

UNIVERZITA KARLOVA

HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Osamělost v kontextu duševního onemocnění
(Loneliness in the Context of Mental Illness)

Diplomová práce

Vedoucí práce:
Mgr. Jan Kaňák, Ph.D.

Autor:
Bc. Eva Janíčková

Praha 2021

Poděkování

Ráda bych poděkovala mému vedoucímu práce Mgr. Janu Kaňákovi, Ph.D. za metodické vedení, zpětnou vazbu a inspirativní podněty. Dále bych chtěla poděkovat respondentům, kteří se nebáli sdílet své zkušenosti a otevřeně hovořit o osamění a duševním onemocněním. Dále chci poděkovat mému příteli, kolegům, kamarádům a rodině za psychickou podporu.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou prací „Osamělost v kontextu duševního onemocnění“ vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 8. 5. 2021

Bc. Eva Janíčková

Anotace

Tato diplomová práce se zabývá tématem: Osamělosti v kontextu duševního onemocnění. Cílem práce je odpovědět na hlavní výzkumnou otázku, tedy: Jak prožívají osamělost lidé s vážným duševním onemocněním? Tímto tématem se zabývám v kontextu sociální práce. V teoretické části je vymezen pojem duševní onemocnění, kde se soustředuji na skupinu diagnóz označovanou jako „vážná duševní onemocnění“. Dále definuji osamění, jeho teoretický rámec a základní okruhy zkoumání. Následně navazuje rešerše studií o osamělosti u lidí s duševním onemocněním. Výzkumná část byla realizována pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Data byla analyzována pomocí interpretativní fenomenologické analýzy.

Klíčová slova

Sociální práce – osamělost – duševní onemocnění – interpretativní fenomenologická analýza

Annotation

This master's thesis deals with the topic: Loneliness in the Context of Mental Illness. The objective of this work is to answer the main research question: How do people with serious mental illness experience loneliness? I deal with this topic in the context of social work. In the theoretical section, the term mental illness is defined, where I focus on the group of diagnoses that are being referred to as "serious mental illness". I define loneliness, its background and the main areas of its research, followed by a research of studies dedicated to loneliness experienced by people with mental illness. The research part was carried out using semi-structured interviews. The data was analyzed using interpretive phenomenological analysis.

Keywords

Social work – loneliness – mental illness – interpretive phenomenological analysis

Seznam zkratk

ANIDZ	Americký Národní institut duševního zdraví
BAP	Bipolárně afektivní porucha
HPO	Hraniční porucha osobnosti
HVO	Hlavní výzkumná otázka
IPA	Interpretativní fenomenologická analýza
IS	Informovaný souhlas
JDO	Jakékoli duševní onemocnění
MFSP	Mezinárodní federace sociálních pracovníků
MIDZ	Mezinárodní institut duševního zdraví
MKI	Mezinárodní klasifikace nemocí
UCLA	University of California, Los Angeles
VDO	Vážné duševní onemocnění
WHO	World Health Organization

Obsah

Úvod.....	9
1. Reflexe zvoleného tématu pro kontext sociální práce	11
1.1. Cíle sociální práce	11
1.2. Pojetí sociální práce.....	13
1.3. Jak souvisí téma osamělosti s oborem sociální práce?.....	14
2. Lidé s duševním onemocněním	17
2.1. Kdo je člověk s duševním onemocněním?	17
2.2. Přístupy k psychiatrické diagnóze z pohledu sociální práce	18
2.3. Vážná duševní onemocnění.....	19
2.4. Schizofrenie.....	21
2.4.1. Projevy a prožívání.....	23
2.4.2. Typy schizofrenie	27
2.5. Bipolární afektivní porucha.....	28
2.6. Depresivní porucha.....	31
2.7. Stigmatizace jako společný znak vážných duševních onemocnění.....	35
3. Osamělost a oblasti zkoumání	37
3.1. Osamělost	37
3.2. Druhy osamělosti.....	40
3.3. Teorie osamělosti	44
3.4. Aspekty zkoumání osamělosti.....	48
3.4.1. Osamělost z hlediska věkových skupin a genderu	48
3.4.2. Vliv osamělosti na psychické a fyzické zdraví.....	49
3.4.3. Sociální aspekty osamělosti.....	50
4. Zkoumání osamělosti u lidí s duševním onemocněním	52
4.1. Shrnutí	57
5. Empirická část	59

5.1. Cíle výzkumu a výzkumná otázka.....	59
5.2. Metoda.....	60
5.3. Participanti výzkumu.....	61
5.4. Sběr dat.....	61
5.5. Etika výzkumu.....	63
5.6. Proces analýzy	64
6. Výsledky	67
6.1. Fenomenologický kontext životních situací respondentů	67
6.2. Témata a subtémata zažívané osamělosti.....	72
6.3. Interpretace individuálních zkušeností respondentů	73
6.3.1. Osamění v životě	73
6.3.2. Duševní onemocnění v kontextu osamělosti	79
6.3.3. Přístupy ke vztahu – zklamání, sebeláska, nemoc a typ osobnosti..	82
6.4. Diskuse k výsledkům.....	87
7. Závěr.....	92
8. Použité zdroje	94
9. Seznam příloh	105
10. Abstrakt.....	108
11. Abstract	109

Úvod

Osamělost je běžná zkušenost, až 80 % osob mladších 18 let a 40 % dospělých nad 65 let uvádí, že byli alespoň někdy osamělí, přičemž úroveň osamělosti se postupně snižují v průběhu střední dospělosti a poté se zvyšují ve stáří.¹ Z důvodu právě probíhající pandemie Covid-19 se u populace v posledních měsících výrazně zvýšil výskyt pocitů osamění. Studie, které se tímto problémem zabývají, upozorňují například na trend zvyšujícího se výskytu osamělosti u mladých lidí, často spojené s úzkostmi a depresemi.² Osamělost se ve spojení s pandemií stává aktuálním tématem v médiích i ve společnosti.

Osamělost je často spojována se sociální izolací, jedná se ale o dva odlišné pojmy. Sociální izolace je objektivním ukazatelem toho, kolik kontaktů má dotyčný s ostatními lidmi, na rozdíl od osamělosti, která je „subjektivním pocitem izolace“. Pokud je člověk sám, nemusí to nutně znamenat, že je osamělý. Pokud má naopak okolo sebe velké množství lidí nemusí to znamenat, že osamělý není. Osamělost je pocit, který může skutečně identifikovat pouze osoba, která ji prožívá. Může být také obtížné rozeznat, zda je osamělost příznakem, anebo příčinou většího zdravotního problému. Pokud se například někdo společensky stáhne, může vyvstat otázka, zda k tomu došlo, protože začal trpět depresemi, nebo se dostal do depresí, protože začal být osamělý.³

Studie ve většině případů ukazují, že chronická osamělost má jasné vazby na řadu zdravotních problémů, včetně demence, deprese, úzkosti, sebepoškozování, srdečních chorob a škodlivému užívání návykových látek. Osamělost může významně přispět k nadměrnému užívání alkoholu a je považována za zásadní faktor u všech fází alkoholismu. Vysoké riziko osamělosti je u týraných osob. Stejně tak u truchlících, kdy studie ukazují, že až 86 % vdov se cítí po úmrtí manžela osaměle. Osamělost je zdrojem jak akutního, tak chronického stresu. Je spojována se špatnou kvalitou spánku a s denní dysfunkcí, jako je nízká energie a únava. Existuje silná souvislost mezi sebevražednými myšlenkami a

¹ Mushtaq R, Shoib S, Shah T, Mushtaq S. Relationship between loneliness, psychiatric disorders and physical health? A review on the psychological aspects of loneliness. *J Clin Diagn Res.* 2014;8(9):WE01-WE4. doi:10.7860/JCDR/2014/10077.4828)

² Young adults hardest hit by loneliness during pandemic, study finds – Harvard Gazette. [online]. The President and Fellows of Harvard College. Dostupné z: <https://news.harvard.edu/gazette/story/2021/02/young-adults-teens-loneliness-mental-health-coronavirus-covid-pandemic/>

³ COVID-19 Is Making America's Loneliness Epidemic Even Worse | Time. TIME | Current & Breaking News | National & World Updates [online] Dostupné z: <https://time.com/5833681/loneliness-covid-19/>

osamělosti. Byly provedeny studie ukazující vztah mezi osamělostí a obezitou, fyziologickým stárnutím, rakovinou a špatným zdravotním stavem.⁴

Zkoumání osamělosti je většinou interpretováno v klinických studiích, které se primárně nezaměřují na subjektivní podstatu, ale často na působení osamělosti na různé aspekty. Nejčastěji je k výzkumu použit dotazník UCLA. Tento dotazník však nepřináší vlastní interpretace lidí o tom, jak osamělost prožívají, co pro ně znamená a jakým způsobem jim ovlivňuje život. V současné době existuje velmi málo studií, které by se zabývaly propojením osamělosti a duševního onemocnění. Studie, které vycházejí z dotazníku UCLA, se však shodují v tom, že by bylo vhodné zkoumat osamělost tak, aby mohli účastníci interpretovat, co pro ně znamená.

Z této potřeby vycházím ve svém výzkumu, kde se snažím odpovědět na hlavní výzkumnou otázku, a to: Jak prožívají osamělost lidé s vážným duševním onemocněním? Odpověď na ni je zároveň cílem této diplomové práce. S ohledem na všechna výše uvedená zjištění, vnímám sociální práci jako vhodný rámec pro pomoc osamělým jedincům a práci sociálních pracovníků jako preventivní prvek. V teoretické části se zabývám reflexí osamění z pohledu sociální práce v kontextu filantropického pojetí sociální práce. Představuji koncept „vážné duševní onemocnění“ podle amerického Národního institutu duševního zdraví, který se primárně nezabývá jednotlivými diagnózami, ale stupněm narušení běžného a sociálního fungování v životě člověka. Představuji tři diagnózy spadající do tohoto značení: schizofrenie, afektivně bipolární porucha a depresivní poruchy. Následně definuji osamění, jeho typy, základní teoretický rámec osamění a základní aspekty zkoumání v této oblasti, kde vycházím primárně ze zahraničních studií. Dále jsem provedla rešerši studií zabývajících se problematikou osamělosti a duševního onemocnění. V této oblasti upozorňuji na nedostatek studií, které by se tématu věnovaly. V souvislosti s fenomenologickým přístupem ve zkoumání osamělosti u lidí s duševním onemocněním je jejich počet velmi malý.

Empirická část je věnována kvalitativnímu výzkumu, který byl proveden pomocí polostrukturovaných rozhovorů s klienty sociální služby, která pracuje přímo s lidmi s vážným duševním onemocněním. Vzhledem ke zkoumanému fenoménu, v němž právě ono fenomenologické zkoumání absentuje, jsem zvolila metodu interpretativní fenomenologické analýzy, která umožňuje hlouběji prozkoumat zkušenost jednotlivce, a tím blíže porozumět danému fenoménu.

⁴ Mushtaq, Raheel et al. ref. 1

1. Reflexe zvoleného tématu pro kontext sociální práce

Tato kapitola se zaměřuje na propojení sociální práce a cílové skupiny lidí s duševním onemocněním. Dále se zabývá specifiky sociální práce s touto cílovou skupinou, u které se opírám o obecné cíle sociální práce a identitou sociálního pracovníka, na kterou navazují pojetím sociální práce dle Musila. Jeho filantropický model využívám v pohledu na problematiku osamění v kontextu duševního onemocnění.

Významným činitelem v konceptu utváření sociální práce v oblasti péče o lidi s duševním onemocněním je psychiatrická reforma, která byla schválena v roce 2013. Hlavním cílem reformy je zlepšit kvalitu života lidí s duševním onemocněním s důrazem na „uplatňování“, prosazování a naplňování lidských práv duševně nemocných. Dalším cílem je přenést těžiště léčby z nemocnic přímo do prostředí, ve kterém lidé s duševním onemocněním žijí. K tomuto cíli napomáhají vznikající terénní týmy, které jsou multidisciplinárního charakteru (psychiatrii, psychologové, sociální pracovníci, zdravotní sestry), Tyto týmy zajišťují terénní podporu v rámci Center duševního zdraví.⁵

1.1. Cíle sociální práce

Podle definice MFSP z roku 2014 je sociální práce profesí založená na praxi a akademická disciplína, která podporuje sociální změny, rozvoj, sociální soudržnost a posílení a osvobození lidí. Staví na základech principů sociální spravedlnosti, lidských práv, kolektivní odpovědnosti a respektování rozmanitosti. Sociální práce je založena na teoriích sociální práce a společenských a humanitních věd. Zapojuje lidi a struktury do řešení životních výzev a zlepšování blahobytu.⁶

Podle Navrátila je sociální práce aktivita, která se zaměřuje na zlepšování a obnovování sociálních dovedností, fungování klienta a na tvorbu podmínek ve společnosti k dosažení tohoto cíle.⁷ V sociální práci jde o zlepšení života lidí. Podporuje sociální změny

⁵ CARBOCH, Radek. Case management: léčba duševní nemoci a utváření subjektu. Časopis sociální práce / Sociálna práca. Národní centrum pro rodinu, 2020, Česká republika, p. 24--41. ISSN 1213-6204

⁶ Global definition of social work – International Federation of Social Workers [online]. Dostupné z: <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>

⁷ NAVRÁTIL, Z. 2001. Vybrané teorie sociální práce. In: MATOUŠEK, Oldřich. Základy sociální práce. s. 192

a zmírňuje negativní působení mezilidských vztahů.⁸ U jedinců, kteří se již společensky nemohou uplatnit, podporuje co možná nejdůstojnější způsob života.⁹

Cíl sociální práce s lidmi s duševním onemocněním není jenom o snížení intenzity symptomů nemoci a jejich eliminace, důležitým úkolem je i zvýšení funkčnosti těchto lidí a nalezení uspokojivého místa ve společnosti. Tento proces změny je označován jako zotavení (recovery). Můžeme ho charakterizovat jako dlouhodobou cestu ke zlepšování zdravotního stavu a osobní proměny, která umožňuje člověku s duševním onemocněním žít smysluplný život v sociálním prostředí, které si sám vybere, a využívat jeho osobního potenciálu.¹⁰ V procesu zotavení dochází ke zlomovým událostem, například uvědomění si onemocnění, přijetí zodpovědnosti sám za sebe, schopnost přijmout podporu a nacházet sebelásku a životní smysl.¹¹

Sociální pracovník by měl u klienta s duševním onemocněním empaticky podporovat nedostatečně rozvinuté kapacity a zvládat běžné životní nároky vlastními silami. Přičemž poskytuje jen takovou pomoc, která je od klienta chtěná. Cílem je, aby klient dokázal samostatně zvládat běžné každodenní úkony bez vnější pomoci a převzal zodpovědnost za svůj život.¹²

Podle Paula Carlinga, jehož teze shrnula Probstová, je cílem sociálního pracovníka pomáhat obnovit člověku s duševním onemocněním sociální role:

- Vytváří s klientem respektující a partnerský vztah.
- Jeho roli v nemoci můžeme charakterizovat jako vyslaneckou, advokátní a vztahotvornou mezi nemocným a komunitou. Hlavním cílem je integrita klienta.
- Respektuje jedinečnost každého klienta, chápe, že se jeho problémy mohou lišit nejen diagnózou, ale i prostředím, zázemím, hodnotami a cíli, které má nebo měl.
- Snaží se ovlivňovat prostředí v němž klient žije, tak aby bylo citlivější k jeho potřebám.

⁸ MILFAIT, R. Lidskoprávní profese sociální práce jako významný a inspirativní aktér sociální politiky. Aktuální otázky sociální politiky – teorie a praxe. 8 (1/2014). ISSN: 1804-9095 s. 71–72

⁹ MATOUŠEK, Oldřich. Metody a řízení sociální práce. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-2620-213-4., s. 11

¹⁰ PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.

¹¹ Young, S. L., & Ensing, D. S. (1999). Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(3), s. 219–231

¹² PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ, ref. 10, s. 57

- Mapuje dostupné zdravotně sociální služby a sociální služby, definuje ve spolupráci naplněné a nenaplněné potřeby, míru podpory, kterou klient vyžaduje a vliv a možnosti prostředí, ze kterého pochází.
- Podporuje klienta na cestě k zotavení a v adaptaci na jeho onemocnění.
- Podílí se na sociální integraci, tedy změny postoje společnosti vůči lidem s duševním onemocněním.¹³

1.2. Pojetí sociální práce

V jedné ze svých koncepcí sociální práce představují Musil a Janebová dvě protikladné představy o roli sociálních pracovníků. Z prvního úhlu pohledu je sociální práce vnímána jako intuitivní činnost, není příliš podložená metodikou a jednání pomáhajícího se odvíjí od toho „jak to cítí“. Druhý úhel spojuje sociální práci s byrokratickým způsobem práce, která pomocí přesných dodržování metodik a směrnic může generovat kvalitní práci.¹⁴

K následné koncepci Musil došel na základě sledování sociálních pracovníků a jejich představách o sociální práci s jednotlivci, skupin i v kontextu organizací, ve kterých pracují. Rozpoznával „orientační body“ a došel k závěru, že v praxi na sebe narážejí různé představy sociálních pracovníků o sociální práci. Tyto „orientační body“ se svou intenzitou různě mezi sebou kombinují. Každý typ má své klady i zápory a nabízí pro sociální pracovníky výzvy, ale i rizika.¹⁵ Musil připouští výběr různých myšlenek, které mohou různé „typologie“ propojovat v praxi. Jde o pojetí: administrativní, profesionální, filantropické a aktivistické, které Musil doplnil jako poslední.¹⁶

Administrativní pojetí charakterizuje sociálního pracovníka jako úředníka, který pracuje ověřeným a ustáleným způsobem. Řídí se příslušnými normami, zákony a předpisy. Od sociálního pracovníka se očekává loajální přístup a dobrý přehled v legislativním rámci, ve kterém vyřizuje úřadem svěřenou agendu. Očekává se od něj zvládnutí určené agendy a zároveň dobrá komunikace s klienty, kteří se chovají problematicky.

¹³ PROBSTOVÁ, Václava. 2005. Sociální práce s duševně nemocnými. In Matoušek, O., Koláčková, J., Kodymová, P. (Eds.). Sociální práce v praxi. Praha: Portál, s.133-136 ISBN 978-80-7367-818-0.

¹⁴ JANEBOVÁ, R., MUSIL, L. Mýty o roli sociálních pracovníků a pracovníků. Sociální práce / Sociálna práca, 2007/1, s. 59

¹⁵ MUSIL, L. 2008. Různorodost pojetí, nejasná nabídka a kontrola výkonu „sociální práce“. Sociální práce / Sociálna práca. 8(2), s. 60–79.

¹⁶ RŮŽIČKOVÁ, Daniela a Libor MUSIL. Hledají sociální pracovníci kolektivní identitu? Sociální práce / Sociálna práca. Brno: ASVSP, 2009, roč. 9, 3/2009, s. 79–92. ISSN 1213-6204

Sociální pracovník v **profesionálním pojetí** vystupuje jako specialista, který se komplexně zaměřuje na různorodé individuální okolnosti klienta a jeho situace. Posiluje klientovu schopnost zvládat situace samostatně a zároveň spolupracuje s dalšími odborníky v pomáhajících profesích. V rámci komplexnosti sociální pracovník řeší všechny klientovy potíže, jelikož se vzájemně podmiňují.

Ve **filantropickém pojetí** je sociální pracovník především člověk, který poskytuje klientovi právě to, co momentálně potřebuje nejvíce. Sociální pracovník má být empatický a vnímavý k pestré škále specifických potřeb klienta. Zároveň vytváří prostor, v němž se pracovník nechává vést svým úsudkem a prožitky, a zároveň se opírá o odborné znalosti a metodiky. Základní nástroj pomoci sociálního pracovníka je spontánní lidský vztah s klientem. Klíčovým prvkem kvalifikace sociálního pracovníka se v tomto pojetí považuje altruismus a praktická láska k bližnímu, empatie a využití schopností, kterými disponuje. Současně sociální pracovník spontánně spolupracuje jak se svými kolegy v organizaci, tak i s klientem a jeho blízkým okolím.

V kontextu **aktivistického** pojetí sociální práce vystupuje sociální pracovník jako stejně rovný s klientem, kterému pomáhá čelit sociálním nerovnostem, obhajuje jeho zájmy a pomáhá ho zplnomocňovat v prosazování jeho vlastních zájmů. Pracuje na principu solidarity se znevýhodněnými.¹⁷

1.3. Jak souvisí téma osamělosti s oborem sociální práce?

Termín sociální práce vyvolává u veřejnosti mnohé představy o tom, co si pod ním představit, a co od sociálních pracovníků očekávat. Představy o mnohostrannosti oboru jsou příčinou nejasností a nevědomostí o tom, kdo je sociální pracovník a co vlastně dělá.¹⁸ Vystává tedy pochybnost o tom, zda existuje nějaká identita sociálních pracovníků. Neodborná veřejnost vlastně často neví, jak odpovědět na otázku, co sociální pracovník dělá.

