha po mně hned vyjížděl, když jsem něco neudělala, ne-

bo udělala špatně. A ten můj pokoj byla taky hrozný. A nevím jak ta Itálie, tam možná budu mít strach, že se nedomluví. Když třeba zabloudím.

#### 5. Má na tebe vliv některý z vnějších faktorů? (např. počasí, roční období, svátky)?

Určitě má. Když je škaredě, tak má každý horší náladu. Nebo když prší, je zima, fouká studený vítr. Jen zima mi vadí, že je brzo tma. A svátky mi problém vůbec nedělají. Dá se to zvládnout. Možná vlastně první vánoce bez dědečka, a když teta umřela na moje narozeniny. To bylo blbě. A ještě mi umřel strýc, zrovna když se tady dělala podlaha, to jsem si ani neměla s kým popovídat. Ale nakonec to dobře dopadlo. A ještě měl tady jeden narozeniny, tak jsem to nechtěla kazit. Musela jsem odejít, už toho bylo moc. To potom přijeli i bratrančí a bylo nám smutno, no. Vlastně nejvíc to zasáhlo mamku, to byl její bratr. Ona teď už nikoho nemá. Má nás, ale asi to není tak růžové, jak by to chtěla. Teďka jí umřela kamarádka. Taky se o ni víc teď bojím, když vidím, že kolem ní ti lidi umírají, co si počnu, až budu sama a nebudu si vědět rady a vyřizování...z tohohle já mám strach.

#### 6. Může se u tebe/vás stres překlenout až do krize?

Může. Rozhodně může.

#### 7. Jak dlouho u tebe/vás probíhá pocit krize?

Dokud se ta situace nějak nevyřeší nebo neodezní, to může být dlouho. To byla ta škola, to bylo několik let. Možná, když jsem byla v Kroměříži, než jsem si tam zvykla. Já jsem vůbec nevěděla co se děje, o té nemoci mi neřekli vůbec nic. A pak jsem si to uvědomila zpětně, jak to bylo hrozné pro mě, tak to muselo být pro naše ještě horší, protože oni mě viděli. Když jsem byla pak na té preduce za známou a viděla ji, tak jsem si říkala: „No, jestli jsem takhle vypadala taky...“, tak chudák maminka. I kamarádky tam za mnou byly. Z kostela, z náboženství. Pak jsem se mamky ptala: „Mami, a vyděsila jsem tě? Příšerně!“ Tak zatím tu maminku mám, ta všechno vyřeší a poradí si. Dycky je lepší, když za tebou někdo stojí. Že máš takovou jistotu. Pomáhá mi ten pocit, že tam někdo je.

#### 8. Existuje nějaký určitý typ situace, který u tebe/vás krizi vyvolává?

Situace, kdy se mám nad něčím rozhodnout. Když mám něco udělat. To je boj. Dělá mi to špatně. Nejsem si nikdy jistá, jestli jsem to udělala dobře. Mám doma šálu, kterou pletu, nejsem si třeba jistá, jestli tam sedí ta nebo ta barvička, tak se radši Hanky (psycholožka) zeptám, jak to mám udělat. A zátěžové situace ještě. Dřív nahoře v práci byl stres, pak se

dostavila únava. Měla jsem taky hrozný strach, že mě vyhodí, já jsem tam dělala úplně zmatky. Bylo to hodně náročné, situaci jsem vyřešila, zklidnila jsem se. A jsem spokojená. On se v tom udělal jakýsi řád, že jsem všechno líp stíhala, časově i systémově se to zlepšilo. Nebyl v tom takový zmatek, ve vydání těch obědů. Taky si u vydaných obědů můžu dělat tečky, abych věděla a nikdo si nechodil dvakrát. A ještě tam mám taky ten vozíček, nemusím várnice nosit, jen si je dám na vozíček. To jsem si zařídila sama. Když jsem byla nezaměstnaná, tak jsem někam šla a tam mi řekli, tak tady máme šedesát obědů, v menze úplně nezvládnutelné.