Odpovědí může být, že záleží na tom, kde sociální pracovník pracuje. Pracovní náplň se odvíjí od speciálně zaměřeného pracoviště, kde sociální pracovník působí, tudíž se poskytovaná sociální práce může lišit v různých institucích a organizacích. Sociální pracovníci by měli být schopni odpovědět na otázku: „V čem dokážeme lidem pomáhat jinak

¹⁷ MUSIL, L. 2008. Typologie pojetí sociální práce. In: TOKÁROVÁ, A., MATULAYOVÁ, T. (eds.) Sociální pedagogika, sociální práce a sociální andragogika – aktuálně otázky teorie a praxe, s. 42–50

¹⁸ MUSIL, L., ref. 15, s. 60

než ostatní?“¹⁹ Na rozdíl od jiných profesí, například psychologů, lékařů a právníků, sociálnímu pracovníkovi nepostačí prokázat svou schopnost zastávat specifickou roli sociálního pracovníka. Je to tím, že musí ozřejmit, na jaký problém klientů či cílové populace dokáže reagovat, a v čem bude spočívat jeho přínos, protože nenabízí standardizovaný způsob pomoci.²⁰

Česká sociální práce sice disponuje velkým množstvím vlastních definic, ale jen část z nich je použitelná pro podporu klienta a jeho obhajobu. V kontextu mimo ČR definice vycházejí spíše z problému v interakci mezi lidmi a problémů podmíněných sociokulturními rozdíly. Oborovým zájmem sociální práce by měly být vhodné pracovní podmínky pro sociální pracovníky, které by jim umožnily naplňovat uznávané hodnoty sociální práce v organizacích, kde pracují. Obhajoba oborových zájmů sociální práce sociálními pracovníky není dána jejich svévolí, nýbrž současným společenským kontextem, kdy postmoderní perspektiva sociální práce předpokládá odbornou svobodu sociálních pracovníků v organizacích.²¹

Sociální pracovníci by měli společnost oslovit jasnou nabídkou a ukázat jí, že dokážou něco, čemu ostatní dobře nerozumějí. Díky těmto schopnostem mohou v určitých situacích zmírňovat nejistotu společnosti a bezbrannost lidí.²² Specifikum jedinečnosti sociálního pracovníka by mělo být komplexní posuzování bariér, které brání sociálnímu fungování jak na straně klienta, tak i na straně jejich prostředí.²³ Podle Musila je pro sociální práci charakteristickým znakem zaměřenost na komplex různorodých okolností, které vstupují do životní situace klienta.²⁴

S výše uvedenými charakteristikami cílů sociální práce a specifiky sociální práce s lidmi s duševním onemocněním, vnímám téma osamění jako jeden z dílčích cílů na cestě jednak k zotavení, a jako důležitý determinant latentní povahy, který zasahuje do většiny oblastí, ve kterých se klient nachází. Je proto důležité se dívat na perspektivu problematiky

¹⁹ PAULÍK, K. Profesionální kompetence sociálního pracovníka. In *Psychologické poradenství v sociální práci II*. PAULÍK, K. (ed.). Ostrava: OU v Ostravě, Filosofická fakulta, 2004, s. 11

²⁰ MUSIL, Libor. *Tři pohledy na budoucnost sociální práce*. první. Hradec Králové: Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. s. 11–25, 14 s. ISBN 978-80-7435-086-3.

²¹ Michal OPATRŇÝ, Monika FLÍDROVÁ, Anna SÝKOROVÁ, *Návrat ke klientovi: K současnému hledání smyslu sociální práce*, Caritas et veritas 1/2015, s. 144–153, ISSN 1805-0948.

²² MUSIL, L. ref. 15, s. 61

²³ JANEBOVÁ, R., MUSIL, L. ref. 14, s. 50

²⁴ Mezi okolnosti může spadat psychický a zdravotní stav klienta, situace specifická k životnímu cyklu či finanční problémy. Ze sociálního okruhu to mohou být napjaté rodinné vztahy, diskriminace, špatná situace na trhu práce atd. pozn. autorky

osamění více otevřeným přístupem ke klientovi, jako nabízí filantropický model sociální práce. Téma osamění patří do předmětu zkoumání a uvažování oboru sociální práce.²⁵

Osamělost je u lidí s duševním onemocněním častá zkušenost, která je doprovázena zhoršením fyzického i psychického zdraví. Zahraniční studie potvrzují výskyt osamělosti v souvislosti s vážným duševním onemocněním, jako je například schizofrenie.²⁶ Zkoumání jevu je však ohraničeno medicínským polem, kdy v mnoha případech jde spíše o kvantitu výskytu osamělosti než o hlubší náhled na to, jak ji lidé s duševním onemocněním prožívají a vnímají.

²⁵ McBride, S., Preyde, M. Loneliness and Social Isolation in a Sample of Youth Hospitalized for Psychiatric Illness. *Child Adolesc Soc Work J* (2020). <https://doi.org/10.1007/s10560-020-00723-y>

²⁶ Rönkä AR, Sunnari V, Taanila A. Entanglements of loneliness and mental ill health among young adult women. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2020;15(1):1838101. doi:10.1080/17482631.2020.1838101

2. Lidé s duševním onemocněním

Tato kapitola se věnuje přístupu k diagnóze v kontextu sociální práce. Přestavuje koncept dle amerického Národního institutu duševního zdraví a jeho označení osob s „vážným duševním onemocněním“. Následně vymezují základní 3 okruhy diagnóz s tímto označením, je to: schizofrenie, bipolárně afektivní porucha a depresivní poruchy. Diagnózy jsou doplněny o sociální problematiku. Závěr kapitoly je věnován problematice stigmatizace.

“Je mnohem důležitější vědět, jaký druh pacienta má nemoc, než jaký druh nemoci má pacient.” – William Osier

2.1. Kdo je člověk s duševním onemocněním?

V rámci této práce používám označení “duševní onemocnění”. Zároveň je toto označení využíváno v současných trendech v rámci služeb pro tuto cílovou skupinu v Česku. V diskurzu sociální práce a psychiatrie můžeme najít i označení, které mají stejný význam, jsou to termíny: psychiatrické onemocnění/porucha, duševní porucha či psychická porucha.

Duševní onemocnění může být podmíněné vrozenými dispozicemi, působením sociálního prostředí či prožitého traumatu. Zda je pro rozvinutí nemoci dominantní určitý vliv je stále předmětem zkoumání. Současné výzkumy tvrdí, že se na vzniku duševních onemocnění podílejí společně tři faktory, které se navzájem prolínají: biologické, psychologické a sociální.²⁷

Podle WHO z roku 2019 je deprese nejběžnějším duševním onemocněním, se kterým se potýká přibližně 264 milionů lidí, ve všech věkových skupinách. Na druhém místě se ve starším věku až u 50 milionů lidí, projevuje demence, která má chronickou nebo progresivní povahu, při které dochází k postupnému zhoršování kognitivních funkcí. Třetím nejrozšířenějším onemocněním je bipolárně afektivní porucha, jejíž výskyt v populaci se pohybuje kolem 45 milionů případů. Schizofrenie je v rozšířenosti na 4. místě, je charakterizována jako těžká duševní porucha, která postihuje zhruba 2 milionů lidí na světě.²⁸

²⁷ MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5., s. 70

²⁸ Mental disorders. WHO | World Health Organization [online]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

2.2. Přístupy k psychiatrické diagnóze z pohledu sociální práce

Podle Probstové by se měl sociální pracovník umět dobře orientovat v mezinárodní klasifikaci nemocí, mít základní znalosti o charakteristice symptomů a syndromů, a měl by být schopen je rozeznat u konkrétního člověka. Zároveň je deskriptivní medicínský přístup kritizován pracovníky, jelikož nemusí být v souladu s jejich způsobem uvažování o dynamice potíží. Pracovníci v oblasti psychiatrické rehabilitace poukazují na zužující se pohled a generalizaci duševních diagnóz. Pro sociálního pracovníka je důležité prostředí a podmínky, které ovlivňují klienta a jeho vzájemný vztah s prostředím. Sociální pracovník se seznamuje s předcházejícími diagnostickými závěry, které využívá pro své hypotézy ve spolupráci s klientem. Významné mohou být informace např. o předchozích atakách a o jejich průběhu a vlivu na životní fungování. Zjišťuje také možnosti suicidálního chování. Je důležité myslet na to, aby se pracovník nevzdálil od klienta jako jedinečného člověka a mohl tak přijímat další informace a nevytvářel vlastní závěry a predikce v kontextu diagnózy.

Sociální pracovník se podle Probstové orientuje na základě dokumentace, například, když se nemocný potýká s úbytkem intelektových funkcí, tak sociální pracovník zjišťuje, kde se nejvíce ten úbytek projevuje a jak to klienta ovlivňuje v každodenním fungování. Orientuje se na silné stránky klienta a snaží se těžit z jeho sociálního prostředí, podpořit ho v jeho sociálních vazbách a zvýšit kvalitu jeho sociální sítě.²⁹

Filantropické pojetí sociální práce, ze kterého vycházím, zaujímá postoj, že by se sociální pracovník měl vést vlastními úsudky a prožitky a měl by poskytovat klientovi to, co potřebuje. Tedy jde primárně o zaměření na potřeby klienta. Zároveň se však opírá o vědecké znalosti metod práce.³⁰ V sociální oblasti nelze striktně zůstat u popsaného přístupu k nemoci. Měli bychom brát v potaz u klienta nejen symptomatiku nemoci, ale i příčinu vzniku nemoci a další proměnné, např. prostředí, ve kterém se pohybuje, jeho zázemí a jeho slabé a silné stránky. Bereme v úvahu jeho jedinečnost a fakt, že i stejně diagnostikovaní jedinci podle MKN mohou mít velmi rozdílné životy a prognózy.³¹

Ve vnímání diagnózy se inspiroji Fuchsem, který identifikoval 3 přístupy. Především mi pro sociální práci přijde zajímavý jeho přístup, který nazývá hermeneutický, intersubjektivní. Tento přístup, je zaměřený hlavně na společenskou konstrukci sdílených

²⁹ PROBSTOVÁ Václava, Ondřej PĚČ, ref. 10, s. 2–176

³⁰ MUSIL, L. ref. 17, s. 42–50

³¹ MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ, ref. 27 s. 70

příběhů a na interpretaci sebepojetí týkající se člověka s duševním onemocněním. Základní myšlenkou je, že člověk se sám interpretuje hlavně vyprávěním svého příběhu ostatním.³²

Na základě výše uvedených tezí vnímám jako důležité mít povědomí o charakteristických rysech jednotlivých psychiatrických nemocí. Díky těmto poznatkům si sociální pracovník dokáže lépe držet hranice, například toho, co klient chce, a toho, co pracovník může. Dále může předpokládat náročnost klienta a množství podpory, o kterou bude žádat.

Pro účely této práce využívám dělení podle amerického Národního institutu duševního zdraví (dále jako ANIDZ), který reaguje na koncept nemoci v širším sociálním kontextu především podle míry narušení sociálního fungování ve společnosti. ANIDZ definuje kategorii „vážná duševní onemocnění“, kam spadají onemocnění, u kterých je ve větší míře vyžadována nejen zdravotnická pomoc, ale zahrnuje i spolupráci se sociálními službami, které pomáhají překonat překážky, se kterými se člověk potýká, a tím ho doprovází na cestě k zotavení. Obdobné dělení využívají k identifikaci cílové skupiny sociálně zdravotnické a sociální služby pro lidi s duševním onemocněním v Česku. Na klienta není vyvíjen tlak na identifikaci přímo s diagnózou, přestože je jeho onemocnění omezující natolik, že vyhledal sociální službu. Podle níže uvedené definice identifikuji i respondenty ve výzkumné části, kde nepracuji s diagnózou stanovenou psychiatrem, ale s vnímáním onemocnění a míry ovlivnění běžného života nemocí tak, jak ji interpretují sami respondenti.

2.3. Vážná duševní onemocnění

Vážné duševní onemocnění zahrnuje skupinu diagnóz, jejichž projevy a průběh jsou natolik oslabující, že člověku brání zapojit se do funkčních sociálních vztahů a zvládat běžné činnosti. Klíčovým konceptem „vážného duševního onemocnění“ je pohled na diagnózu podle MKN-10 v mnohem širším kontextu a širší škále problémů, včetně závažnosti, chronicity a potenciální zranitelnosti. Jako například: aktivní sebepoškozování, odmítnutí jídla, možnost sebevraždy, výhružné nebo škodlivé chování vůči ostatním, přehnané nebo bizarní chování, aktivní bludy, deprese, fobie, dlouhodobé „negativní“ příznaky apod.³³

³² Fuchs, T. (2010). Subjectivity and intersubjectivity in psychiatric diagnosis. *Psychopathology*, 43(4), s. 268–274. doi: 10.1159/000315126

³³ Heller, T., Roccoforte, J. A., Hsieh, K., Cook, J. A., & Pickett, S. A. (1997). Benefits of support groups for families of adults with severe mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67(2), s. 187–198. doi: 10.1037/h0080222. PMID: 9142352.

V českém kontextu můžeme sporadicky najít označení „**dlouhodobé duševní onemocnění**“, které má v zásadě stejný význam. Můžeme takto charakterizovat jedince, kteří trpí duševní poruchou, která je organická, schizofrenií, depresivní nebo manická porucha, či jiné onemocnění, které se může stát dlouhodobým a tím snížit funkční kapacitu a nepříznivě ovlivnit tři a více základních aspektů denního života: osobní hygienu a sebeobsahu, směřování k nějakému cíli, mezilidské vztahy, sociální interakce, učení a rekreace, ekonomickou soběstačnost.³⁴

Duševní onemocnění zahrnují mnoho různých stavů, které se liší stupněm závažnosti, od mírných přes středně závažné až po závažné. Podle amerického Národního institutu duševního zdraví lze použít k popisu těchto stavů dvě kategorie: jakékoli duševní nemoci (any mental illnesses) a vážné duševní nemoci (serious mental illnesses).

- **Jakékoli duševní onemocnění** (dále jako JDO) je definováno jako duševní porucha, chování nebo emoční porucha. Dopad JDO může být od žádného zhoršení až po mírné, střední nebo dokonce závažné poškození, které spadá už do kategorie VDO. JDO zahrnuje všechna uznávaná duševní onemocnění dle MKN–10.
- **Vážné duševní onemocnění** (dále jako VDO) je definováno jako duševní porucha chování nebo emoční porucha vedoucí k vážnému funkčnímu poškození, které **podstatně narušuje** nebo omezuje jednu nebo více hlavních životních činností. VDO je menší a závažnější podmnožina JDO.³⁵

Koncept VDO je tedy v zásadě popisný. Hlavními faktory, které se berou v úvahu při hodnocení, zda jsou problémy klienta natolik závažné, že vyžadují označení VDO, jsou: intenzita symptomů a projevy poruchy, míra komorbidit a závažnost sociálního postižení. **Klinickou závažnost** VDO lze měřit pomocí intenzity subjektivních zážitků, jako jsou halucinace, deprese, povznesená nálada, obsese, úzkosti. Právě míra intenzity narušuje mentální a sociální fungování, což ovlivňuje také motivaci, chování a sociální interakce. Další rys lidí s VDO je **multimorbidita**, tedy přítomnost více poruch. Příznaky, které jsou v populaci méně rozšířené, bývají nejzávažnější, zároveň bývají spojeny s mnohem méně závažnějšími, ale častějšími příznaky. Například, příznaky schizofrenie jsou často doprovázeny příznaky mánie, deprese, úzkosti apod.

³⁴ MATOUŠEK, Oldřich, KODYMOVÁ, Pavla a KOLÁČKOVÁ, Jana. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0, s. 136

³⁵ NIMH » Mental Illness. [online]. Dostupné z: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness.shtml>

Klinickou složitost dále komplikuje interakce mezi příznaky a sociálními problémy, které by člověk s VDO mohl mít. Nevýhody, které vyplývají z deprivace, málo sociálních nebo pracovních dovedností a nedostatečné sociální podpory, mohou výrazně rozšířit duševní poruchy. Stigma, které se váže k některým těžkým duševním onemocněním, potíže dále prohlubuje.³⁶ Celkové sociální postižení je propojení kauzálních faktorů, které můžeme vyjádřit vzorcem:

Závažnost projevů nemoci x doba trvání nemoci = míra potřeby péče a služeb³⁷

Podle údajů z roku 2008 dospěl americký Národní institut duševního zdraví k závěru, že vážná duševní onemocnění postihují 4,4% populace starší 18 let, nejčastěji ve věku 18–25 a častěji ženy než muže.³⁸

Vážné duševní onemocnění zahrnuje primárně 3 okruhy:

- **schizofrenie,**
- **bipolární afektivní poruchy,**
- **depresivní poruchy.³⁹**

2.4. Schizofrenie

Termín schizofrenie je často laickou veřejností mylně vykládán jako „rozštěpení osobnosti“, což naznačuje, že v jednom těle je ukrytých více osobností. Pojem je odvozený z řečtiny: „schizo“ znamená štěpít a „phren“ znamená myšlení a rozum. Zdůrazňuje to tedy přítomnost rozštěpení mezi emocemi, chováním a myšlením. Není to však správně.⁴⁰ Laik si může člověka se schizofrenií představit tak, že je přesvědčen o bizarnostech a slyší nebo vidí něco, co ostatní ne. Jeho řeč a chování jsou nápadné, divné a nepochopitelné pro ostatní. V dnešní době vědci uznávají, že schizofrenie není jednotná porucha, ale je pravděpodobnější, že jde o skupinu poruch, které sdílejí syndromové charakteristiky.⁴¹

³⁶John K Wing, Severe Mental Illness, 1999, 160-273 [online] Dostupné z: <https://www.birmingham.ac.uk/Documents/collegemds/haps/projects/HCNA/HCAVol2chap13sh6L.pdf>

³⁷ Tamtéž, s.163

³⁸ Drug Policy Forum of Texas [online] Dostupné z: <https://dpft.org/resources/NSDUHresults2008.pdf>

³⁹ What is Serious Mental Illness? | SMI Adviser. Find Answers About Serious Mental Illness SMI Adviser [online]. Dostupné z: <https://smiadviser.org/about/serious-mental-illness>

⁴⁰ PRAŠKO, J. et al., 2001. Psychotická porucha a její léčba. Praha: Maxdorf, s. 40. ISBN 80-85912-65-1.

⁴¹ WOOD, S.J. and YUNG, A.R. (2011), Diagnostic markers for schizophrenia: do we actually know what we're looking for?. World Psychiatry, 10: 33-34.

Schizofrenii lze charakterizovat jako závažné psychotické onemocnění, které narušuje schopnost jedince srozumitelně jednat a chovat se v souladu s okolnostmi. Vztah nemocného ke skutečnosti se mění, nemocný se odcizuje ostatním lidem. Psychóza⁴² způsobuje změny osobnosti, které vedou až k tomu, že nemocný nedokáže pokračovat v životě a v souladu s očekáváním založené na dosavadním životním směřování. Subjektivně působí schizofrenie hluboké odcizení, nejistotu a napětí, které vedou ke zkreslení nebo přetvoření skutečnosti. Schizofrenie ovlivňuje myšlení, chování, citění, jednání člověka a snižuje jeho kvalitu života. Je pro ni typická mnohotvárnost psychopatologie, průběhu i reakce na léčbu. Mnohočetné jsou i etiologické procesy, které k onemocnění vedou. Onemocnění má silný sklon ke chronicitě společně s vleklým průběhem výrazně mění kvalitu života. Postihuje pracovní schopnosti člověka a jeho další pravděpodobnost k uplatnění na běžném trhu práce a společenského uplatnění.⁴³ Často vede k pracovní neschopnosti a invalidizaci, která bývá trvalá.⁴⁴

Průběh bývá různý. Schizofrenie může mít chronický průběh bez přechodného zlepšení nebo v atakách s narůstajícím nebo stabilním defektem, nebo v atakách s částečnou nebo úplnou remisí.⁴⁵

Onemocnění nejčastěji propuká v období adolescence nebo rané dospělosti. Z psychodynamického hlediska můžeme toto období charakterizovat jako období změn, především v oblasti rodinné homeostázy, kdy dochází k osamostatňování a často k odloučení od známého sociálního prostředí (nástup na vysokou školu, období zamilovanosti a zklamání ze vztahů).⁴⁶ Schizofrenie se může rozvíjet pozvolna jako postupný proces narůstající odtahovitosti a nevhodného chování. Nebo se může projevit náhle výraznou zmateností a emočním chaosem. Období stresu může vyvolat akutní stavy u jedinců, kteří se přehnaně zabývají vlastní osobou, propadají pocitům nejistoty a uzavírají se do sebe.⁴⁷

Prevalence schizofrenie se pohybuje okolo 1 % ročně, incidence bývá stejná u obou pohlaví, tj. 2–4 případy na 10 000 lidí ročně. U mužů je začátek dřívější, než u žen, a to

⁴² Psychóza je závažný duševní stav, který lze charakterizovat jako disociace mezi vnímáním, chováním a oprožíváním, mění se vztah nemocného k realitě a nemá náhled, např. nad bludy. Pozn. autorky.

⁴³ HÖSCHL, Cyril, LIBIGER, Jan a ŠVESTKA, Jaromír. Psychiatrie. Praha: Tigis, 2004. s. 352. ISBN 80-900130-7-4.

⁴⁴ SVOBODA, Mojmír, Eva ČEŠKOVÁ a Hana KUČEROVÁ. Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy. Vydání třetí. Praha: Portál, 2015. s. 181-183. ISBN 9788026209768,

⁴⁵ RABOCH, Jiří a PAVLOVSKÝ, Pavel. Psychiatrie. Praha: Triton, 2003. s. 82. ISBN 80-7254-423-3.

⁴⁶ PROBSTOVÁ Václava, Ondřej PĚČ, ref. 10.

⁴⁷ NOLEN-HOEKSEMA, Susan. Psychologie Atkinsonové a Hilgarda. Vyd. 3., přeprac. Přeložil Hana ANTONÍNOVÁ. Praha: Portál, 2012, s.648. ISBN 978-80-262-0083-3.

v pozdní adolescenci, mezi 15.–25. rokem. U žen je to později, nejčastěji kolem 25.–35. rokem.⁴⁸

Genetická predispozice je částečně sdílena s bipolární poruchou a nedávné molekulárně genetické nálezy také naznačují překrývání s vývojovými poruchami, jako je autismus. Diagnóza schizofrenie je spojena s prokazatelnými změnami ve struktuře mozku a se změnami neurotransmiteru dopaminu.⁴⁹ Do určité míry se dispozice k onemocnění schizofrenií dědí, nedědí se však celková nemoc. Ze studií se prokazuje míra dědičnosti, pokud trpí jeden z rodičů schizofrenií, je asi 10% pravděpodobnost, že jeho dítě onemocní také. Pokud jsou oba rodiče nemocní, tak je riziko vyšší než 30–40 %. Současně nejrozsáhlejší předpoklad k predikci vypuknutí psychózy je tehdy, když jsou lidé, kteří mají vrozenou dispozici k psychotickému onemocnění, vystaveni nadměrné zátěži z okolního prostředí.⁵⁰

Více než 50 % jedinců, kterým byla diagnostikována schizofrenie, má dobré vyhlídky na zlepšení, u 20 % přetrvávají dlouhodobé příznaky.⁵¹

Podstatné pro schizofrenii jsou dva rysy:

- Porucha obvykle začíná v rané dospělosti.
- Navzdory optimální léčbě mají přibližně dvě třetiny nemocných jedinců přetrvávající nebo kolísavé příznaky.⁵²

2.4.1. Projevy a prožívání

„Základním prožitkem jedinců trpících schizofrenií, je pocit, že nedokážou soustředit pozornost a řídit vlastní myšlenky.“⁵³

Poruchy myšlení a pozornosti

Lidé se schizofrenií nemají jen dezorganizované myšlenkové procesy, nýbrž také narušený obsah myšlení. U jedinců se schizofrenií se často projevuje nedostatek náhledu,

⁴⁸ PROBSTOVÁ Václava, Ondřej PĚČ, ref. 10, s.182

⁴⁹van Os J, Kapur S. Schizophrenia. Lancet. 2009 Aug 22;374(9690):635-45. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60995

⁵⁰ PRAŠKO, J, ref. 40, s. 40

⁵¹Owen, Michael & Sawa, Akira & Mortensen, Preben. (2016). Schizophrenia. The Lancet. 388. 10.1016/S0140-6736(15)01121-6.

⁵² Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Med.* 2005;2(5):e141. doi:10.1371/journal.pmed.0020141

⁵³ NOLEN-HOEKSEMA, Susan, ref. 47, s.649

kdy si vůbec neuvědomují svůj stav a jejich chování jim nepřipadá nijak neobvyklé.⁵⁴ Náhled se může vztahovat k uvědomování si nemocnění, jeho následků, existenci symptomů a potřebnosti léčby, je také častou překážkou v jakékoli odborné spolupráci.⁵⁵

Dezorientované myšlenkové procesy

Slova a fráze samy o sobě dávají smysl, ale ve vzájemném vztahu smysl postrádají. Řazení nesouvislých vět, frází a slov bývá nazýváno jako „slovní salát“. Je typickým pro slovní a písemný projev člověka se schizofrenií. Asociace, v nichž se myšlenky jedince přesouvají z jednoho tématu ke druhému, často bez vzájemného vztahu. Někdy se může zdát, že časová posloupnost myšlenek je často ovlivněna spíše zvukem slova, než jeho významem.

Zmatené myšlenkové procesy mají původ v potížích při zaměřování pozornosti a filtrování podstatných podnětů. Většina lidí dokáže pozornost zaměřovat výběrově, tedy vybírat důležité informace. Člověk se schizofrenií vnímá současně velké množství podnětů a v nadbytku informací hledá obtížně smysl.⁵⁶ Někdy se člověk zastaví uprostřed věty a dál v ní nepokračuje, má tzv. myšlenkový záraz. Obdobné k myšlenkovému zárazu je i obtížnost rozhodování mezi dvěma či více alternativami jednání. Mohou mít potíže se zapamatováním nedávných událostí. Občas se cítí „odpojeni“ od ostatních lidí a mohou prožívat pocity zmatku. Mohou se cítit „průhlední“ a zranitelní.⁵⁷ Člověk může mít pocit, že většina jeho činů, niterných pocitů a myšlenek je známá jiným lidem, či je přímo s nimi sdílí.

Může dojít k rozvinutí bludů, které tento pocit vysvětlují nadpřirozenými jevy a působení neznámých sil, které ovlivňují činy i myšlenky nemocného často bizarním způsobem, přičemž intelekt a vědomí obvykle zůstávají zachovány.⁵⁸ Bludy můžeme charakterizovat jako představy, které by většina lidí považovala za nesprávnou interpretaci skutečnosti.⁵⁹ Nejčastější bludy mohou být představy o tom, že jsou myšlenky dotyčného vysílány rozhlasem do světa a mohou je slyšet druzí, že jim do jejich myšlenek jsou vkládány cizí myšlenky, nebo že je nějaká síla nutí reagovat určitým způsobem.⁶⁰ Na rozdíl od poruchy s bludy (F 22) se u schizofrenie bludy často mění a jsou neuspořádané a mnohdy bizarně

⁵⁴ NOLEN-HOEKSEMA, Susan, ref. 47, s.648

⁵⁵ PROBSTOVÁ Václava, Ondřej PĚČ, ref. 10, s. 50

⁵⁶ NOLEN-HOEKSEMA, Susan, ref. 47, s.649

⁵⁷ PROBSTOVÁ Václava, Ondřej PĚČ, ref. 10 s. 49–50

⁵⁸ SMOLÍK, Petr. Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací: nástin nozologie : diagnostika. 2. rev. vyd. Praha: Maxdorf, 1997. ISBN 80-85912-18-X.

⁵⁹ Též jako nevývratná a nereálná přesvědčení. Specifický obsah bludů se může kulturně lišit

⁶⁰ NOLEN-HOEKSEMA, Susan, ref. 47, s. 649

odporují logice. Stav je doprovázen značnou mírou úzkosti, která se může snížit, když se logicky konkretizuje s skloubí s dalšími myšlenkami.⁶¹

Poruchy vnímání

Charakteristický rys v poruše vnímání u lidí se schizofrenií jsou halucinace, což jsou vjemy bez jasného zevního podnětu. Můžeme je rozlišovat na halucinace zrakové (vnímání osob, tvarů či celých scén), čichové, chuťové (bývají doprovázeny bludy, například z podání jedu jinou osobou), či tělové (často se sexuálním podtextem). Nejčastější jsou halucinace zvukové, které nemocný vnímá jako zvuky nebo hlasy. Hlasy mohou člověku komentovat jeho chování nebo mu přímo něco přikazovat (imperativní sluchové halucinace). Klienti prožívají halucinace jako silně ohrožující a ponižující v případě komentujících hlasů. Pro schizofrenii jsou charakteristické tzv. intrapsychické halucinace, což jsou zvuky, které přicházejí zevnitř mysli. Projevují se jako ozvučené myšlenky, kdy má člověk pocit, že jsou mu myšlenky odebírány nebo naopak vkládány, nebo že jsou zveřejňovány pro ostatní.⁶²

Kognitivní dysfunkce, u kterých je velká individuální variabilita

Například pomalé psychomotorické tempo. Je považována za manifestační příznak před nástupem psychózy. Po odeznění pozitivních příznaků je to hlavní příčina maladaptace v sociálním prostředí. Kognitivní dysfunkce se vyznačuje narušením poznávacích schopností. U schizofrenie bývá nejčastěji postižena paměť, exekutivní funkce (schopnost plánovat a řešit úkoly) a pozornost. Paměťové funkce vykazují postižení především ve verbálním učení.⁶³

Poruchy afektivity (vyjadřování emocí)

Lidé se schizofrenií často mívají neobvyklé emoční reakce. Reagují protichůdně v situacích, které by je měli rozesmutnit. Projevují tedy emoce, které nejsou v souladu se situací nebo s vyjadřovanou myšlenkou.⁶⁴ Cítí se prázdní, znečitlivělí a nezakotvení či odpoutaní od prožitků a od jiných lidí. Problém činí najít v sobě pocit a vyjádřit ho. Objektivně tedy hovoříme o snížení a ochuzení citového prožívání. Častá bývá reakce na konfrontaci s vnějším světem, kde pak dochází k úniku do svého vnitřního světa a izolovanost od ostatních.⁶⁵ U poruch afektivity bývá často přítomna depresivní nálada,

⁶¹ PROBSTOVÁ Václava, Ondřej PĚČ, ref. 10, s. 50

⁶² Tamtéž, s.51

⁶³ Tamtéž, s. 184

⁶⁴ NOLEN-HOEKSEMA, Susan, ref. 47, s. 650

⁶⁵ PROBSTOVÁ Václava, Ondřej PĚČ, ref. 10, s. 56

hlavně v počáteční fázi schizofrenie. Stav nazývaný „postpsychotická deprese“ bývá součástí akutní psychotické ataky a vyskytuje se nezdávka i po odeznění psychotické symptomatologie.⁶⁶

Pozitivní příznaky

Znamenají zkreslené nebo nadměrné vyjádření normálních funkcí.⁶⁷ Bývají nejčastější příčinou hospitalizace.⁶⁸ Řadí se sem především bludy a halucinace; tzv. psychotické příznaky, u nichž dochází ke ztrátě kontaktu s realitou. Pozitivní příznaky mají tendenci se časem zhoršovat, tedy dochází k relapsu. Zároveň po relapsu nastupuje období méně závažných příznaků, které zcela neustávají, tedy remitují. U některých pacientů se vyskytují reziduální dlouhodobé psychotické příznaky.⁶⁹ Léčba antipsychotiky působí účinně na dezorganizaci, bludy a halucinace, ale ne na negativní příznaky.⁷⁰

Negativní příznaky

Znamenají ztrátu nebo oslabení normálních funkcí.⁷¹ Jsou to zejména: zhoršená motivace, snížení spontánní řeči a sociální odtažitost. Negativní a kognitivní příznaky bývají chronické a jsou spojeny s dlouhodobými účinky na sociální fungování.⁷² Bylo zjištěno, že negativní příznaky často předcházejí nástupu psychózy u schizofrenie.⁷³ Přetrvávající negativní příznaky společně s kognitivní dysfunkcí představují překážky pro znovačlenění do normálního života a schopnost obstat na běžném trhu práce.⁷⁴ Někteří odborníci chápou negativní symptomatologii jako sekundární projev vyčerpání. Negativní symptomatologie může být součástí adaptačního mechanismu, související s energickou nedostatečností při zpracování informací.⁷⁵

⁶⁶ SVOBODA, ČEŠKOVÁ a KUČEROVÁ, ref. 44, s.185

⁶⁷ SMOLÍK, Petr, ref. 58, s. 152

⁶⁸ SVOBODA, ČEŠKOVÁ a KUČEROVÁ, ref. 44, s.184

⁶⁹ Owen, Michael & Sawa, Akira & Mortensen, Preben, ref. 51

⁷⁰ Carpenter WT. Conceptualizing schizophrenia through attenuated symptoms in the population. *Am J Psychiatry* 2010; **167**: 1013–6.

⁷¹ SMOLÍK, Petr, ref. 58

⁷² Owen, Michael & Sawa, Akira & Mortensen, Preben, ref. 48

⁷³ Carpenter WT, ref. 70

⁷⁴ SVOBODA, ČEŠKOVÁ a KUČEROVÁ, ref. 44, s. 185

⁷⁵ DIAMANT, Jiří Jindřich a VAŠINA, Lubomír. Kapitoly z neuropsychologie. Brno: Masarykova univerzita, 1998. s. 157, ISBN 80-210-1739-2.

2.4.2. Typy schizofrenie

Schizofrenie můžeme dělit na: paranoidní, hebefrenní, katatonní, simplexní, nediferencovanou a reziduální.

Paranoidní schizofrenie – Je nejběžnějším typem schizofrenie. Dominují relativně stále paranoidní bludy, které jsou doprovázené nejčastěji sluchovými halucinacemi, které nemocnému vyhrožují nebo dávají příkazy, a dalšími poruchami vnímání.⁷⁶ Pojem paranoidní označuje chorobné dominující myšlenky, či vztahovačné bludy, které se mohou týkat jednoho nebo více témat, např.: pronásledování jinou osobou (nejčastější), lásky, nenávisti, žárlivosti, velikášství, nadpřirozenosti.⁷⁷

Hebefrenní schizofrenie – Začíná obvykle v adolescenci nebo rané dospělosti. Jsou při ní výrazné emotivní změny, proměnlivé bludy a halucinace, dále nevhodné a nepředvídatelné chování,⁷⁸ které je někdy obtížné odlišit od bouřlivých pubertálních projevů.⁷⁹ Bludy a halucinace zde nejsou dominantními projevy. Prognóza je u tohoto typu schizofrenie spíše špatná, kvůli rychlému vývoji negativních příznaků.⁸⁰

Katatonní schizofrenie – Dominantní jsou rušivé poruchy psychomotoriky, které jsou vyšší, než je norma. Motorické aktivity mohou být mezi dvěma extrémy jako je hyperkineze a stupor, kdy po dlouhou dobu mohou udržovat strnulé pózování a postoje. Časté bývají verbální stereotypy v projevu a chování.⁸¹

Reziduální schizofrenie – Je charakteristická chronickým stavem, který přetrvává po odeznění akutních příznaků ataky. Může se projevovat podivínstvím a zanedbáváním sebe i okolí.⁸²

Simplexní schizofrenie – Dochází k plíživému postupujícímu rozvoji podivínského chování a neschopnosti přistupovat na požadavky společnosti. Mohou se rozvinout negativní rysy charakteristické pro reziduální schizofrenii, aniž by tomu předcházely jakékoli psychotické příznaky.⁸³

Nediferencovaná schizofrenie – Jsou to stavy, které obecně splňují kritéria pro diagnózu schizofrenie, ale buď nejdou zařadit k žádnému ze subtypů, anebo obsahují rysy z více než jednoho z nich.⁸⁴

⁷⁶ SVOBODA, ČEŠKOVÁ, KUČEROVÁ, ref. 44, s. 185

⁷⁷ SMOLÍK. Petr, ref. 58, s. 156

⁷⁸ Tamtéž, s.157

⁷⁹ RABOCH, Jiří a PAVLOVSKÝ, Pavel. Psychiatrie. Praha: Triton, 2003. s. 83, ISBN 80-7254-423-3.

⁸⁰ SVOBODA, ČEŠKOVÁ, KUČEROVÁ ref. 44, s. 185

⁸¹ Tamtéž, s. 186

⁸² Tamtéž, s. 186

⁸³ SMOLÍK. Petr, ref. 58, s. 161

⁸⁴ Tamtéž, s. 55

Sociální problematika

Schizofrenie zpravidla snižuje způsobilost jedince k plnění rolí a funkcí v práci i ve společnosti. Častým, a i nezbytným je přiznání invalidního důchodu. Částečná či plná invalidizace funguje jako prevence nepříznivé ekonomické situace nemocného, zároveň ale může podpořit negativní symptomy a vést k pasivitě, která se vyvine do úplné ztráty aktivních vztahů k okolnímu světu. Stigma duševní nemoci vede k posílení negativních příznaků a škod, které schizofrenie způsobuje. Bere sebedůvěru, zhoršuje uplatnění na trhu práce a brání reintegraci do společnosti. Negativní pocity vedou ke strachu, který je zdrojem psychické zátěže a nepříznivě ovlivňuje průběh onemocnění. Nutí nemocné k vyhybavosti a opatrnosti při komunikaci. Snižuje jejich důvěru v okolí a zvyšuje práh vztahu založeném na vzájemné důvěře, ve kterém může člověk bez obav mluvit o svém prožívání.⁸⁵ Problematická je velmi vysoká míra nezaměstnanosti, která se pohybuje na 80–90 %. Mezi překážky při získávání zaměstnání patří stigma, diskriminace, strach ze ztráty dávek a nedostatek vhodné odborné pomoci.⁸⁶

2.5. Bipolární afektivní porucha

Bipolární afektivní porucha, dříve známá také jako maniodepresivní psychóza, postihuje přibližně 1% populace se stejným zastoupením mužů a žen. Údaje o možné prevalenci BAP napříč kulturními, etnickým a sociálním spektrem jsou málo dostupné. Ve vyšších socioekonomických vrstvách bývá BAP častěji diagnostikovaná než schizofrenie. Podle některých výzkumů dochází od roku 1940 ke zvyšování prevalence BAP v populaci, tento jev je vysvětlován vyšším stresem ze sociálních požadavků společnosti a snížením rodinné podpory a stability. BAP je dlouhodobé vleklé onemocnění, které se poprvé objevuje u mladých lidí mezi 15. a 30. rokem života. První epizoda se většinou projevuje jako deprese. Obvykle se objeví několik depresivních epizod a až pak se objeví i epizody manické a hypomanické. Depresivní příznaky převažují, člověk tráví třikrát delší čas v depresivní fázi než v manické.⁸⁷

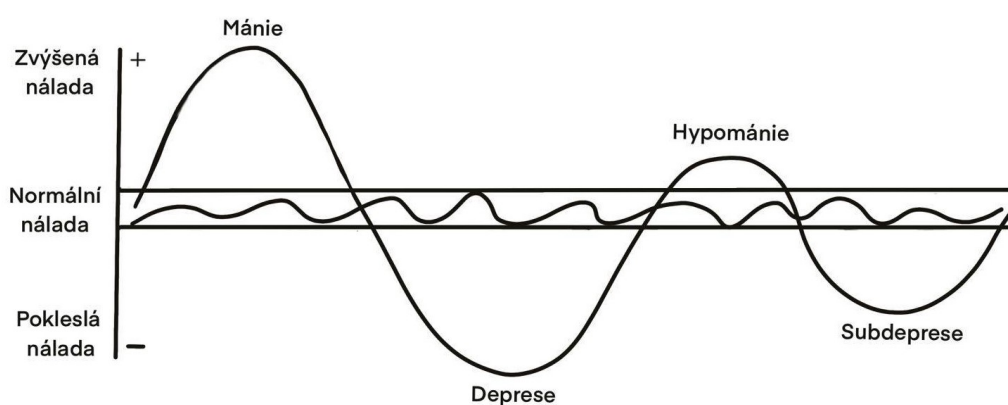
⁸⁵ HÖSCHL, Cyril, LIBIGER, Jan a ŠVESTKA, Jaromír. Psychiatrie. Praha: Tigris, 2004. s. 407, ISBN 80-900130-7-4.

⁸⁶ Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment - a review. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2004 May;39(5):337-49. doi: 10.1007/s00127-004-0762-4. PMID: 15133589

⁸⁷ Herman E, Grof P, Hovorka J, Praško J, Doubek P. Bipolární porucha. In: Seifertová D, Praško J, Horáček J, Höschl C. Postupy v léčbě psychických poruch. 2nd ed. Praha, Czech Republic: Academia Medica Pragensis; 2008.