9. Můžete uvést nějakou situaci, která u tebe/vás krizi vyvolala? Třeba poslední prožitou?

To bylo, když mamce umřela ta kamarádka, tak být u ní. Byla jsem ráda, že jsme se po pohřbu šli i projít, tam vlastně narazila na souseda, který ji znal, a mohla si popovídat. S někým, kdo toho člověka znal. Tak to je jiné. U šály jsem taky málem maturovala. To se mi tam nepovedlo jedno očko, a pak jsem párala. Asi nejspíš krize byl ten pokojíček v tom červenci, to byla opravdu krize, tam to bylo hodně zlé. To jsem musela pořád něco dělat, abych se nějak zaměstnala.

10. Pociťuješ ve stavu prožívání krize změnu kognitivních funkcí (vnímání, pozornost, představivost, paměť, myšlení, řeč)?

Ano

11. Jak se tyto změny projevují?

a)vnímání

Když je krize, tak se to vnímání většinou zhoršuje. To já se orientuju na tu jednu věc a okolí nějak uniká.

b)pozornost

Musím se docela soustředit, abych tu činnost dělala normálně.

c)představivost

Ta představa, jak to dopadne, bude to obyvatelné, nebude to obyvatelné. Ani tomu nákrese jsme pořádně nerozuměli. V krizi mám spíše menší představivost. Kdybych měla větší představivost, tak bych si vymyslela třeba lepší činnost.

d)paměť



Asi taky zhoršená. To nevím.

e)myšlení

Myšlenky se ubírají jen jedním směrem. K tomu problému. Já se snažím nějak odreagovat, já jsem prostě vyšívala.

f)řeč

V krizi bysme si toho asi moc nepovykládali. Já říkám jen: „Ať už je to za námi.“

#### 12. Pociťuješ/pociťujete ve stavu krize změnu tvého/vašeho tělesného zdraví?

Když jsem v hodně velkém problému, tak ani nejím. V té škole jsem měla i zhoršený spánek, ještě jednou a ještě jednou a pak se vyspat a ještě a znovu. Ten spánek jsem měla takový rozbitý.

#### 13. Pociťuješ/pociťujete ve stavu krize změnu míry soběstačnosti?

Že jsme s maminkou držely víc při sobě, mám pocit. Jinak se dokážu o sebe normálně postarat. I v krizi. Na té škole to bylo brutální, tam jsem byla ve svetříčku i v zimě. To už mi říkala mamka, ať si obleču bundu.

#### 14. Pociťuješ/pociťujete ve stavu krize změnu kvality či kvantity komunikace?

Změna tam je určitě. Snažím se najít někoho, s kým bych si mohla popovídat. Nebo to napíšu do deníku. S mamkou se o tom nechci bavit, protože i tak je to pro ni těžké. Potká nějakou spolužačku, ty se ptají, co dělají děcka, mamka řekne bratři, jak si žijí. A o mně nic moc, spíš se tomu snaží vyhnout. Teď už je to lepší, když chodím do té práce.

#### 15. Můžeš popsat nějaké krizové situace, které jsi zvládl? A které jsi nezvládl? Jak probíhala dál nezvládnutá krizová situace?

Ze školy jsem odešla, to se vyřešilo takto. Tam to bylo zlé, a pak se to změnilo v ataku. Já jsem byla hodně unavená. Někdo mi řekl, že bych si měla někoho najít. To jsem šla za paní doktorkou, ta mě poslala na neurologii, jestli nemám něco s nervama. Odtud mě poslali na psychiatrii, no a s tou jsem do dneška. Pokojíček se vyřešil tak, že spím u bráchy v ložnici.

#### 16. Opakují se některé krizové situace a souvisí to s něčím?

Asi nic se neopakuje. Škola. Pokojíček. Asi nic se neopakuje. Lepší je, se tomu vyhýbat.

#### 17. Prožíváš/prožíváte v krizové situaci příznaky tvé/vaší duševní choroby?

To s tím hodně souvisí. Třeba když jdu spát, nemůžu usnout a dojde mi, že ještě nespím, tak jsem si šla pro prášek. Prášky ale nemůžu brát moc často, protože jsem potom utlumenější. To jsem hodně přemýšlela a nemohla jsem usnout.

18. Mění se u tebe/vás při prožívání krize hodnotový žebříček?

V krizi asi jo. Určitě něco ustupuje do pozadí. A něco se stává důležitějším. Já nad těmato věcma v tu chvíli ani neuvažuju, ale určitě tam je nějaká změna.