Mezi častými příznaky BAP jsou sebevražedné myšlenky, které se nejčastěji objevují v období depresivní epizody, mohou ale být přítomné i v manické nebo smíšené epizodě. Lidé s BAP často trpí pocity bezvýchodnosti, jsou přesvědčeni neřešitelností jejich potíží a nevidí možnosti zlepšení. V souvislosti s těmito pocity hledají východisko úniku s trýznivých pocitů „psychické bolesti“. Možnost úniku z neřešitelné situace bývá častou motivací k sebevraždě, jako jedinému východisku. Riziko spojené se sebevraždou se udává u lidí s BAP až 15krát vyšší než u zdravých osob. Asi 50 % lidí s BAP mají za sebou sebevražedný pokus a 15 % zemře sebevraždou.⁸⁸

Obrázek 1 – Schéma cyklování nálady u bipolárně afektivní poruchy⁸⁹



Hypománie

Člověk znatelně prožívá pocit dobré nálady, fyzické a duševní pohody a výkonnosti. Symptomy nejsou tak výrazné, aby ovlivňovaly pracovní schopnosti nebo vedly k sociální izolaci. Hypománie dopovídá mírnější manické epizodě bez psychosociálních konsekvencí.⁹⁰

Manická epizoda

Projevuje se zvýšenou náladou až vzrušením, která trvá déle než týden, jako tzv. myšlenkový trysk. Mánie se může být doprovázena psychotickými příznaky, jako jsou bludy, halucinace, které jsou kongruentní s náladou.⁹¹ Během manické epizody je člověk spontánnější a iniciativnější v sociálních interakcích s cizími lidmi, bez zábran se pouští do nových mezilidských, sexuálních i pracovních vztahů. Reaguje ukvapeně, bez rozmyslu,

⁸⁸ LÁTALOVÁ, Klára. Bipolární afektivní porucha. Praha: Grada, 2010. s. 36. ISBN 978-80-247-3125-4.

⁸⁹ Látalová Klára, ref. 88, s. 256

⁹⁰ Tamtéž, s. 26

⁹¹ SVOBODA, ČEŠKOVÁ, KUČEROVÁ, ref. 44, s. 203

impulzivně. Připadá si atraktivně, výkonně a neodolatelně. Pozornost je roztěkaná, započne mnoho aktivit, které za krátkou dobu opustí, protože je zahlcen novými nápady. Může docházet k výrazným změnám nálady a k podrážděnosti. Člověk nemá náhled a zažívá zvýšené sebevědomí, které může působit až bludným dojmem. Se zvýšenou aktivitou se snižuje potřeba spánku, která bývá varovným příznakem před nástupem manické epizody. I přes redukovaný počet hodin spánku a sníženou potřebu jídla a tekutin se člověk cítí odpočatý a plný energie. Dále má sklon ke zvýšené konzumaci alkoholu, cigaret nebo psychoaktivních látek. Vymýšlí nové aktivity a velkolepě plánuje nové projekty.⁹²

Depresivní epizoda

Je charakteristická smutnou, pokleslou náladou s pocity bezmoci a beznaděje, ztrátou životní síly, neschopností k rozhodování, zpomaleným myšlením a útlumem motivace. Člověka není možné z tohoto stavu vytrhnout a přivést ho na jiné myšlenky. Není schopný se radovat z věcí, které mu dříve dělaly radost. Zároveň při konfrontaci s tím, co ho dříve bavilo si uvědomuje svoji neschopnost se zaradovat a propadá beznaději. Nenalézá kvalitní odpočinek, a to ani ve spánku, který je často krátký a přerušovaný. Přes den mohou být lidé v depresivní fázi nadměrně spaví.⁹³

Smíšená epizoda

Charakteristické je velmi rychlé střídání manických a depresivních epizod, které se liší délkou trvání (dny i hodiny). Můžeme ji chápat jako přechodnou epizodu mezi mánií a depresí nebo jako specifický stav, při kterém se mísí komponenty jak manické, tak depresivní. Tato epizoda se vyznačuje bagatelizací problému, neochotě ke spolupráci a asociálními projevy.⁹⁴

Sociální problematika

K sociálním rizikům může docházet v manické epizodě, kdy člověk nemá zábrany, má spoustu plánů a utrácí peníze. Zároveň se chová bez společenských zábran a často si dělá vlastně ostudu. Pro ostatní v okolí je nápadný, obtížný až nesnesitelný. Manický stav se většinou neobejde bez hospitalizace. Existují teorie, které za vznik deprese považují problematiku mezilidských vztahů. Člověk trpící depresemi má potíže se vztahy k jiným lidem. Někteří lidé jsou ve vztazích opakovaně nešťastní, mohou pociťovat úzkost a napětí,

⁹² LÁTALOVÁ Klára, ref. 88, s. 28

⁹³ Tamtéž, s. 29

⁹⁴ Tamtéž, s. 34

v kolektivu lidí se cítí nejistí. Častou potíží jsou pocity **osamělosti**, které se projevují jako tísnivý pocit z nedostatku kontaktu s jinými lidmi, a potřeba lásky. Lidé paradoxně tyto pocity posilují dobrovolnou izolací a tím vzniká bludný kruh. Mnoho lidí s depresí je závislých na jiných, nejsou schopni sami sebe ocenit a čekají, že je pochválí někdo z okolí. S tímto souvisí nadměrná potřeba oceňování a povzbuzování, zároveň špatné přijímání kritiky a nezájmu. Dalším projevem deprese je neschopnost si naplánovat samostatně čas a program aktivit, kdy čekají že to vymyslí někdo jiný.⁹⁵

2.6. Depresivní porucha

Deprese spadá jako diagnostická jednotka do kategorie tzv. afektivních poruch (poruchy nálady) stejně jako bipolární afektivní porucha. Pojem depresivní porucha se označuje jako psychická porucha, která se ve své nejtěžší formě projevuje smutnou a sklíčenou náladou, která způsobuje nemocnému duševní trýzeň a bolest. Časté jsou u nemocného úvahy o smyslu života, o chybějícím životním cíli, o ztrátě motivace a síly, kterou by měl v potýkání se s životními překážkami v jeho životě. Člověka ovládají pocity méněcennosti, obavy ze smrtelných nemocí, navíc ho mohou doprovázet bezdůvodné výčitky a pocity viny. Typické jsou poruchy spánku. Ze současných přístupů, které předkládají možné příčiny vzniku onemocnění, jsou základní dva faktory:

- vnější prostředí, především vztahy jedince s okolím;
- individuální schopnost odolávat stresu.⁹⁶

Průkazné vědecké studie dokazují geneticky determinované dispozice k míře zvládnutí negativních životních událostí, tím se potvrzuje role biologických faktorů. Lze také říct, že před vznikem deprese může jedinec prožívat psychickou zátěž nebo prožít dlouhodobější stresové období. Depresivní potíže může vyvolat i tělesné onemocnění a jeho léčba. Depresivní porucha se rovněž může rozvinout v důsledku dlouhodobého užívání alkoholu nebo drog. Alkohol sice může z počátku způsobovat úlevu, ta je ovšem krátkodobá. Deprese mezi závislými jsou častější než mezi ostatními lidmi.⁹⁷ Někteří odborníci se domnívají, že existuje vztah mezi zdánlivým spouštěčem, osudnou událostí a depresí, v němž hraje roli

⁹⁵ LÁTALOVÁ Klára, ref. 88, s. 29

⁹⁶ ANDERS, Martin. Depresivní porucha jako komplikace tělesných poruch. Praha: Maxdorf, 2012. s. 9–11. ISBN 978-80-7345-283-4.

⁹⁷ ANDERS, Martin, ref. 96, s. 9–11

několik činitelů. Domnívají se, že by nedošlo k vypuknutí deprese, kdyby došlo pouze k jedinému traumatu, ale že se deprese objeví následkem souhry několika nepříznivých znepokojujících událostí.⁹⁸

Prevalence má stoupající trend výskytu deprese a posunu začátku do nižších věkových kategorií. Deprese se může během života projevit u 9–26 % žen a 5–12 % mužů. Poměr mužů a žen, kteří se potýkají s depresivní poruchou je 1:2. Provedené epidemiologické studie udávají, že depresivními poruchami onemocnění trpí každý rok asi 100 milionu lidí.⁹⁹

Depresivní porucha se může projevit jako jedna epizoda – depresivní epizoda nebo jako opakující se epizody – rekurentní depresivní porucha.

Nejvýraznější příznaky deprese jsou smutek, pesimismus a neschopnost se z čehokoli radovat, nebo se na něco těšit. Doprovází ji příznaky úzkosti, pocity vnitřního napětí, nesoustředěnosti, podrážděnosti, záchvaty pocení, dušnosti a hyperventilace. Často se vyskytují somatické potíže, jako jsou: bolesti hlavy, na hrudi, v zádech a závratě. Somatické projevy mohou vést k hypochondrickému chování. Dochází k opakovaným pokusům najít organickou příčinu potíží, ty však bývají bez pozitivních výsledků.¹⁰⁰

Častá jsou tzv. ranní pesima, která se projevují po předčasném probuzení a člověk pociťuje intenzivní úzkost a obavy z nového dne. Tento stav bývá doprovázen ochromením vůle, kdy je pro člověka obtížné se přimět vstát a dělat každodenní činnosti. I na drobné úkony jako je ranní hygiena člověk spotřebuje značné množství energie a cítí se vyčerpan. Někteří jedinci, u kterých se rozvinula deprese po nepříznivé životní události, či nadměrném stresu, mohou prožívat pesima nálady až ve večerních hodinách před usnutím.¹⁰¹

Obtížné soustředění a nerozhodnost jsou časté rysy deprese. Nemocní si mohou stěžovat na poruchy paměti. Myšlenky na smrt mohou být různé povahy, od obav ze smrti, přes pocity nechtěnosti být na světě až po jasné plány na sebevraždu. V těžké depresivní fázi se mohou objevit kongruentní psychotické příznaky. Časté jsou bludy, že utrpení člověka je trestem za jeho hříchy, hypochondrické bludy. Halucinace se objevují výjimečně.¹⁰²

I při mírné fázi deprese se objevují tzv. vágní suicidální úvahy, které lákají nemocného tím, že by se už ráno neprobral, sám ale aktivně nepomýšlí na sebevraždu. V těžších fázích

⁹⁸ KOVAŘÍK, Štěpán. Deprese. Havlíčkův Brod: Fragment, 2002. s. 49. ISBN 80-7200-686-X.

⁹⁹ ANDERS, Martin, UHROVÁ, Tereza a ROTH, Jan. Depresivní porucha v neurologické praxi. Praha: Galén, c2005. s. 23. ISBN 80-7262-306-0.

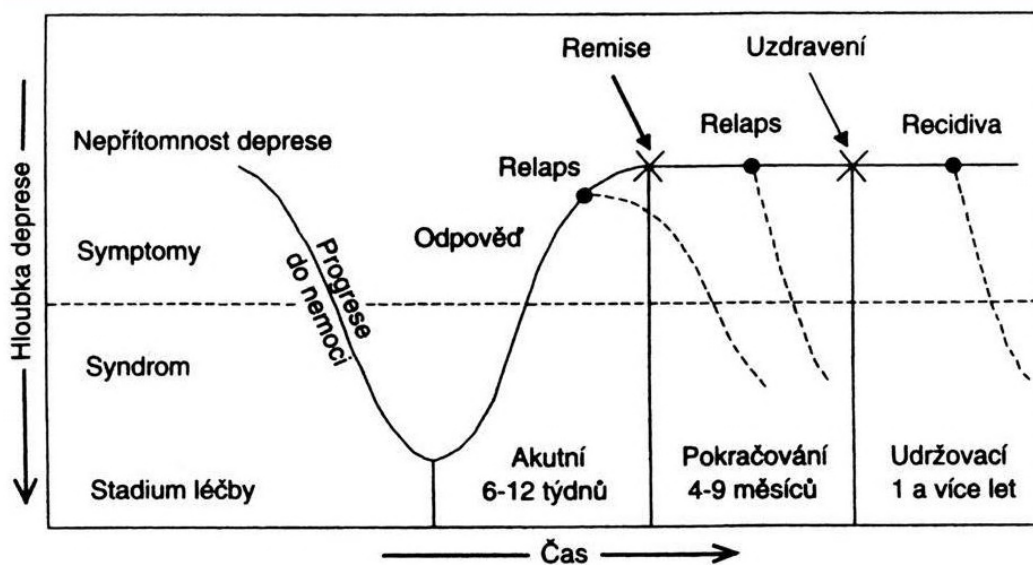
¹⁰⁰ SVOBODA, ČEŠKOVÁ, KUČEROVÁ, ref. 44, s. 204–205

¹⁰¹ ANDERS, UHROVÁ, a ROTH, ref. 99, s. 24

¹⁰² HÖSCHL, LIBIGER, a ŠVESTKA, Jaromír, rek 85, s. 435

deprese je pro některé jedince uklidňující, že mají konkrétní plán a představu k ukončení jejich utrpení a toto vědomí je paradoxně odvrátí od okamžité realizace. Takovéto suicidální tendence jsou již alarmující pro okamžitou hospitalizaci, či k nepřetržité observaci rodinou. U depresivních jedinců je 3krát větší **riziko sebevraždy** než v běžné populaci, podle různých studií je afektivní porucha v pozadí až u 70–80 % dokonaných sebevražd.¹⁰³

Obrázek 2 – Průběh depresivní poruchy¹⁰⁴



Možný průběh je znázorněn na obr. 2. Deprese se rozvíjí obvykle dny až týdny, dochází k časným podromům, které se vyznačují úzkostí, poruchami spánku a poklesem zájmů. Průměrná délka depresivní epizody je 6–12 měsíců s ohledem na individuální rozdíly. Až 50 % nemocných prodělá následně po depresivní fázi relaps, tedy znovuvypuknutí stejné epizody depresivní fáze. Zátěžové situace bývají spouštěče jednotlivých epizod.¹⁰⁵

Rekurentní depresivní porucha (těž unipolární nebo periodická)

Tato specifická porucha obvykle postihuje častěji ženy než muže. Prevalence se odhaduje na 4–19 %. Neléčená epizoda může trvat v průměru 6 měsíců. Asi 50 % nemocných má během svého života jen jednu epizodu, ve 20 % dochází k opakovaným výskytům a ve 30 % obtíže chronifikují. Deprese může mít latentní průběh.¹⁰⁶

¹⁰³ ANDERS, UHROVÁ, a ROTH, ref. 99, s. 25

¹⁰⁴ Kupfer DJ. Long-term treatment of depression. J Clin Psychiatry. 1991 May;52 Suppl:28-34. PMID: 1903134.

¹⁰⁵ ANDERS, UHROVÁ, a ROTH, ref. 99, s. 27.

¹⁰⁶ RABOCH, Jiří a PAVLOVSKÝ, Pavel, ref. 79, s. 98.

Dystymie a Cyklotymie

Dystymie se vyznačuje depresivními obtížemi, které nejsou tak intenzivní a zároveň nesplňují kritéria depresivní epizody, ale zato jsou dlouhodobé. Obvykle se objevuje nenápadně v raném věku s chronickým průběhem. Asi u tří čtvrtin nemocných dystymií dochází k následnému rozvoji dalších duševních poruch, hovoříme pak o tzv. dvojité depresi.

U cyklotymie jsou charakteristické opakující se hypomanické stavy a stavy smutné nálady, které nemají takovou intenzitu jako u afektivních epizod, a je stejně jako dystymie dlouhotrvající. Začíná se obvykle projevovat v pozdní adolescenci nebo rané dospělosti, asi u třetiny jedinců vede k následnému rozvoji typické bipolární afektivní poruchy.¹⁰⁷

Dystymie a cyklotymie patří k trvalým poruchám nálady, které mají relativně mírnou intenzitu, jsou však charakteristické pro jejich dlouhodobé trvání.¹⁰⁸

Sociální problematika

Deprese je v podstatě jedinou duševní nemocí, která ve společnosti nepodléhá stigmatu a nepoznamenává člověka s depresí nálepkou „blázna“. Díky mediálnímu obrazu se termín začal hovorově využívat a používá se jako nejpříjemnější označení jakýchkoli psychických obtíží. I přes společenskou přijatelnost je deprese pro člověka, který se s ní potýká, obtížné si připustit přítomnost duševního onemocnění. Mnozí se stigmatizace od okolí obávají nebo si nechtějí připustit náhled na depresi jako nemoc. Často se snaží najít racionální vysvětlení pro své potíže.¹⁰⁹ Deprese představuje nejčastější příčinu ztráty zaměstnání ve vyspělých státech. Příznaky deprese negativně ovlivňují schopnost soustředění, narušují paměť a zvyšují nerozhodnost. Tyto příznaky po nějaké době mohou být důvodem propuštění z práce. Lidé s depresí často mají nižší sebevědomí, a proto podají i sami výpověď, protože mají pocit, že svou práci již nezvládají.¹¹⁰

Deprese mají nepřívětivé následky na vztahy. Člověk bývá často depresí tak vyčerpaný, že na kontakt s jinými lidmi nemá pomyšlení. Jeho stávající přátelé mohou nabýt dojmu, že dotyčný už o ně nemá zájem, ale on s nimi odmítá trávit čas jen proto, protože je vyčerpaný. Další zásahy do přátelských vztahů pramení z nespolehlivosti (např. chození na schůzky) nebo z neustálého omílání jejich problémů, což může být pro posluchače velmi

¹⁰⁷ Tamtéž, s. 110–116.

¹⁰⁸ SVOBODA, ČEŠKOVÁ, KUČEROVÁ, ref. 34, s. 206

¹⁰⁹ ANDERS, UHROVÁ, a ROTH, ref. 99, s. 36–37.

¹¹⁰ RABOCH, Jiří a PAVLOVSKÝ, Pavel, ref. 79, s. 96.

vyčerpávající. V partnerských vztazích se většinou první příznaky projeví jako nezájmem o intimní život.¹¹¹

2.7. Stigmatizace jako společný znak vážných duševních onemocnění

Onemocnění často znemožňuje přirozeně budovat mezilidské vztahy, a zároveň může poškodit i ty dříve vybudované. Omezení může vyvstat i z nedostatečných finančních prostředků, či fyzických indispozic, které mohou limitovat i čas na veřejných prostorech. Velkým tématem je stigma vytvářené společností, především kvůli negativním předsudkům a mytizaci duševní nemoci. Často může být stigmatizace překážkou pro vytváření nových sociálních vazeb. Stigmatizace může mít za následek změny v chování a prožívání. Dlouhodobá stigmatizace vyvolává tzv. selfstigmatizaci, kdy se člověk může cítit méněcenný ve většinové společnosti, podceňuje se, má nízké sebevědomí. Stigmatizace nezasahuje jen jedince, ale i síť kolem něho, jako je jeho rodina, či zaměstnavatel. Stigma vychází z předsudků a jedinci je sociálně přisouzena nálepka, která je „znamením“ méněcennosti jejího nositele.¹¹² Probstová chápe stigma jako předsudek toho, že lidé duševně nemocní jsou nežádoucí a je třeba se jich bát a vyhýbat se jim. Lidé s onemocněním jsou pokládáni za nevypočitatelné a mohou se tak snadno dostávat do sociální izolace.¹¹³

Osoby se závažnými duševními chorobami, zejména s psychotickými poruchami, mohou být obzvláště náchylné k osamělosti. Zejména pak jedinci se schizofrenií podléhající stigmatizujícímu okolí. Průzkumy naznačují, že roční míra osamělosti u lidí se schizofrenií a jinými psychotickými poruchami (76 až 80 %) je přibližně 2,3krát vyšší než u běžné populace (35 %). Osamělost je uváděna jako významný faktor přispívající ke zhoršení kvality života u lidí se schizofrenií. Studie uvádějí osamělost jako jednu z nejdůležitějších výzev v jejich životě, na druhém místě za finančními obavami.¹¹⁴

Pocit osamělosti stupňuje odloučení od rodin v rámci hospitalizací, ztráty zaměstnání nebo přátel. I v rodinném prostředí mohou být nemocní vystaveni kritice a urážkám, nadměrné kontrole nebo naopak nezájmu. Stigmatizace může vést k negativní diskriminaci, jako například zhoršení přístupu ke zdravotní či následné péči. Tyto negativní události

¹¹¹ KOVAŘÍK, Štěpán, ref. 98, s. 99–106

¹¹² JÁNSKÁ, V (2008). Sociální konstrukce předsudečné typizace lidí s duševním onemocněním. Sociální práce, 1, s. 61-67

¹¹³ PROBSTOVÁ Václava, Ondřej PĚČ, ref. 10

¹¹⁴ Eglit GML, Palmer BW, Martin AS, Tu X, Jeste DV (2018) Loneliness in schizophrenia: Construct clarification, measurement, and clinical relevance. PLoS ONE 13(3): e0194021.

mohou mít vliv na sebevědomí. Stigmatizace představuje stresový faktor, který ovlivňuje začátek i průběh léčby a má významný dopad v sociální oblasti. Selfstigma, které je výrazné u schizofrenie, můžeme charakterizovat jako „*postupný proces psychologické asimilace stereotypních postojů společnosti*“.¹¹⁵ Jde o ztotožnění se nemocného člověka s jeho přisouzenou nálepkou, dochází k postupné ztrátě sebehodnoty a pohledu do budoucnosti. Člověk se cítí méněcenný, negativně o sobě uvažuje, postupně se začíná vyhýbat sociálním kontaktům a rezignuje na nové vztahy.¹¹⁶ Jedním ze způsobů, jak snížit stigmatizaci je zviditelnit a zvýšit kontakt většinové společnosti se stigmatizovanou populací.¹¹⁷

Laici, především rodinní příslušníci, mají tendenci k normalizačním odezvám na problematické chování nebo popírání jakékoli problematičnosti. Rodinní příslušníci zesilují interakci s problematickým jedincem, aby uvedli jeho chování do souladu s normami. Z odborné veřejnosti dochází ke stigmatu přidělením diagnózy. Klasická medicína tento okamžik považovala za přínosný, především v kontextu správné léčby. Platí tedy to, že člověk platí za péči a vyléčení stigmatizací. Ukazuje se, že sociální prostředí, do kterého se člověk s diagnózou vrací, reaguje na „nálepku“ nikoli na chování „nálepkovaného“.¹¹⁸

¹¹⁵ OCISKOVÁ, M., PRAŠKO, J., VRBOVÁ, K., KAMARÁDOVÁ, D., JELENOVÁ, D., LÁTALOVÁ, K., MAINEROVÁ, B., SEDLÁČKOVÁ, Z., a A. Ticháčková (2014). Stigmatizace a sebestigmatizace u pacientů se schizofrenií. *Česká a slovenská Psychiatrie*, 110(5), s. 253

¹¹⁶ Tamtéž, s. 250–258

¹¹⁷ Herek, Gregory & Capitanio, John. (1996). "Some of My Best Friends" Intergroup Contact, Concealable Stigma, and Heterosexuals' Attitudes Toward Gay Men and Lesbians. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 22. s. 412–424. 10.1177/0146167296224007.

¹¹⁸ HÖSCHL, LIBIGER, a ŠVESTKA, ref. 85, s. 427

3. Osamělost a oblasti zkoumání

Kapitola se věnuje definici osamělosti. Odlíšu osamělost od samoty a sociální izolace. Uvádím druhy osamělosti, kde vycházím především ze studie z roku 2015 a její pojetí intimní, vztahové a kolektivní osamělosti. Dále představuji základní modely osamělosti, které tvoří teoretický rámec pro pochopení problematiky. Následně navazuji na zkoumané aspekty osamělosti, kde využívám zahraniční studie.

3.1. Osamělost

„Bez ohledu na to, zda se osamělost zvyšuje nebo zůstává stabilní, máme spoustu důkazů, že je jí ovlivněna významná část populace. Společenské spojení s ostatními je obecně považováno za základní lidskou potřebu – zásadní pro blahobyt i přežití.“ – Julianne Holt-Lunstad, PhD, profesorka psychologie a neurověd na Brigham Young University

Osamělost můžeme charakterizovat jako negativní subjektivní psychologický stav, který vzniká z vnímaného rozporu mezi požadovanými a dosaženými sociálními kontakty,¹¹⁹ přičemž je důležité vnímání vztahů z hlediska kvality, nikoli kvantity. Vyskytuje se během celého života, nejčastěji v rané a pozdní dospělosti.¹²⁰ Podle Honzáka je osamělost stav myslí člověka, který se cítí být opuštěný a nechtěný. Přirozený pocit osamělosti může trvat několik dní, ovšem patologická osamělost vytváří „dlouhodobý pocit emigranta ve vlastním prostředí.“ Popisuje, že i zdravý člověk se průměrně cítí osamělý i 48 dní v roce, přičemž se pravděpodobnost pocitu osamělosti zvyšuje až o 50 %, když se i někdo z našich blízkých cítí osaměle.¹²¹ Bývá spojována se zvýšeným rizikem úmrtnosti.¹²²

Osamělost je synonymem vnímané sociální izolace, nikoli skutečné sociální izolace. Jinými slovy, osamělost je pocit osamělosti nebo izolace bez ohledu na objektivní okolnosti člověka. Osamělost je navzdory své univerzálnosti komplexní zkušeností, kterou

¹¹⁹ Perlman, D. and Peplau, L. (1998) Loneliness. In: Friedman, H.S., Ed., Encyclopedia of Mental Health, Vol. 2, Academic Press, San Diego, s. 571–581

¹²⁰ TYLOVÁ, Václava, Hana KUŽELOVÁ a Radek PTÁČEK, 2014. Emoční a sociální osamělost v etiologii a léčbě duševních poruch. Česká a Slovenská psychiatrie. 110(3), 151-157. ISSN 1212-0383

¹²¹ HONZÁK, Radkin. 2017. Psychosomatická prvouka. V Praze: Vyšehrad, 335 p. ISBN 978-80-7429-912-4, s. 141

¹²² Jose, P. and Lim, B. (2014) Social Connectedness Predicts Lower Loneliness and Depressive Symptoms over Time in Adolescents. Open Journal of Depression, 3, s. 154–163. doi: 10.4236/ojd.2014.34019

je vzhledem ke své subjektivní povaze obtížné pojmut. Zkušenosti s osamělostí se u jednotlivců liší.¹²³

Problematickou osamělost můžeme spatřovat tehdy, kdy osamění přejde do **chronicity**.¹²⁴ **Přechodná osamělost** může mít adaptivní charakter¹²⁵ s účelem motivovat jednotlivce k hledání způsobů, jak ji snížit, ale dlouhodobá osamělost je stále více uznávána jako významná otázka veřejného zdraví.¹²⁶ Chronická osamělost může mít vážné následky spojené s duševním a fyzickým zdravím. Například chronicky osamělí jedinci jsou vystaveni zvýšenému riziku deprese, zvýšeného cévního odporu, či mají zhoršené imunitní reakce.¹²⁷ Chronická osamělost také zvyšuje riziko úmrtnosti o 26 %, což odpovídá rizikům kouření a obezity.¹²⁸

Můžeme říct, že opakem osamocení je sounáležitost. Osamělost sama o sobě není patologická, ve skutečnosti je docela běžná, protože většina lidí se v určitém okamžiku svého života cítí osamělá.¹²⁹ V tomto kontextu je důležité si uvědomovat, že osamělost prostupuje člověka nezávisle na tom, zda je stále obklopen lidmi, nebo svůj život prožívá spíše izolovanějším způsobem. Jednoduše řečeno, pocit osamělosti může prožívat i člověk, který je každým dnem obklopen lidmi, které zná a rád s nimi tráví čas. Takový člověk může dokonce pocity osamělosti prožívat mnohem intenzivněji než člověk, který svůj čas tráví pouze sám se sebou.¹³⁰

Stav osamělosti by měl dle Sýkorové splňovat tři aspekty:

- Osamělost je subjektivní prožitek, který si jedinec interpretuje sám.
- Osamělost je výsledkem vnímání určitých nedostatků v interpersonálních vztazích, jak kvantitativní, tak kvalitativní.

¹²³ Perlman, D. and Peplau, L, ref. 119

¹²⁴ TYLOVÁ, KUŽELOVÁ a PTÁČEK, ref. 120

¹²⁵ John T. Cacioppo, Stephanie Cacioppo & Dorret I. Boomsma (2014) Evolutionary mechanisms for loneliness, *Cognition and Emotion*, 28:1, 3-21

¹²⁶ Gerst-Emerson K, Jayawardhana J (2015) Loneliness as a public health issue: the impact of loneliness on health care utilization among older adults. *Am J Public Health* 105(5):1013–1019

¹²⁷ John T. Cacioppo, Stephanie Cacioppo & Dorret I. Boomsma ref. 125

¹²⁸ Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med.* 2010 Jul 27;7(7)

¹²⁹ Parr, Jamie, and Venessa Ercole. "Problems of Loneliness and Its Impact on Health and Well-Being." Leal Filho W., Wall T., Azul A., Brandli L., Özuyar P. (eds) *Good Health and Well-Being*. Encyclopedia of the UN Sustainable Development Goals. (2020): n. pag. Web

¹³⁰ Larson, Ray. The solitary side of life: An examination of the time people. Spend alone from childhood to old age. *Developmental Review*, Vol. 10, pp.155-183, 1990

- Osamělost je nepříjemná a jedinec ji nevyhledává úmyslně, je doprovázena negativními emocemi, jako jsou například strach, melancholické a depresivní ladění, sebelítost nebo zoufalství.¹³¹

Sociální izolace se týká objektivních charakteristik situace a odkazuje na absenci vztahů s jinými lidmi. Osoby s velmi malým počtem smysluplných vazeb, jsou ze své podstaty objektivně sociálně izolované. **Osamělost přímo nesouvisí s objektivní sociální izolací.** Osamělost je pouze jedním z možných výsledků hodnocení situace charakterizované malým počtem vztahů. Někteří lidé s malým počtem sociálních kontaktů se mohou cítit osaměle, jiným vyhovuje i malé množství kontaktů a sami volí větší soukromí a tím se vyhýbají nežádoucím sociálním kontaktům.¹³²

Sociální izolaci lze měřit objektivně, osamělost je oproti tomu subjektivní emoční stav jednotlivce, který může být přítomen u jedinců s velkými sociálními sítěmi, a naopak chybět u izolovaných jedinců s minimálním sociálním kontaktem.¹³³ Studie potvrzují, že sociální izolace je spojena s vyšší úmrtností u starších lidí, ale naznačují, že tento účinek je nezávislý na subjektivním prožívání osamělosti.¹³⁴

K posouzení objektivní sociální izolace se používají různá měření. Například přiřazením jednoho bodu ke každé z následujících možností:

- Nezadaný/á
- Méně než jeden kontakt za měsíc s dětmi, či vnoučaty (osobní, telefonický, písemný)
- Méně než jeden kontakt s ostatními členy rodiny
- Méně než jeden kontakt s přáteli (osobní, telefonický, písemný)
- Neúčast v organizacích, či komunitách (sociální skupiny, náboženské skupiny atd.)

Skóre se pohybuje od 0 do 5, přičemž vyšší skóre naznačuje větší objektivní sociální izolaci.¹³⁵

¹³¹ SÝKOROVÁ, Dana. Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007. Studie (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-86429-62-5, s.285

¹³² Gierveld, Jenny de Jong et al. "Loneliness and Social Isolation." *The Cambridge Handbook of Personal Relationships* (2006): 485–500.

¹³³ Macdonald EM, Jackson HJ, Hayes RL, Baglioni AJ Jr, Madden C. Social skill as determinant of social networks and perceived social support in schizophrenia. *Schizophr Res.* 1998; 29:275–286

¹³⁴ Steptoe A, Shankar A, Demakakos P, Wardle J. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2013;110(15):5797-5801. doi:10.1073/pnas.1219686110

¹³⁵ Steptoe A, Shankar A, Demakakos P, Wardle J, ref.134

Samota

Oproti osamělosti je samota objektivní stav jedince, kdy dochází k absenci kontaktu a vztahů s ostatními lidmi. Samota může mít různé formy, od dobrovolné, kdy může i přispívat k psychické vyrovnanosti, až po nedobrovolnou, která se objevuje například při dlouhodobých hospitalizacích.¹³⁶ Samota, tedy ta dobrovolná, může vést ke kreativě, seberealizaci a vytvoření individuálního prostoru. Je často považována za součást spirituality a osobnostního růstu.¹³⁷ Člověk, který volí samotu, často potřebuje přemýšlet o svém životě, vyrovnat se s prožitými událostmi, hledat řešení složité životní situace nebo znovu načerpat sílu pro práci.¹³⁸

3.2. Druhy osamělosti

V roce 1973 Weiss představil dělení osamělosti na dvě dimenze, **emoční a sociální**:

- **Emoční osamělost** souvisí s absencí blízkých vztahů, které jsou založeny na vzájemném pochopení a společných zájmech. Někoho, kdo potvrzuje naši hodnotu jako člověka. Nastává i tehdy, když se rozpadne partnerský vztah nebo úmrtím jednoho z páru. Je charakterizována intenzivními pocity prázdnoty a opuštěnosti.¹³⁹
- **Sociální osamělost** je způsobena chybějícími blízkými vztahy, jako jsou kvalitní přátelství a rodinné vazby. Často souvisí s objektivní samotou.¹⁴⁰ Slaměník označuje sociální osamění jako stav opuštění známého prostředí a následné poznávání nového. Pocit osamění trvá do té doby, než si dotyčný najde nové sociální kontakty. Tento stav osamění se označuje jako sociální izolace.¹⁴¹

¹³⁶ TYLOVÁ, KUŽELOVÁ a PTÁČEK., ref. 120

¹³⁷ Tiwari, Sarvada. (2013). Loneliness: A disease?. Indian journal of psychiatry. 55. 320-2. 10.4103/0019-5545.120536.

¹³⁸ VÝROST, Jozef a SLAMĚNÍK, Ivan. Sociální psychologie. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1428-8. s. 291

¹³⁹ Weiss, R. S. (Ed.). (1973). Loneliness: The experience of emotional and social isolation. Cambridge, MA: MIT Press.

¹⁴⁰ Tamtéž

¹⁴¹ VÝROST Josef a SLAMĚNÍK, Ivan, ref. 138, s. 291

Autorem nejstarší publikace zabývající se tématem osamění je Zimmermann (1785/6). V jeho „Über die Einsamkeit“ (O osamělosti) rozlišuje základní pozitivní a negativní typ osamělosti:

- **Pozitivní typ** osamělosti souvisí se situacemi, jako je dobrovolné stažení se z každodenního života, a je zaměřen na “vyšší cíle”: sebereflexi, meditaci a komunikaci s Bohem. V dnešní době se za pozitivní typ osamělosti spíše považuje osobní soukromí. Ochrana soukromí je dobrovolná. Jedná se o volně zvolenou dočasnou situaci absence kontaktů s jinými lidmi.
- **Negativní typ** osamělosti souvisí s nepříjemným nedostatkem osobních vztahů a kontaktů.¹⁴²

Nejnovější výzkum z roku 2015, staví na metaanalýze, která reflektuje zkoumání osamělosti před 40 lety. Osamění má tři dimenze, které byly nalezeny v různých skupinách. Například u studentů vysokých škol, dospělých lidí a seniorů. Každá dimenze také odpovídá různým typům osamělosti.¹⁴³ Tyto tři dimenze osamělosti sdílejí určitou podobnost se strukturou sociálních sítí identifikovaných Weissem a Dunbarem. Dále studie nabízí komparativní pohled na další druhy osamělosti. Tyto tři dimenze se shodují se třemi dimenzemi obklopujícími něčí pozornost podle Halla. Intimní prostor (nejbližší prostor obklopující člověka), sociální prostor (prostor, ve kterém se lidé cítí pohodlně při interakci s rodinou a známými) a veřejný prostor (anonymnější prostor).¹⁴⁴

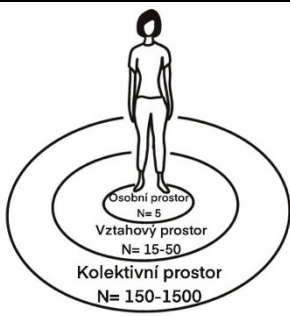
¹⁴² Gierveld, J. & van Tilburg, Theo & Dykstra, Pearl. (2006). Loneliness and Social Isolation. 10.1017/CBO9780511606632.027.

¹⁴³ Cacioppo, Stephanie & Grippo, Angela & London, Sarah & Goossens, Luc & Cacioppo, John. (2015). Loneliness: Clinical Import and Interventions. Perspectives on Psychological Science. 10. 238–249. 10.1177/1745691615570616.

¹⁴⁴ Hall, E. T. (1966). The hidden dimension. Garden City, NY: Doubleday.

Tabulka 1 – Komparace prostoru a osamělosti¹⁴⁵

	Komparace prostoru a osamělosti			
	Sociální prostor		Prostor pozornosti	
Tři dimenze osaměnění	Weiss, 1973	Dunbar, 2014	Hall, 1966	Ortigue et.al., 2006
Intimní	Emoční	Vnitřní jádro	Intimní	Osobní
Relační (vztahová)	Sociální	Skupina sympatií	Sociální	Blízký mimoosobní
Kolektivní	-	Aktivní síť	Veřejný	Vzdálený mimoosobní



Podle této studie osaměnění zahrnuje tři související dimenze:

- intimní osamělost
- vztahovou (relační) osamělost
- kolektivní osamělost¹⁴⁶

Tyto tři dimenze se shodují se třemi dimenzemi obklopujícími něčí pozornost. Intimní prostor (nejbližší prostor obklopující člověka), sociální prostor (prostor, ve kterém se lidé cítí pohodlně při interakci s rodinou a známými) a veřejný prostor (anonymnější prostor).¹⁴⁷

Intimní osamělost

Nebo jak ji nazval Weiss, **emoční osamělost**, označuje vnímanou nepřítomnost někoho významného (např. partnera) – to znamená, že člověk potřebuje někoho, na koho se může spolehnout, a najít v něm emoční podporu a vzájemnou pomoc. Zároveň dotyčný potvrzuje naši hodnotu jako člověka. Tato dimenze odpovídá tomu, co Dunbar popsal jako „**vnitřní jádro**“, které může zahrnovat až pět lidí. Zahrnuje lidi, na které se spoléháme a kteří nám poskytují emoční podporu během krizí.¹⁴⁸ Podle studií je nejlepší prevence intimní osamělosti rodinný stav. Což naznačuje, že intimní partneři bývají primárním zdrojem emocionálního spojení a emocionální podpory dospělých.¹⁴⁹

¹⁴⁵ Cacioppo, Stephanie & Grippo, Angela & London, Sarah & Goossens, Luc & Cacioppo, John, ref. 140

¹⁴⁶ Hawkey, L. C., Gu, Y., Luo, Y. J., & Cacioppo, J. T. (2012). The mental representation of social connections: Generalizability extended to Beijing adults. PLoS ONE, 7(9), e44065. doi:10.1371/journal.pone.0044065 Hawkey, L. C., Hughes, M. E., Waite, L. J., Masi, C

¹⁴⁷ Hall, E. T. (1966). The hidden dimension. Garden City, NY: Doubleday.

¹⁴⁸ Dunbar, Robin. (2014). The Social Brain: Psychological Underpinnings and Implications for the Structure of Organizations. Current Directions in Psychological Science. 23. 109–114. 10.1177/0963721413517118.

¹⁴⁹ Hawkey, L. C., Browne, M. W., & Cacioppo, J. T. (2005). How can I connect with thee? Let me count the ways. Psychological Science, 16, 798–804. doi:10.1111/j.1467-9280.2005.01617.x

Vztahová (relační) osamělost

Druhou dimenzí je relační osamělost, nebo to, co Weiss nazval **sociální osamělostí**. Odkazuje na vnímanou přítomnost/nepřítomnost kvalitních přátelství nebo rodinných vazeb – tzv. „skupiny sympatií“ v rámci jednoho relačního prostoru.¹⁵⁰

Podle Dunbara „skupina sympatií“ může zahrnovat 15 až 50 lidí a tvoří hlavní sociální partnery, se kterými se pravidelně setkáváme. Jsou to především dobří přátelé, u kterých vnímáme značnou podporu a pomoc.¹⁵¹ Stejně jako intimní osamělost, i sociální osamělost se vyskytuje u žen i mužů, i když existují důkazy, že tato dimenze může mít tendenci hrát o něco větší roli při ovlivňování osamělosti u žen než u mužů. Prevencí relační osamělosti je frekvence kontaktů s dobrými přáteli a rodinou. Nezáleží však na kvantitě přátel, ale na kvalitě přátel. Tento bod je zásadní při diagnostice osamělosti.¹⁵²

Kolektivní osamělost

Třetí dimenzí je kolektivní osamělost, aspekt, který Weiss ve svých kvalitativních studiích neidentifikoval. Kolektivní osamělost se týká hodnotové sociální identity nebo „**aktivní sítě**“ člověka (např. zájmové skupiny, škola, sportovní tým nebo národnost), kde se jednotlivec může v kolektivním prostoru spojit s ostatními, se kterými sdílí něco společného. Tato dimenze může odpovídat tomu, co Dunbar popsal jako **nejvzdálenější sociální vrstvu**, která může zahrnovat 150 až 1 500 lidí („aktivní síť“) kteří mohou poskytovat informace prostřednictvím slabých vazeb, stejně jako nižší míru podpory.¹⁵³ Prevencí kolektivní osamělosti je počet sociálních skupin. Čím více je zájmových sdružení, ke kterým jednotlivci patří, tím nižší je jejich kolektivní osamělost, která ovlivňuje i předchozí dvě dimenze. Tato dimenze osamělosti se vyskytuje jak u žen, tak u mužů, ale má tendenci být u mužů o něco silnější než u žen.¹⁵⁴

Další dělení osamělosti nabízí Tiwari, který uvádí 3 druhy osamělosti ve své studii „Loneliness: A disease?“ takto:

- **Situační osamělost** – Vychází z předpokladu, že socioekonomické a kulturní prostředí přispívá k pocitu osamělosti. Vliv má například migrace obyvatelstva, nehody, katastrofy, následně vede k osamělosti ve stáří, kdy se v moderní době

¹⁵⁰ Dunbar, Robin, ref. 148

¹⁵¹ Tamtéž.