19. Víš/víte co/kdo ti/vám pomáhá zvládat krizi? Máš/máte nějaký osvědčený způsob zvládnutí krizí?

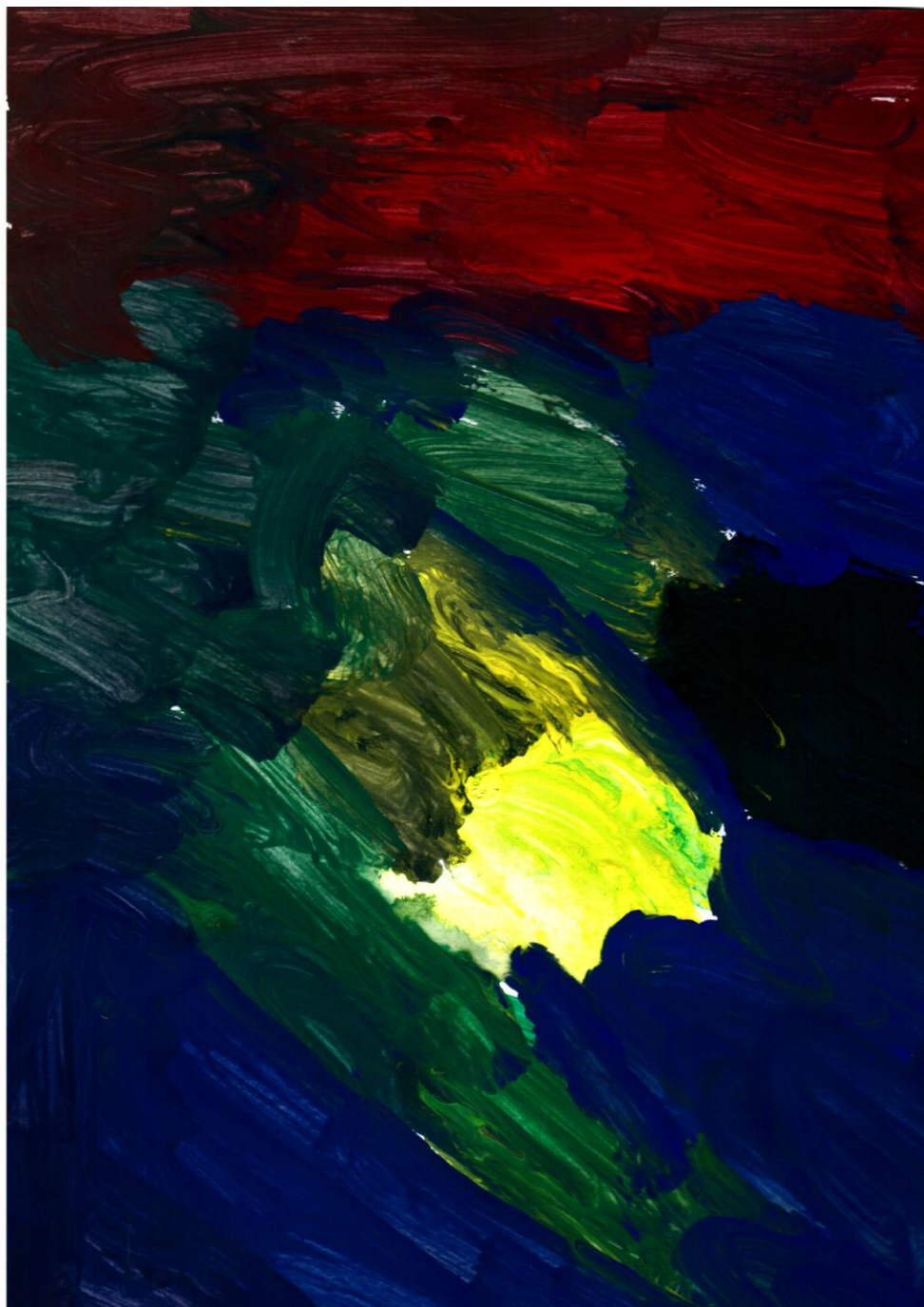
Chci se něčím zabavit. Dřív jsem četla knížky. Ale teď už moc nečtu. Jak jsem onemocněla, tak to šlo hodně dolů. Ruční práce hlavně. Vyšívání a šití. To je fajn. Určitě pak rodina a Horizont. Mamka třeba a ti bráši, že přijedou.