¹⁵² Hawkey, L. C., Browne, M. W., & Cacioppo, J. T, ref. 149

¹⁵³ Dunbar, Robin, ref. 148

¹⁵⁴ Hawkey, L. C., Browne, M. W., & Cacioppo, J. T, ref. 149

zvyšuje seniorský věk a může docházet k fenoménu osamělých žen, které svého partnera ztratili dříve.

- **Vývojová osamělost** – Předpokládá, že každý má v sobě vrozenou touhu po intimitě, být jen sám se sebou. Tahle touha je nezbytná pro vývoj lidské osobnosti. Tedy, že k rozvíjení našeho Já je potřeba samoty.
- **Vnitřní osamělost** – Neznamena, když je člověk sám, tak je osamělý. Lidé s nižší sebeúctou a sebevědomím mohou mít častěji pocity osamění než ostatní. Důvody k tomuto typu osamělosti jsou především osobnostní faktory, často spojené s vyšší mírou úzkosti, psychické lability, nízkého sebevědomí, pocitu viny, bezmocí, či maladaptivními strategiemi.¹⁵⁵

3.3. Teorie osamělosti

Výzkum osamělosti začal v 70. letech 20. století. V současné době existují dva hlavní koncepty osamělosti – jedná se o **teorii sociálního deficitu (Weiss)** a **model kognitivního nesouladu (Peplau a Perlman)**. Existují však i další studie a modely, které souvisejí s osamělostí, jako například evoluční teorie osamělosti. Teorie osamělosti se liší v tom, jak konceptualizují povahu rozporu vnímaného mezi chtěnými a reálnými vztahy.¹⁵⁶

V roce 1973 vydal Robert S. Weiss klíčovou knihu s názvem **“Loneliness: The Experience of Emotional and Social Isolation”**, která se stala stěžejní pro další výzkum osamění. Hlavní myšlenkou jsou dva druhy osamělosti. Rozlišuje sociální a emoční osamělost. Weissova abstraktní koncepce osamělosti je teorie sociálního deficitu, kde označuje osamělost jako *„život bez nějakého potřebného vztahu nebo sady vztahů”*.¹⁵⁷

Teorie sociálního deficitu je založena na tom, že problém nedostatku něčeho konkrétního lze vyřešit pouze obnovením konkrétní věci. Nedostatek vztahů se tedy nedá nahradit ničím jiným než novými vztahy. Poznává také, že „náhodná společnost“ nezlepší zážitek osamělosti a může ji ve skutečnosti zhoršit. Weiss navrhl, aby lidé měli šest životně důležitých lidských potřeb, které, pokud jsou naplněné, chrání před osamělostí. Mezi

¹⁵⁵ Tiwari, Sarvada. (2013). Loneliness: A disease?. Indian journal of psychiatry. 55. 320-2. 10.4103/0019-5545.120536.

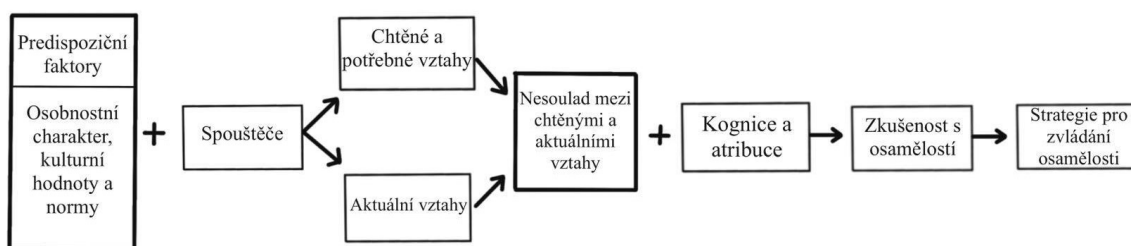
¹⁵⁶ Pozn. Autorky práce

¹⁵⁷ Weiss, RS, ref. 139, s. 17

tyto potřeby patří připoutanost, sociální integrace, příležitost k péči, ujistění o hodnotě, spolehlivost a vedení.¹⁵⁸

Model kognitivního nesouladu vyvinuli Peplau a Perlman s cílem zohlednit subjektivní povahu osamělosti a odlišit ji od objektivní samoty. Podle tohoto modelu si každý jednatel vyvíjí vlastní vnitřní standard pro chtěné vztahy.

Obrázek 3 – Model kognitivního nesouladu¹⁵⁹



V centru modelu je myšlenka, že osamělost nastává, když existuje významný nesoulad mezi požadovanými sociálními vztahy člověka a těmi skutečnými. Zdůrazňuje perspektivu mezi touhami nebo očekáváním ve vztazích a mezi realitou sociálního života konkrétního jedince. Graf znázorňuje i distálnější (distal) předchůdce osamělosti, přičemž rozlišuje **predispoziční faktory**, které činí jedince zranitelnější vůči osamělosti, a spouštěče událostí (precipitating events), které vyvolávají nástup osamělosti. Rovněž **individuální rozdíly v osobnosti** a chování, jako je extrémní plachost nebo nedostatek sociálních dovedností, mohou narušovat vytváření nebo udržování uspokojivých sociálních vztahů, a tím se časem může rozvinout osamělost.

Kulturní hodnoty normy ovlivňují člověka v jeho náchylnosti k osamělosti. Patrné jsou rozdíly například mezi Americkou a Asijskou kulturou. Americká kultura je charakterizována jako individualistická – její hodnoty podporují osobní nezávislost a individuální cíle jsou často na úkor sociálních vazeb. Asijská kultura se zase vyznačuje kolektivností, její hodnoty podporují rodinnou soudržnost a celkovou harmonii mezi členy společenství. Předpokládá se tedy, že zkušenost s osaměním ovlivňují i kulturní rozdíly v hodnotách, jako je individualismus a kolektivismus. Vznik osamělosti je často iniciován **spouštěči**, jako je rozpor mezi skutečnými a požadovanými/potřebnými sociální vztahy. Mezi příklady patří ztráta důležitého vztahu úmrtím blízkého, rozvod nebo narušení

¹⁵⁸ Weiss, RS, ref. 139

¹⁵⁹ „the cognitive discrepancy model of loneliness“

sociálních vztahů způsobených přestěhováním do jiného města, nástupem do nové školy, nebo zaměstnání.

Kognitivní procesy a atribuce ovlivňují zkušenost s osamělostí. Například míra intenzity vnímané osamělosti může být vyšší, pokud člověk vyhodnotí svou vlastní situaci jako horší než u svých vrstevníků, nebo pokud dává osamělost za vinu svým nedostatkům. Ze zkušenosti s osamělostí se vyvíjí strategie pro její zvládnutí.¹⁶⁰

Podle **Cacioppovi evoluční teorie osamělosti** se pocit osamělosti vyvinul jako varovný signál, který nás upozorňuje na potenciální nebezpečí z možné sociální izolace a osamění. Následně nás motivuje k opětovnému spojení se s ostatními lidmi a práci na vzájemných vztazích.¹⁶¹

Model osamělosti dle Hawkey a Cacioppo, předpokládá, že vnímaná sociální izolace se rovná pocitu ohrožení, a to následně odstartuje hypervigilanci,¹⁶² ke které dochází kvůli neustálému skenování prostředí za účelem najít skryté sociální hrozby v jeho prostředí. Nevědomě si pak člověk vytváří kognitivní předsudky nad sociální hrozbou. Osamělí jedinci vidí sociální svět jako více ohrožující místo, kde očekávají více negativních sociálních interakcí a pamatují si více negativních informací. Negativní sociální očekávání osamělých osob, vyvolává v ostatních osobách pocity a chování, které jen potvrzují predikci osamělých osob o pohledu na svoji osobu, a tím se ztotožňují a domnívají se, že příčina společenské izolovanosti je způsobena ostatními a není v jejich moci to ovlivnit.¹⁶³

Osamělí lidé mají často pesimistický pohled na svůj sociální svět. Mají tendenci hodnotit se negativně a očekávají, že to dělají i ostatní. Navíc často nedůvěřují ostatním lidem a používají opatrný styl interakce. Jinými slovy, osamělí lidé často očekávají odmítnutí od ostatních a skenují sociální prostředí, aby získali informace, které toto jejich přesvědčení podporují. Toto sledování možných sociálních nebezpečí může vyvolat strach z negativního hodnocení, které brání vytváření zdravých sociálních vazeb.¹⁶⁴

¹⁶⁰ Perlman, D. and Peplau, L, ref. 119

¹⁶¹ John T. Cacioppo, Stephanie Cacioppo & Dorret I. Boomsma ref. 125

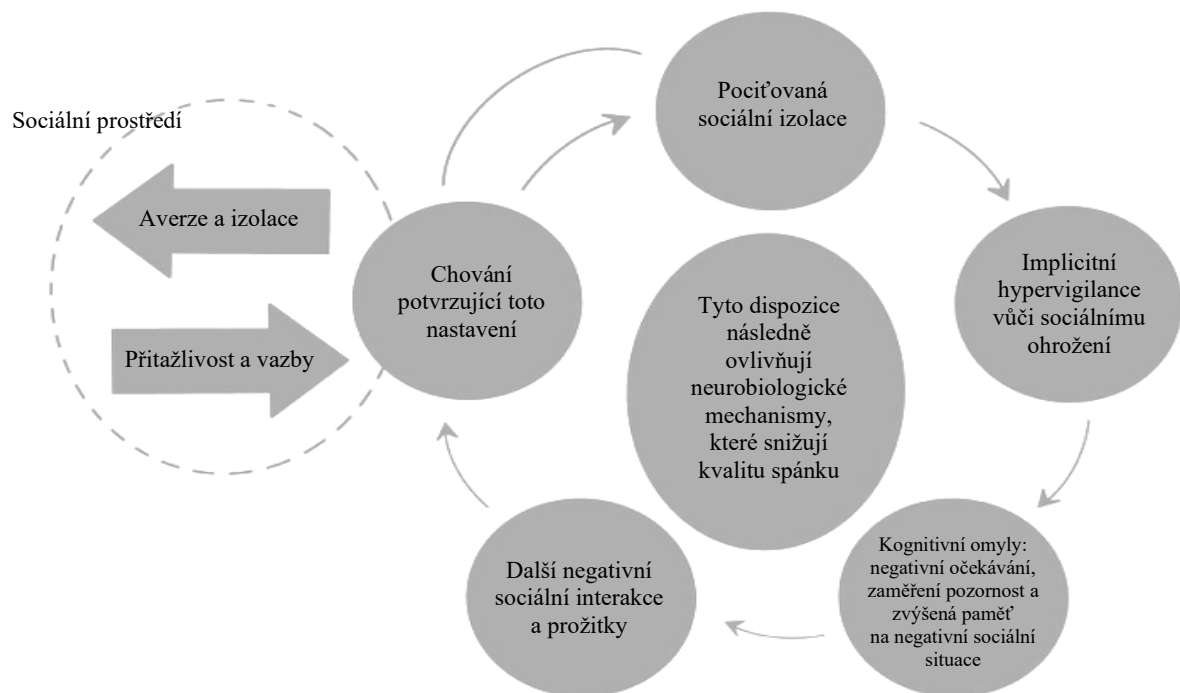
¹⁶² Je stav, zvýšené smyslové citlivosti s přehnanou intenzitou chování. Může způsobovat stav zvýšené úzkosti, která vede k vyčerpání. Pozn autorky.

¹⁶³ Hawkey LC, Cacioppo JT. Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Ann Behav Med.* 2010;40(2):218-227. doi:10.1007/s12160-010-9210-8. s. 4

¹⁶⁴ Cacioppo JT, Ernst JM, Burlison MH, McClintock MK, Malarkey WB, Hawkey LC, Kowalewski RB, Paulsen A, Hobson JA, Hugdahl K, Spiegel D, Berntson GG. Lonely traits and concomitant physiological processes: the MacArthur social neuroscience studies. *Int J Psychophysiol.* 2000 Mar;35(2-3):143-54. doi: 10.1016/s0167-8760(99)00049-5. PMID: 10677643

Osamělí jedinci se mohou považovat za pasivní oběti ve svém společenském světě, ale ve skutečnosti jsou aktivními přispěvateli prostřednictvím svých sebeobránných a paradoxně sebeporážejících interakcí s ostatními.¹⁶⁵ Maladaptivní chování osamělých lidí často způsobuje, že je ostatní odmítají, a tak udržují **cyklus osamělosti**.¹⁶⁶ Bylo zjištěno, že osamělí lidé mají nižší sebevědomí a míru sebeurčení. Vědci se domnívají, že to může vést osamělé lidi k přesvědčení a chování, které dále přispívají k jejich sociální izolaci.¹⁶⁷ Lze tedy říct, že, lidé jsou v zásadě sociální organismy. Když se jedinec cítí sociálně izolovaný, jeho mozek má tendenci přejít do režimu sebezáchovy s řadou biologických, kognitivních, behaviorálních a sociálních důsledků (viz obrázek 1). Tyto efekty mohly sloužit ke krátkodobému přežití v evolučním čase, nicméně přispívají k morbiditě a mortalitě v současné společnosti.¹⁶⁸

Obrázek 4 – Účinky osamělosti na pozornost a sociální chování (cyklus osamělosti)¹⁶⁹



¹⁶⁵ Cacioppo JT, Hawkley LC. Perceived social isolation and cognition. Trends Cogn Sci. 2009 Oct;13(10):447-54. doi: 10.1016/j.tics.2009.06.005. Epub 2009 Aug 31. PMID: 19726219; PMCID: PMC2752489

¹⁶⁶ Cacioppo JT, Patrick B. Loneliness: Human Nature and the Need for Social Connection. New York: W. W. Norton & Company; 2008

¹⁶⁷ Parr, Jamie, and Ercole. "Problems of Loneliness and Its Impact on Health and Well-Being." Leal Filho W., Wall T., Azul A., Brandli L., Özuyar P. (eds) Good Health and Well-Being. Encyclopedia of the UN Sustainable Development Goals. (2020): n. pag. Web.

¹⁶⁸ Cacioppo JT, Cacioppo S. Social Relationships and Health: The Toxic Effects of Perceived Social Isolation. Soc Personal Psychol Compass. 2014;8(2):58-72. doi:10.1111/spc3.1208

¹⁶⁹ Cacioppo JT, Hawkley LC, ref. 163

3.4. Aspekty zkoumání osamělosti

Tato podkapitola představuje oblasti a aspekty zkoumání osamělosti v populaci. Vycházím ze zahraničních studií, které poskytují základní rámec pro úvod do problematiky v širší perspektivě. V českém kontextu se můžeme setkat spíše s tématem osamělosti v seniorské problematice.

3.4.1. Osamělost z hlediska věkových skupin a genderu

Na osamělost má významný vliv pohlaví, tedy že jsou ženy více osamělé.¹⁷⁰ Ženy se cítí osaměleji než muži. Osamělost se šíří rychleji v ženských sociálních sítích. V rodině se většinou osamělost objevuje méně často než v jiných sociálních skupinách.¹⁷¹ Zatímco tento trend je obecně konzistentní u mužů i u žen, byl identifikován „bod zlomu“, při kterém se míra osamělosti zrychlila u žen ve věkové skupině nad 55 let a ve věku nad 75 let u mužů. V kombinaci s pozorovanými rozdíly se může jednat o jinou citlivost na změny, které s vyšším věkem nastávají a vnímají je rozdílně. Jako je vdovství, chronická nemoc, péče o člena rodiny.¹⁷²

Osamělost je často považována za zvláštní **problém stáří**, ve kterém dochází ke zvýšení sociální izolace spojené se ztrátou členů rodiny, partnerů a přátel. Tato premisa vedla k množství výzkumů osamělosti u starších dospělých. Výsledky však nepotvrzují tento předpoklad. Ve skutečnosti nebylo zjištěno, že se osamělost zvyšuje ve stáří, dokud člověk nedosáhne věku 80 let a výše. Celkově vztah mezi věkem a osamělostí tvoří nelineární rozdělení ve tvaru písmene U. Což naznačuje, že osamělost je nejvyšší u dospívajících a u osob ve věku 80 let nebo starších, ale zůstává relativně stabilní po celou dobu dospělosti.¹⁷³

Na **dospívání** je obecně pohlíženo jako na období charakterizované pocity intenzivní osamělosti. V popředí je důležitost vztahů mezi vrstevníky. Vědci také prozkoumali osamělost **u dětí** a dospěli k závěru, že „dětí mají základní znalosti o tom, co to znamená být osamělé“, a že osamělost lze u dětí spolehlivě měřit. Výzkum osamělosti v dětství

¹⁷⁰ Badcock JC, Shah S, Mackinnon A, Stain HJ, Galletly C, Jablensky A, Morgan VA Loneliness in psychotic disorders and its association with cognitive function and symptom profile. *Schizophr Res.* 2015 Dec; 169(1-3):268-273.

¹⁷¹ HONZÁK, Radkin, ref. 121

¹⁷² Christina R. Victor & Keming Yang (2012) The Prevalence of Loneliness Among Adults: A Case Study of the United Kingdom, *The Journal of Psychology*, 146:1-2, 85-104, DOI: 10.1080/00223980.2011.613875

¹⁷³ Victor CR, Yang K. The prevalence of loneliness among adults: a case study of the United Kingdom. *J Psychol.* 2012 Jan-Apr;146(1-2):85-104. doi: 10.1080/00223980.2011.613875. PMID: 22303614.

se převážně zaměřuje na vzájemné vztahy. Děti, které jsou sociálně vyloučené nebo šikanované, uvádějí vyšší míru osamělosti.¹⁷⁴

3.4.2. Vliv osamělosti na psychické a fyzické zdraví

Vliv osamělosti na psychiku člověka byl ve výzkumných počátcích charakterizován jako chronický stres s negativními dopady na běžné fungování člověka. Taktéž bývá spojován s poruchami osobnosti, psychózami, suicidálním chováním a jako významný rizikový faktor pro depresi, zvýšením rizikem Alzheimerovy nemoci a zhoršením depresivních stavů.¹⁷⁵ Taktéž nepříznivě ovlivňuje kardiovaskulární systém. Osamělost může být viděna i jako latentní příčina hospitalizace. Až doposud je osamělost považována za symptomy duševních a zdravotních problémů, především u osob ve věku nad 60 let, kdy lze považovat osamělost jako nemoc samu o sobě a měla by si najít své místo v kvalifikaci psychiatrických poruch.¹⁷⁶

Myšlenku osamění jako nákazu představuje Framinghamská longitudinální studie, která se zaměřuje na kardiovaskulární rizika. Poukazuje na osamělost šířící se nakažlivým procesem a na přesun osamělých jedinců na okraj sociálních sítí v průběhu času. Nákaza osaměním je definována jako přenos stavu přímým nebo nepřímým kontaktem virulence, částečně jej určuje expozice (tj. dávka). Výsledky studie ukázaly, že osamělost se vyskytuje v klastrech v rámci sociálních sítí, je neúměrně zastoupena na okraji těchto sítí. Dále rozšiřuje tři stupně odloučení a je silnější u žen než u mužů.¹⁷⁷

Osamělost má často závažné důsledky pro fyzické i duševní zdraví. Rostoucí množství studií ukazuje, že osamělost je spojena s vyšší úmrtností a zvýšenou morbiditou.¹⁷⁸ Podle Julianne Holt-Lunstad nedostatek sociálních vazeb zvyšuje zdravotní rizika stejně jako vykouření 15 cigaret denně nebo škodlivé užívání alkoholu. Zjistila také, že osamělost a sociální izolace jsou pro fyzické a duševní zdraví dvakrát tak škodlivé jako obezita.¹⁷⁹

¹⁷⁴ Asher, Steven R., and Julie A. Paquette. "Loneliness and Peer Relations in Childhood." *Current Directions in Psychological Science* 12, no. 3 (June 2003): s. 75–78

¹⁷⁵ Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging*, 21(1), 140–151. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.21.1.140>

¹⁷⁶ Asher, Steven R., and Julie A. Paquette, ref. 174

¹⁷⁷ Cacioppo JT, Hawkley LC, ref. 165, s. 447–454.

¹⁷⁸ Holt-Lunstad, Julianne & Smith, Timothy & Baker, Mark & Harris, Tyler & Stephenson, David. (2015). Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. *Perspectives on Psychological Science*. 10. 227-237. 10.1177/1745691614568352.

¹⁷⁹ Novotney, A. (2020, March). The risks of social isolation. *Monitor on Psychology*, 50(5). Dostupné z: <http://www.apa.org/monitor/2019/05/ce-corner-isolation>

Studie důsledně ukazují, že osamělost je vysoce převládající u osob postižených chronickými nemocemi. V některých případech je prevalence osamělosti u chronicky nemocných až 75–97 %.¹⁸⁰ Řada studií prokázala, že osamělost je zvláště častá u lidí s infekcí HIV. Nálezy mohou být ovlivněny stigmatem spojeným s některými chronickými zdravotními stavy, které vylučují lidi z jejich sociálních sítí.¹⁸¹

3.4.3. Sociální aspekty osamělosti

Jeden z faktorů, který lidem ztěžuje únik z osamělosti, je stigma spojené s tímto stavem. Několik studií skutečně naznačuje, že osamělost je stigmatizovaný stav, takže lidé připisují osamělým jednotlivcům více negativních charakteristik než těm, kteří nejsou osamělí.¹⁸² Například Lau & Gruen požádali vysokoškoláky, aby vyhodnotili hypotetického osamělého nebo neosamělého vrstevníka. Zjištění odhalila, že účastníci hodnotili osamělého partnera jako méně upraveného, kompetentního a sympatického než neosamělého partnera. V téhle studii vnímají jako významnou proměnnou pohlaví.¹⁸³

Osamělé ženy byly vnímány pozitivněji než osamělí muži, u kterých se předpokládá vyšší psychická odolnost. Autoři spekulují, že osamělost je negativní psychologický stav, který je méně přijatelný pro muže než pro ženy. Lidé s nedostatky ve svých vztazích si nepřipouštějí, že jsou osamělí. V řadě starších studií, které se zabývají stigmatizací osamělých, uváděli, že osamělý člověk neví, jak najít přátele, takže se vyhýbá jakýmkoliv sociálním kontaktům, má špatné vztahy s rodinou a je hodně uzavřený do sebe. Tehdy se předpokládalo, že osamělost je zapříčiněna deficitem sociálních kompetencí a motivací pro navazování vztahů.¹⁸⁴ Novodobé studie dokazují že osamělí lidé jsou stejně sociálně kompetentní jako neosamělí, či se neliší v každodenních činnostech ani v množství času stráveného o samotě.¹⁸⁵ Osamělost je ovlivňována jak osobními charakteristikami, tak

¹⁸⁰ Mittal S, Nagendrareddy SG, Sharma ML, Agnihotri P, Chaudhary S, Dhillon M. Age estimation based on Kvaal's technique using digital panoramic radiographs. *J Forensic Dent Sci.* 2016;8(2):115. doi:10.4103/0975-1475.186378

¹⁸¹ Hawkley, Louise & Thisted, Ronald & Cacioppo, John. (2009). Loneliness Predicts Reduced Physical Activity: Cross-Sectional & Longitudinal Analyses. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association.* 28. 354-63. 10.1037/a0014400.

¹⁸² Natalie A. Kerr, Taylor B. Stanley, Revisiting the social stigma of loneliness, *Personality and Individual Differences*, 2020, 110482, ISSN 0191-8869,

¹⁸³ Lau S, Gruen GE. The Social Stigma of Loneliness: Effect of Target Person's and Perceiver's Sex. *Personality and Social Psychology Bulletin.* 1992;18(2):182-189. doi:10.1177/0146167292182009

¹⁸⁴ Natalie A. Kerr, Taylor B. Stanley, Revisiting the social stigma of loneliness, *Personality and Individual Differences*, 2020, 110482, ISSN 0191-8869,

¹⁸⁵ Queen, T. L., Stawski, R. S., Ryan, L. H., & Smith, J. (2014). Loneliness in a day: Activity engagement, time alone, and experienced emotions. *Psychology and Aging*, 29(2), 297–305.

kontextuálními faktory. Mnoho výzkumů se zaměřilo na determinanty osamělosti na úrovni jednotlivců, v poslední době byla uznána potřeba mezikulturních studií a důležitých faktorů na komunitu a životní prostředí. Ukázalo se, že mnoho proměnných silně **koreluje s osamělostí, včetně příjmu domácnosti a dosaženého vzdělání.**¹⁸⁶ Je také známo, že frekvence osamělosti souvisí s věkem, rodinným stavem, pohlavím a socioekonomickým statusem. V souvislosti se socioekonomickým statusem můžeme říct, že člověk se cítí méně osamocený, když má vyšší příjmy, vyšší úroveň vzdělání a je zaměstnán. **Zaměstnání předpokládá ochranu proti alespoň sociální osamělosti prostřednictvím sociálního kontaktu s kolegy a časové struktury.**¹⁸⁷

V souvislosti s pracovním prostředím přichází bývalý ministr zdravotnictví USA Murthy s termínem „**epidemie osamělosti**“. S osamělostí zachází jako s krizí veřejného zdraví a s pracovištěm jako s jedním z hlavních míst, kde se může zlepšit nebo zhoršit. Naše sociální vazby jsou ve skutečnosti do značné míry ovlivněny institucemi a prostředím, kde trávíme většinu času, to zahrnuje i pracoviště. I když žijeme v technologicky nejvíce propojeném věku v historii civilizace, tak se míra osamělosti od 80. let zdvojnásobila. Osamělost na pracovišti je spojena se snížením výkonu a plnění úkolů. Omezuje kreativitu a snižuje další aspekty výkonných funkcí, jako je rozhodování.¹⁸⁸

Osamělost je běžnou zkušeností u 80 % populace ve věku do 18 let a 40 % populace ve věku nad 65 let uvádí, že se alespoň jednou v životě cítili osamoceně. Osamělost je obecně uváděna více u dospívajících a malých dětí, na rozdíl od mýtu, že se vyskytuje více u starších osob. Důvodem je to, že starší lidé mají jisté copingové strategie a mohou se díky nim osamělosti přizpůsobit. Zatímco u adolescentů tyto určité dovednosti chybí. Pro období dospívání je navíc pocit sounáležitosti zásadní při formování identity. Starší lidé s tělesným onemocněním a zdravotním postižením uvádějí vyšší prevalenci osamělosti ve srovnání se staršími lidmi bez fyzického onemocnění a zdravotního postižení.¹⁸⁹

¹⁸⁶ Page RM, Cole GE. Demographic Predictors of Self-Reported Loneliness in Adults. *Psychological Reports*. 1991;68(3):939-945. doi:10.2466/pr0.1991.68.3.939

¹⁸⁷ Parr, Jamie, and Venessa Ercole. "Problems of Loneliness and Its Impact on Health and Well-Being." Leal Filho W., Wall T., Azul A., Brandli L., Özuyar P. (eds) *Good Health and Well-Being*. Encyclopedia of the UN Sustainable Development Goals. (2020): n. pag. Web.

¹⁸⁸ McGregor J. This former surgeon general says there's a 'loneliness epidemic' and work is partly to blame. *The Washington Post*. 2017 October 4, 2017

¹⁸⁹ Mushtaq R, Shoib S, Shah T, Mushtaq S. Relationship between loneliness, psychiatric disorders and physical health? A review on the psychological aspects of loneliness. *J Clin Diagn Res*. 2014;8(9):WE01-WE4. doi:10.7860/JCDR/2014/10077.4828)

4. Zkoumání osamělosti u lidí s duševním onemocněním

Z dostupných studií, které se zabývají problematikou osamělosti v souvislosti s duševním onemocněním, lze poukázat na fakt, že je to málo probádaná oblast, které se stále věnuje málo výzkumů. V této kapitole se věnuji rešerši dostupných studií, které se zabývají osamělostí u lidí s duševním onemocněním.

Lidé s psychotickými poruchami se často cítí osaměle a mnozí očekávají, že budou osamělí i v budoucnu. Trvalá osamělost je jednou z klíčových zkušeností hlášených jednotlivci s hraniční poruchou osobnosti (HPO). Již v roce 1979 identifikovali Adler a Buie zkušenosti s intenzivně bolestivou osamělostí jako základní a centrální aspekt jedinců s hraniční poruchou osobnosti.¹⁹⁰ Gunderson zdůraznil, že neschopnost vyrovnat se s osamělostí odlišuje hraniční poruchu osobnosti od jiných poruch, jako jsou posttraumatická stresová porucha nebo depresivní porucha. Navrhuje hypotézu, že se může vyvinout v důsledku zneužívání primárních pečovatелů. Nesnášenlivost osamělosti je u jedince s hraniční poruchou osobnosti tak charakteristická, že byla dokonce považována za jednu z diagnostických kritérií pro HPO.¹⁹¹ Ve studii z roku 2016 autoři zkoumali, zda intenzivní pocity osamělosti u lidí s hraniční poruchou osobnosti souvisejí se silnější sociální izolací a zhoršeným sociálním fungováním u těchto jedinců. Výsledky studie ukazují, že osamělost u lidí s HPO je podpořena skutečnou sociální izolovaností a nedostatkem jakéhokoliv kontaktu.¹⁹²

Indický vědecký tým zkoumal souvztažnost osamění a duševního onemocnění. Poukazují zde třeba na fakt, že osamělost mnoho autorů považuje za součást deprese, se kterou sdílí nějaké příznaky, jako jsou bezmoc a bolest. Osamělost není tedy zkoumána samostatně, ale jen v rámci depresivních jedinců.¹⁹³

Australská Studie se zabývá prevalencí osamělosti u psychotických poruch a její souvislostí s příznaky a kognitivní výkonností. Prevalence osamělosti byla vysoká u depresivních psychóz, kde se pohybovala se kolem 94 %, zatímco u ostatních kolem 75 %.

¹⁹⁰ Buie DH, Adler G. Definitive treatment of the borderline personality. *Int J Psychoanal Psychother.* 1982-1983;9:51-87. PMID: 6759434.

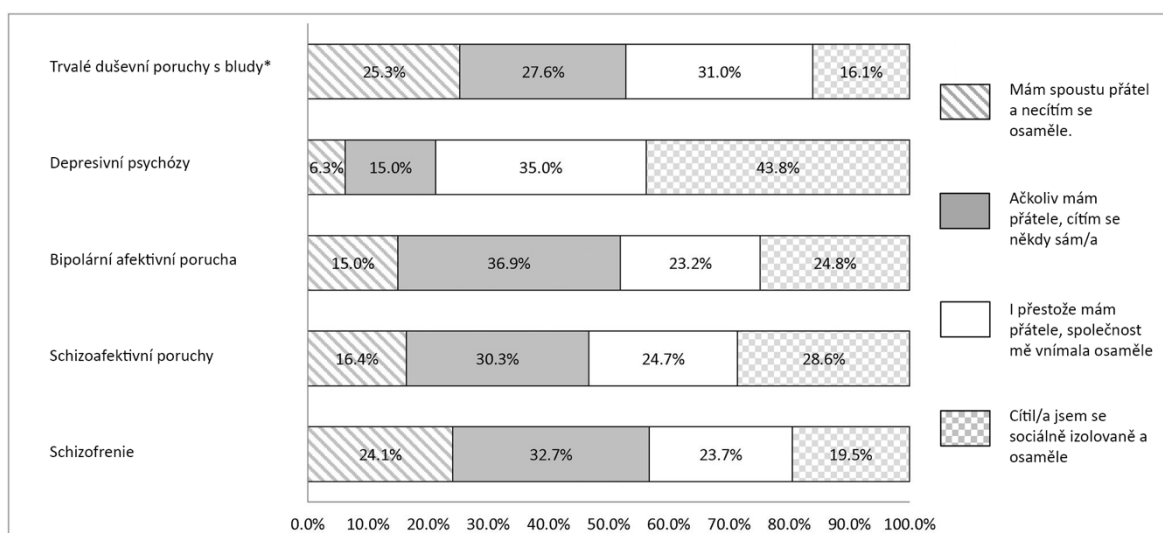
¹⁹¹ Gunderson JG. The borderline patient's intolerance of aloneness: insecure attachments and therapist availability. *Am J Psychiatry.* 1996 Jun;153(6):752-8. doi: 10.1176/ajp.153.6.752. PMID: 8633685.

¹⁹² Liebke, L., Bungert, M., Thome, J., Hauschild, S., Gescher, D. M., Schmahl, C., Bohus, M., & Lis, S. (2016, August 8). Loneliness, Social Networks, and Social Functioning in Borderline Personality Disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment.* Advance online publication.

¹⁹³ Mushtaq R, Shoib S, Shah T, Mushtaq S, ref. 189

Osamělost je zde spojována s anhedonií a subjektivní poruchou myšlení. Ze studie vyplývá, že osamělost je běžná u všech psychotických poruch, zejména u depresivní psychózy. Konkrétně je spojena se ztrátou potěšení, neuspořádanými myšlenkami a negativně ovlivňuje kognitivní fungování. Studie se zabývala otázkami, které si kladly za cíl objasnit například: jestli osamělost převládá u lidí s psychiatrickou diagnózou více než v obecné komunitě, jestli se osamělost liší mezi různými kategoriemi psychóz a jestli je osamělost spojena s přítomností konkrétních příznaků. Výsledky ukazují, že participanti s diagnostikovanou schizoafektivní psychózou, bipolární poruchou a depresivní psychózou se cítí osaměle častěji než participanti se schizofrenií.¹⁹⁴

Obrázek 5 – Hodnocení osamělosti napříč pěti kategoriemi psychotických poruch¹⁹⁵



Většina účastníků tohoto vzorku (tj. napříč všemi formami psychotického onemocnění), 79,9 %, uvedla, že se za posledních 12 měsíců cítila osamělá. Konkrétní rozdělení odpovědí bylo následující:

- (1) mám spoustu přátel a necítím se osaměle – 20,1 %,
- (2) ačkoliv mám přátele, cítím se někdy sám/sama – 31,9 %,
- (3) i přestože mám přátele, společnost mě vnímá osaměle – 24,8 %,
- (4) cítil/a jsem se sociálně izolovaně a osaměle – 23,2 %.¹⁹⁶

¹⁹⁴ Badcock JC, et al. Loneliness in psychotic disorders and its association with cognitive function and symptom profile. *Schizophr. Res.* 2015;169:268–273. doi: 10.1016/j.schres.2015.10.027.

¹⁹⁵ Badcock JC, et al., ref. 194

¹⁹⁶ Badcock JC, et al., ref. 194

Současné studie potvrzují, že pocit osamělosti je rozšířený mezi lidmi s psychotickými poruchami napříč všemi diagnostickými kategoriemi, ale zejména ve skupinách afektivních psychóz.¹⁹⁷

Osamělost je u lidí se zkušeností se schizofrenií častým zážitkem. Předchozí výzkumy uvádějí, že osamělost je u schizofrenie spojena s horším fyzickým a emocionálním zdravím. Několik studií však přímo srovnávalo osamělost a její korelace u osob se schizofrenií a u lidí bez náznaků duševního onemocnění. Studie ukazuje, že síla korelace byla napříč skupinami do značné míry podobná. Přičemž osamělost byla spojována s depresí, úzkostí a vnímaným stresem a negativně korelovala s duševní pohodou, vnímaným štěstím a psychickou odolností. Podle publikované komparativní studie je osamělost odlišná od ostatních deficitů souvisejících se schizofrenií a funguje podobně napříč lidmi se schizofrenií a lidmi bez náznaků duševního onemocnění, což naznačuje, že teoretické modely osamělosti vyvinuté v obecné populaci se mohou generalizovat na lidi s duševním onemocněním.¹⁹⁸

Osamělost u schizofrenie tedy pravděpodobně není pouhým zástupcem pro nějaký jiný deficit související se schizofrenií (např. deprese, negativní příznaky atd.), ale spíše je to zřetelný fenomén s klinicky významnými negativními účinky. I přes tuto celkovou podobnost se vyskytlo několik rozdílů v korelaci napříč skupinami. Konkrétně lidé bez příznaků duševní nemoci vykazovali silnější asociaci mezi osamělostí a věkem než jedinci se schizofrenií, u nichž tato korelace nebyla významná. Pravděpodobným vysvětlením tohoto zjištění je, že sociálně-environmentální faktory související s věkem, které přispívají k asociaci věku s osamělostí v obecné populaci, mohou být méně relevantní u schizofrenie, jako je nízká kvalita manželství nebo ztráta partnera.¹⁹⁹

Na souvislosti s vážným duševním onemocněním se zaměřuje studie, která zkoumá spojitost mezi VDO, osamělostí a vznikem kardiovaskulárních onemocnění. Jedinci s VDO, mají o 15–20 let kratší délku života ve srovnání s běžnou populací. Hlavní příčinou zvýšené úmrtnosti je vysoké riziko kardiovaskulárních onemocnění. V poslední době se objevily důkazy implikující osamělost jako faktor, který může přispívat ke komorbiditě

¹⁹⁷ Stain HJ, Galletly CA, Clark S, Wilson J, Killen EA, Anthes L, Campbell LE, Hanlon MC, Harvey C. Understanding the social costs of psychosis: the experience of adults affected by psychosis identified within the second Australian National Survey of Psychosis. *Aust N Z J Psychiatry*. 2012 Sep;46(9):879-89. doi: 10.1177/0004867412449060. Epub 2012 May 29. PMID: 22645395.

¹⁹⁸ Eglit GML, Palmer BW, Martin AS, Tu X, Jeste DV (2018) Loneliness in schizophrenia: Construct clarification, measurement, and clinical relevance. *PLoS ONE* 13(3): e0194021

¹⁹⁹ Qualter P, Vanhalst J, Harris R, Van Roekel E, Lodder G, Bangee M, et al. Loneliness across the life span. *Perspectives on psychological science: a journal of the Association for Psychological Science*. 2015; 10(2):250–64. Epub 2015/04/25. <https://doi.org/10.1177/1745691615568999> PMID: 25910393.

kardiovaskulárních onemocnění. Předpokládají genetické rizikové faktory osamělosti. Negativní sociální očekávání, mohou zvyšovat i riziko paranoie, a tím i riziko vzniku psychotické poruchy. Osamělost je také pravděpodobně spojena se sociální uzavřeností a demotivací, což jsou negativní příznaky u všech VDO. Předsudky mají dále tendenci negativně ovlivňovat chování osamělých jedinců (např. vykazují menší důvěru), což může ostatní odradit od hledání kontaktu a vyvolat depresivní příznaky. Podobné procesy mohou zahrnovat bipolárně afektivní poruchu a depresivní poruchy. Můžeme spekulovat, že lidé s BAP, kteří vykazují psychotické příznaky, jako je paranoia, jsou náchylnější k sociálnímu uzavření, což přispívá k osamělosti. Naopak jedinci, kteří jsou více společensky aktivní v manických fázích, se mohou cítit méně osamělí. Celkově zjištění naznačují, že genetické determinanty duševních procesů a chování přispívající k osamělosti se překrývají s vážným duševním onemocněním. Faktory prostředí, jako je omezená sociální síť, nedostatek příležitostí pro sociální interakce, chudoba a stigma, však zůstávají důležitými prediktory osamělosti u VDO.²⁰⁰

Některé studie naznačují, že jedinci se schizofrenií mají menší sociální sítě a méně uspokojivé vztahy. Jedna konkrétní se zabývala obdobím velmi vysokého rizika pro rozvoj psychózy u mládeže. Byly zkoumány rozdíly mezi jedinci s velmi vysokým rizikem a zdravými účastníky a asociace mezi sociálními vztahy, příznaky a fungováním. Výsledky ukázaly významné rozdíly mezi skupinami. Mládež v rizikovém období uváděla méně blízkých přátel, méně různorodé sociální sítě, méně vnímanou sociální podporu, horší kvalitu vztahů s rodinou, přáteli a více osamělosti. Zároveň jsou zhoršená kvalita vztahů a vyšší pocity osamělosti spojeny s větší závažností příznaků nemoci a nižším celkovým fungováním ve společnosti.²⁰¹

Existuje několik možných mechanismů spojujících osamělost s psychotickými příznaky, jako jsou halucinace. Osamělost může přímo zvyšovat úzkost a depresi.²⁰² Což může dále zhoršovat příznaky psychózy. Osamělost může také udržovat negativní

²⁰⁰ Rødevand, L., Bahrami, S., Frei, O. et al. Polygenic overlap and shared genetic loci between loneliness, severe mental disorders, and cardiovascular disease risk factors suggest shared molecular mechanisms. *Transl Psychiatry* 11, 3 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41398-020-01142-4>

²⁰¹ Robustelli BL, Newberry RE, Whisman MA, Mittal VA. Social relationships in young adults at ultra high risk for psychosis. *Psychiatry Res.* 2017 Jan;247:345-351. doi: 10.1016/j.psychres.2016.12.008. Epub 2016 Dec 7. PMID: 27987484; PMCID: PMC5217827.