20. Napadá tě/vás něco, co bys/byste ještě chtěl zmínit? Popřípadě něco, na co jsem se tě/vás nezeptal?

Já doufám, že ti ty moje řeči k něčemu budou.

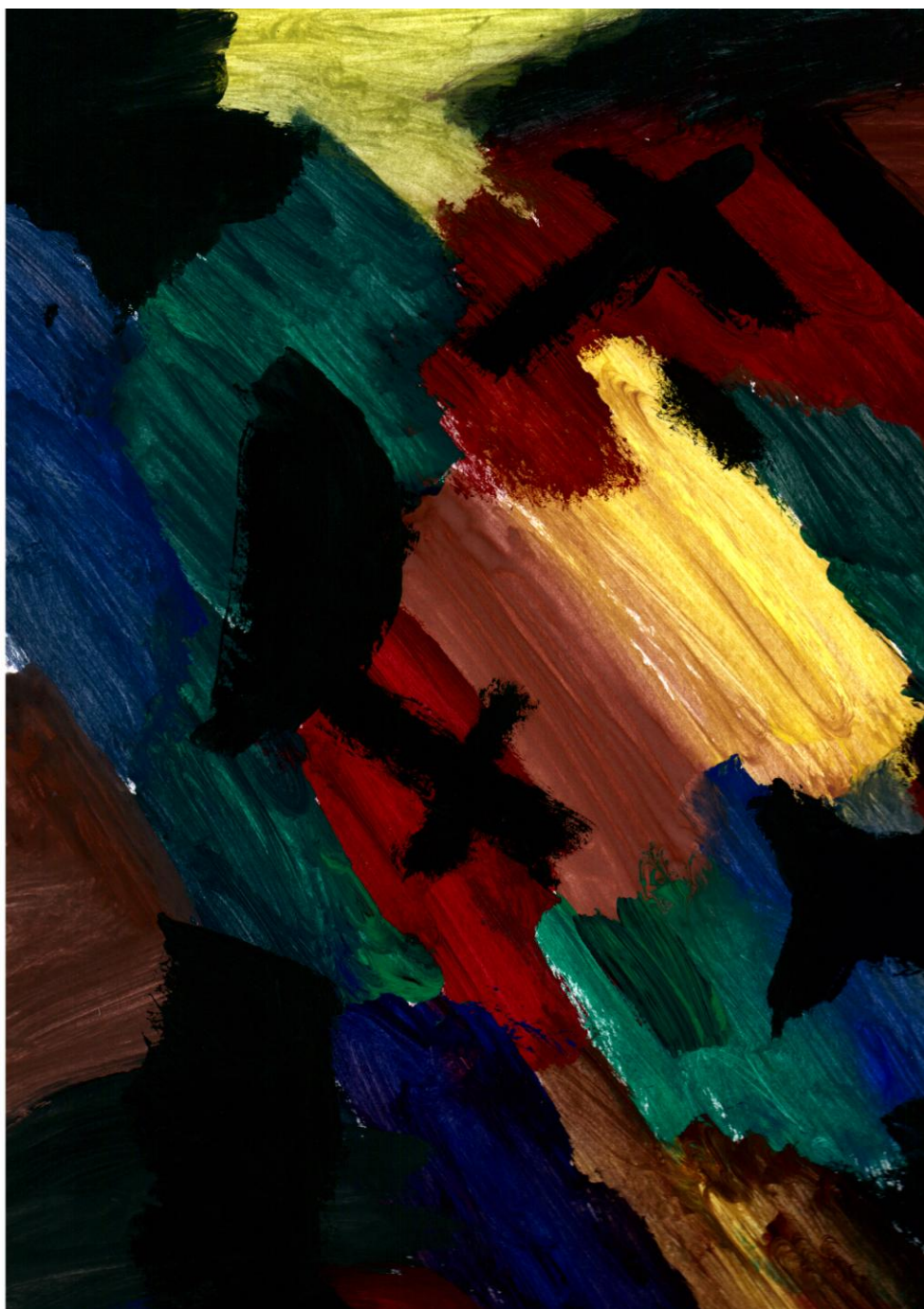
## PŘÍLOHA P III: ARTETERAPEUTICKÉ VYJÁDŘENÍ TÉMATU: MOJE DUŠE V KRIZI (VYBRANÝMI RESPONDENTY)

Obr. 1 Moje duše v krizi – R1



Nemocný zachytil abstraktní krajinu, zelená uprostřed je ostrov, žlutá barva je slunce, modrou barvou je vyobrazeno moře, černá barva „něco“ temného, červená na okraji je začínající požár. Oheň podle respondenta nakonec sežehne vše.

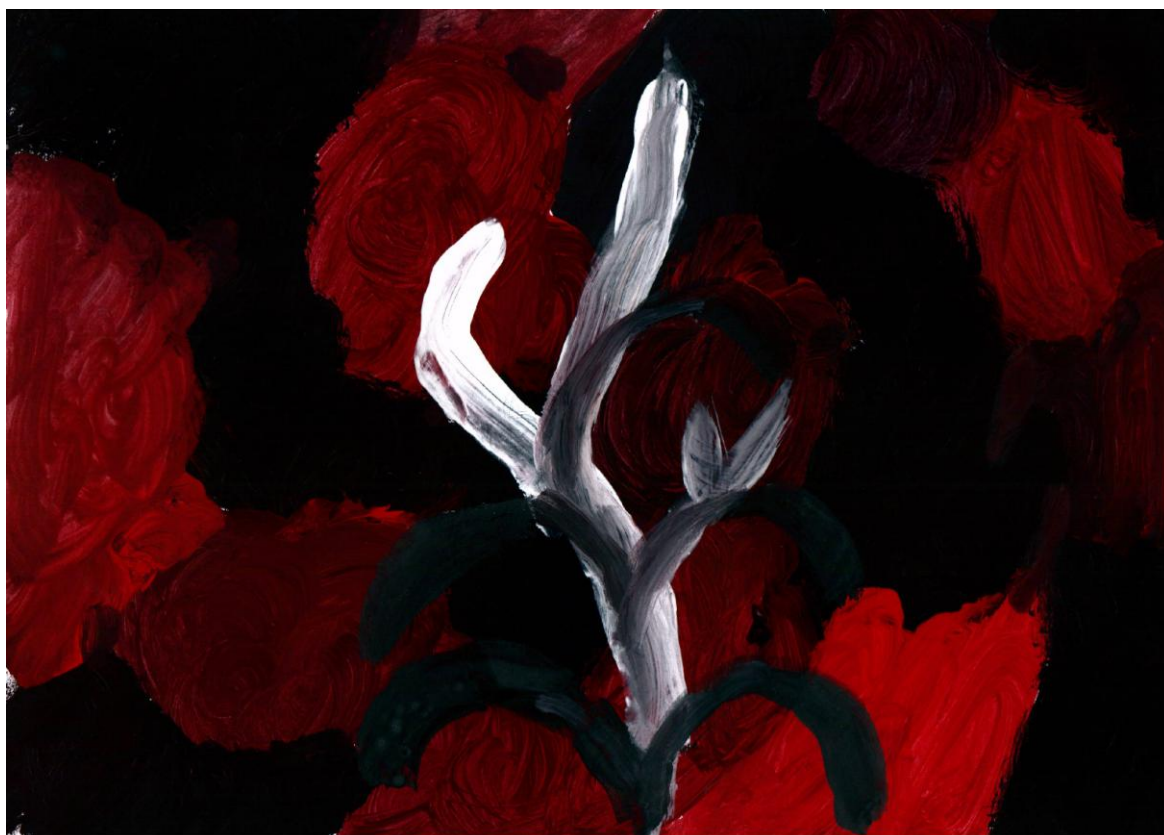
**Obr. 2** Moje duše v krizi – R2



Krizový stav spojený se smrtí a umíráním. Respondent to nedokázal dostatečně vysvětlit. Kresba vyjadřuje ponurost stavu, světlé body (žlutá) jsou určeny pro „zlo“, které je zde také přítomno. Toto „zlo“ se prý pohybuje všude kolem.



**Obr. 3** Moje duše v krizi – R3



Středobodem tohoto výjevu je někdo, kdo umírá. Respondent nedokázal vyjádřit proč. Z dolního okraje kresby vychází bílý a černý kouř, jedná se o duši, všechno černé je zde špatné a je stahováno zpět do země. Bílá je dobro, to odchází směrem vzhůru.