²⁰² Heinrich LM, Gullone E. The clinical significance of loneliness: a literature review. *Clin Psychol Rev.* 2006;26:695-718.

přesvědčení o sobě a ostatních lidech, což může zase zvyšovat frekvenci paranoidních myšlenek.²⁰³

Gayer-Anderson a Morgan navrhli sebezáchovný cyklus psychózy a osamělosti. Navrhli tezi, ve které osamělost hraje v psychotických zážitcích udržovací roli. Je však také možné, že osamělost může být stěžejní při nástupu psychózy.²⁰⁴ Zatímco někteří autoři mají hypotézu, že osamělost zprostředkovává vývoj psychotických symptomů, další autoři naznačují, že osamělost může být sekundární k psychotickým zkušenostem.²⁰⁵

V metastudii, která porovnává deset studií o osamělosti u lidí s diagnostikovanou psychotickou poruchou, byla zjištěna heterogenita v hodnocení osamělosti a došlo k rozporuplným zjištěním ve vztahu mezi osamělostí a psychotickou symptomatologií. U osob s psychózou může být osamělost ovlivněna psychologickými a sociálními faktory, jako jsou zvýšená deprese, psychóza a úzkost, špatná sociální podpora, špatná kvalita života, stigma a nízké sebevědomí. Vztah mezi osamělostí a psychózou zůstává špatně pochopen kvůli nedostatku studií. Přestože mají pevné sociální vztahy zásadní význam pro usnadnění zotavení se z vážných duševních chorob, psychosociální intervence, které se konkrétně zaměřují na osamělost u jedinců s psychózou, chybí.²⁰⁶

S výše uvedenými studii souvisí fakt, že výzkumy na fenomenologické úrovni jsou nedostatečné. Fenomén osamělosti je zkoumán spíše v rámci klinických výzkumů, kde se zaměřují například na vliv osamělosti na rizika kardiovaskulárních onemocnění, obezity, demence atp.

Osamělost v rámci duševního onemocnění je zase zkoumána v malé míře s ohledem na jednotlivé diagnózy, ovšem v mnoha případech nejčastěji využívaným dotazníkem UCLA (University of California, Los Angeles). Jedná se o dvacetipoložkovou stupnici určenou k měření subjektivních pocitů osamělosti a pocitů sociální izolace. Účastníci hodnotí každou položku pomocí čtyřbodové Likertovi škály, kde jsou výroky diferencovány jako:

- O – often („Často se tak cítím“),
- S – sometimes („Někdy se tak cítím“),

²⁰³ Freeman D, Garety PA. Connecting neurosis and psychosis: the direct influence of emotion on delusions and hallucinations. *Behav Res Ther.* 2003;41:923–947

²⁰⁴ Gayer-Anderson C, Morgan C. Social networks, support and early psychosis: a systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2013;22:131–146.

²⁰⁵ Michalska da Rocha B, Rhodes S, Vasilopoulou E, Hutton P. Loneliness in Psychosis: A Meta-analytical Review. *Schizophr Bull.* 2018;44(1):114-125. doi:10.1093/schbul/sbx036

²⁰⁶ Lim MH, Gleeson JFM, Alvarez-Jimenez M, Penn DL. Loneliness in psychosis: a systematic review. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2018;53:221–238. doi: 10.1007/s00127-018-1482-5.

- R – rarely („Takto se cítím jen zřídka“),
- N – never („Nikdy se tak necítím“).²⁰⁷

Tento dotazník byl třikrát revidovaný a je nyní považován za spolehlivý nástroj k měření osamělosti napříč populací. Většina zmíněných výzkumných studií tedy využívá tento dotazník.

Dle studie, která se zaměřuje na redukci osamělosti v rámci duševního zdraví, by zkoumání komplexního pocitu osamělosti mělo být v ideálním případě prozkoumáno u jedince individuálně a s ohledem na jeho situaci, včetně jeho názorů na to, co mohlo „vést“ k jeho pocitu osamělosti.²⁰⁸ Tedy spíše fenomenologickou cestou. Fenomenologické studie se zaměřují na to, jak lidé vnímají a mluví o objektech a událostech v jejich životě. Nejde tedy o popsání jevů podle předem stanoveného kategoriálního systému a vědeckých kritérií. Jedná se spíše o „bracketing“ (uzávorkování) předsudků a o umožnění fenoménům mluvit za sebe.²⁰⁹

4.1. Shrnutí

Výsledky studií ukazují, že existuje souvztažnost mezi duševním onemocněním a prevalencí osamělosti, která se odráží především ve větší sociální izolovanosti následkem negativních působení nemoci, která člověka více uzavírá. Celkově se tedy přepokládá, že člověk s duševním onemocněním má objektivně méně kontaktů. Obecně se tedy dá říct, že teorie osamělosti, které vycházejí především z rozporu mezi chtěnými a aktuálními vztahy, se dá aplikovat i na populaci lidí s duševním onemocněním. Rozpory se jinak vyskytují u starší věkové kategorie, kdy u běžné populace je silnější asociace s osamělostí než u lidí s vážným duševním onemocněním, kdy asociace není tak silná. Dá se tedy říct, že prevalence u lidí s duševním onemocněním je napříč věkovými kategoriemi podobná. Osamělost u lidí s duševním onemocněním je ovlivněna psychologickými a sociálními faktory, jako jsou zvýšená deprese, psychóza a úzkost, špatná sociální podpora, špatná kvalita života, stigmatizace a nízké sebevědomí. Pro většinu lidí s vážným duševním onemocněním (schizofrenie, bipolární afektivní porucha, deprese, ale i hraniční porucha osobnosti) je

²⁰⁷ Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66(1), 20–40

²⁰⁸ Mann F, Bone JK, Lloyd-Evans B, et al. A life less lonely: the state of the art in interventions to reduce loneliness in people with mental health problems. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2017;52(6):627-638. doi:10.1007/s00127-017-1392-y

²⁰⁹ Pietkiewicz, Igor & Smith, Jonathan. (2014). A practical guide to using Interpretative Phenomenological Analysis in qualitative research psychology. *CPPJ.* 20. 7-14. 10.14691/ CPPJ.20.1.7.

zkušenost s osaměním častá. Platí předpoklad, že čím jsou příznaky nemoci vážnější, tedy, že narušují sociální fungování ve společnosti, tím je osamění pravděpodobnější. Osamělost u lidí s duševním onemocněním můžeme považovat za klinický fenomén, který má negativní účinky. Množství fenomenologických výzkumů, které by více přiblížily prožívání osamělosti u lidí s duševním onemocněním je mizivé. Ve většině dosud publikovaných klinických studií je využíván dotazník UCLA.

5. Empirická část

V této části diplomové práce se zabývám hlavní výzkumnou otázkou: „**Jak prožívají osamělost lidé s vážným duševním onemocněním?**“ Definuji cíl výzkumu, metodu sběru dat a výběr vzorku. Budu využívat data získaná kvalitativní metodou výzkumu, polostrukturovaným rozhovorem s respondenty, kteří mají zkušenost s vážným duševním onemocněním a zkušenost s osamělostí. Tato data budu následně pomocí zvolené výzkumné metody analyzovat. V závěru své práce budu uvádět zjištěné výsledky svého výzkumu.

„Pochopit prožívání je důležité pro empatické reagování sociálních pracovníků v dlouhodobém vztahu s klienty“²¹⁰

5.1. Cíle výzkumu a výzkumná otázka

Jednou z indikací k následujícímu výzkumu je česká studie z roku 2014, kde autoři reflektují, že oblast zkoumání vlivu osamělosti u lidí s psychiatrickým onemocněním je nedostatečná.²¹¹ Existující zahraniční studie, se osamělosti věnují ve velmi vymezeném okruhu. Druhou indikací je vnímaná problematika osamění v sociální práci s lidmi s duševním onemocněním.

Cílem výzkumu je odpovědět na hlavní výzkumnou otázku. Výzkumná otázka byla koncipována tak, aby odpovídala požadavkům zvolené metody. U interpretativní fenomenologické analýzy (dále IPA) se výzkumná otázka zaměřuje na to, jak jednotlivci nebo skupina vnímají či prožívají určitou situaci, se kterou jsou konfrontováni a jakým způsobem přisuzují smysl této zkušenosti. Přičemž otázka nevychází ze studia literatury k danému tématu. Výzkumná otázka je u IPA zaměřená především fenomenologicky, tedy na porozumění zkušenosti jedince a jejímu významu. Výzkumná otázka by měla mít spíše explorativní než objasňující charakter. Je spíše zaměřená na proces než na výsledek, a spíše záleží na významu než na konkrétních příčinách.²¹² S tímto ohledem je znění hlavní výzkumné otázky takové: „**Jak prožívají osamělost lidé s vážným duševním onemocněním?**“

²¹⁰PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ, ref. 10, s. 49

²¹¹TYLOVÁ, KUŽELOVÁ a PTÁČEK, ref. 120

²¹²KOUTNÁ KOSTÍNKOVÁ, Jana a Ivo ČERMÁK. Interpretativní fenomenologická analýza. In Tomáš Řiháček, Ivo Čermák, Roman Hytych. Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2013. s. 9–43. ISBN 978-80-210-6382-2.

5.2. Metoda

Pro výzkum jsem zvolila kvalitativní výzkumný rámec prostřednictvím interpretativní fenomenologické analýzy. Metodu IPA jsem zvolila proto, že poskytuje flexibilní přístup k výzkumu, respondentovu zkušenost dává do centra výzkumu a umožňuje vznik nových zajímavých informací během rozhovoru. Především mi šlo o zaměření se na žitou zkušenost respondenta a jeho vnímání situace, IPA tento přístup přímo nabízí. Součástí IPA je práce s dvojí hermeneutikou, kdy se respondent snaží porozumět své zkušenosti s daným fenoménem, zároveň výzkumník se snaží porozumět tomu, jakým způsobem k tomuto porozumění respondent dospívá.²¹³ IPA má teoretické zakotvení ve třech částech: fenomenologii, hermeneutice a idiografickém přístupu.²¹⁴

- **Fenomenologie** vychází z Husserlovy filozofie, která se vrací „k věcem samým“, tedy spočívá v systematickém objasňování toho, jak se nám, co jeví, a jak se to projevuje ve vědomí. Tohle východisko je konfrontováno Heidegrem, který vychází ze základního faktu, že vždy nějak rozumíme našemu bytí i to s čímž se setkáváme.²¹⁵
- **Hermeneutika** vznikla jako odnož fenomenologie v oblasti gnozeologie.²¹⁶ Heideger ji využívá pro porozumění struktury lidského bytí na světě.²¹⁷ V rámci hermeneutického přístupu podle zakladatele moderní hermeneutiky H. G. Gadamera přistupuje čtenář k textu již předpojatě s předběžným porozuměním. Proto je důležité, aby si tuto situaci uvědomil. Dvojí hermeneutika znamená, že se respondent snaží porozumět své zkušenosti s daným fenoménem a zároveň se výzkumník snaží porozumět tomu, jakým způsobem respondent toto porozumění provádí.²¹⁸

²¹³ KOUTNÁ KOSTÍNKOVÁ, Jana a Ivo ČERMÁK ref. 212, s. 12

²¹⁴ Lucy Tindall (2009) J.A. Smith, P. Flower and M. Larkin (2009), Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research., *Qualitative Research in Psychology*, 6:4, 346-347, DOI: 10.1080/14780880903340091

²¹⁵ HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Praha: Portál, 2005. s. 75. ISBN 80-7367-040-2.

²¹⁶ Gnozeologie je filozofická disciplína, která zkoumá lidské poznání, jeho vznik a proces. Pozn. autorky

²¹⁷ HENDL Jan, ref. 215, s. 4

²¹⁸ KOUTNÁ KOSTÍNKOVÁ, Jana a Ivo ČERMÁK, ref. 212, s. 11

- V **idiografickém přístupu** se jedná o hloubkovou analýzu jednotlivých případů a zkoumání individuálních perspektiv účastníků studie v jejich jedinečných kontextech.²¹⁹

5.3. Participanti výzkumu

Zvolila jsem metodu záměrného výběru. Při tomto postupu jsou cíleně vyhledáváni účastníci podle jejich určitých vlastností, které jsou požadovány, a jsou zároveň ochotni o své zkušenosti mluvit, což je i kritérium výběru.²²⁰ V souladu s požadavky na vzorkování IPA je velikost souboru do diplomové práce doporučen na 3–6 respondentů.²²¹ Zvolila jsem N=4 a celkem tedy byly provedeny čtyři rozhovory. Pro výzkumné šetření jsem vybrala službu, kde jsem podrobněji seznámena s postupy při individuální práci. Což byla i výhoda pro navazování kontaktu s respondenty, kteří mě již znají. V závislosti na cíli výzkumu a specifických vybrané metody byla určena **kritéria výběru**:

- Kritéria pro výběr byla obtížná, inspirovala jsem se proto ze studie, která se zabývala výskytem osamělosti napříč různými diagnózami, přičemž jejich kritérium výběru byla otázka: **Cítil/a jste se v posledních 12 měsících osaměle?**²²²
- Další kritérium vycházelo už z předem dané skutečnosti realizace výzkumu v organizaci, která přímo pracuje s lidmi s vážným duševním onemocněním.
- Poslední kritérium byla ochota mluvit o svých zkušenostech s prožíváním osamělosti.

5.4. Sběr dat

Výzkum byl proveden v březnu roku 2021. Pro výzkum byla zvolena kvalitativní výzkumná metoda záměrného výběru, pro získávání dat byly zvoleny polostrukturované rozhovory.

²¹⁹ KOUTNÁ KOSTÍNKOVÁ, Jana a Ivo ČERMÁK, ref. 212, s. 11

²²⁰ MIOVSKÝ, Michal. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada, 2006. s. 136. ISBN 80-247-1362-4

²²¹ Lucy Tindall, J.A. Smith, P. Flower and M. Larkin, ref. 214

²²² Loneliness in psychotic disorders and its association with cognitive function and symptom profile. Badcock JC, Shah S, Mackinnon A, Stain HJ, Galletly C, Jablensky A, Morgan VA Schizophr Res. 2015 Dec; 169(1-3):268-273.

Respondenti byli osloveni nejprve skrze své sociální pracovníky, kteří jim vzhledem k situaci i fenoménu zkoumání mohli citlivě předat informaci o možné participaci na výzkumu. Pokud klient souhlasil, abych ho dále kontaktovala, zaslala jsem na jeho osobní email, který mi byl poskytnut po jeho souhlasu, více informací. Email obsahoval představení výzkumu, cíle a náležitosti jako, dobu trvání a místo konání rozhovorů. Dále plán rozhovoru a informovaný souhlas. Dostala jsem souhlas oslovit 5 klientů služby, které jsem následně kontaktovala telefonicky. Jeden z respondentů se kvůli zhoršenému psychickému stavu omluvil z participace. S ostatními čtyřmi byl domluven čas rozhovoru. V důsledku probíhající pandemie COVID-19 se 2 rozhovory uskutečnily on-line prostřednictvím aplikace Skype a 2 po telefonu.

Na začátku rozhovoru procházíme informovaný souhlas, který všichni respondenti ústně potvrdili. Všichni respondenti mě znají v rámci organizace, proto jsem se nemusela představovat a jen jsem znovu krátce představila výzkum a způsob, jak bude se získanými daty nakládáno, zdůraznila jsem přitom anonymitu výzkumu. Oznámila jsem, kdy spouštím a kdy vypínám diktafon,²²³ na který byly rozhovory nahrávány. Ačkoliv byl plán rozhovoru respondentům poskytnut předem, pouze dva z nich využili možnost seznámit se s otázkami. Ostatní uváděli, že by nad tím museli moc přemýšlet, a to by ovlivnilo jejich spontánní odpovědi. Délka rozhovorů se pohybovala v rozmezí 30–45 minut. S ohledem na kratší dobu hloubkového rozhovoru spatřuji bariéry v on-line a telefonických rozhovorech. Chyběl fyzický kontakt, který mnohdy umožňuje vytvoření lepší sdílejší atmosféry a bezpečí. Respondentka v rozhovoru reflektovala, že si není jistá, jestli ji teď někdo neslyší vedle v pokoji. Soukromí bylo také jeden z determinantů, které ovlivňují to, jak je člověk sdílný.

V práci jsem využila nejčastější metodu sběru dat u IPA, tedy **polostrukturovaný rozhovor**. U polostrukturovaného rozhovoru má výzkumník osnovu, která se skládá ze souboru otázek. Nicméně osnova není striktně dodržována a považuje se spíše za vodítko. Výhody polostrukturovaného rozhovoru můžeme identifikovat jako: Lepší kontakt s respondentem, při kterém má příležitost objevit nové oblasti v jeho životě, a tím vytvářet bohatší data. Pořadí otázek není tolik důležité, výzkumník může svobodně zkoumat zajímavé oblasti, které se během rozhovoru objevují, rozhovor může reflektovat zájmy nebo obavy respondenta. Výzkumník pokládá respondenta za zkušeného odborníka na dané téma, a proto by měl mít maximální příležitost vyprávět svůj vlastní příběh. Nevýhodou může být snížená

²²³ Diktafon nebyl na kameře vidět, z toho důvodu jsem zapnutí a vypnutí hlásila.

kontrola struktury při rozhovoru. Trvá déle a je těžší data analyzovat.²²⁴ Brinkmann doporučuje před zahájením tzv. briefing, kdy jde o naladění se na rozhovor. Jde o potvrzení pro respondenta, který se účastní, zdali je mu cíl výzkumu jasný a je seznámen s informovaným souhlasem. Je zde i prostor pro dotazy.²²⁵

Stanovená témata se týkala oblastí osamění a duševního onemocnění. Ponechala jsem respondentům prostor, aby témata vzájemně propojovaly a uváděli je do vlastního kontextu prožívání. IPA je dynamický proces, kdy výzkumník svou aktivitou ovlivňuje, do jaké míry získá přístup ke zkušenostem respondenta a jak interpretuje jeho subjektivní vnímání světa.²²⁶

Rozhovor jsem začala otevřenější otázkou a čekala, jak na ni respondenti zareagují, podle toho jsem měla připravené další otázky, kterými jsem se doptávala na hlubší oblasti. Plán rozhovoru jsem použila pružně, aby reagoval na vzniklé oblasti respondentova vyprávění.²²⁷ Rozhovor ukončuji poslední otázkou, která je doporučována: „Je ještě něco, co byste chtěl/a přinést, než rozhovor skončí? Na konci rozhovoru je vhodné udělat tzv. debriefing, který má nechat prostor pro respondenta, aby mohl říct něco, co nechtěl, aby bylo nahráváno. Debriefing je soustředěn na navrácení respondenta do „tady a teď“, po rozhovoru může být v úzkosti, mohou se vynořit hlubší témata, která by neměla zůstat otevřená, proto dávám prostor na ukončení a reflexi (pokud je o ní požádáno) rozhovoru.“²²⁸

5.5. Etika výzkumu

S časovým předstihem před uskutečněným výzkumem byl zaslán na emailové adresy respondentů, informovaný souhlas k prostudování (příloha č. 1) a plán rozhovoru (příloha č. 2). Součástí IS jsou i kontaktní údaje na moji osobu.

Miovský uvádí hlavní etické normy což jsou:

²²⁴ Smith JA, Osborn M. Interpretative phenomenological analysis as a useful methodology for research on the lived experience of pain. *Br J Pain*. 2015 Feb;9(1):41-2. doi: 10.1177/2049463714541642. PMID: 26516556; PMCID: PMC4616994. s.58-59

²²⁵ Brinkmann, Svend, and Steinar Kvale. *InterViews: Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing*. Thousand Oaks: Sage Publications, 2015 ISBN: 9781452275727 s. 128

²²⁶ Pietkiewicz, Igor & Smith, Jonathan. (2014). A practical guide to using Interpretative Phenomenological Analysis in qualitative research psychology. *CPPJ*. 20. 7-14. 10.14691/CPJ.20.1.7.

²²⁷ Kasper Pallesen, June Brown, Diana Rose & Vanessa Lawrence (2020) An interpretative phenomenological analysis of the experience of receiving a diagnosis of bi-polar disorder, *Journal of Mental Health*, 29:3, 358-363, DOI: 10.1080/09638237.2020.1755020, str 359

²²⁸ Brinkmann, Svend, ref. 222, s. 125

- informovaný souhlas s účastí na výzkumu,
- ochrana osobních údajů a soukromí všech účastníků výzkumu,
- ochrana před újmou či poškozením.²²⁹

Vzhledem k situaci, kdy byl vyhlášen přísný lockdown během března, kdy se uskutečnily rozhovory, jsem se s respondenty operativně domlouvala před rozhovorem a zjišťovala možnosti on-line propojení se. U těch, kteří neměli techniku pro videohovor, jsme rozhovor realizovali telefonicky.

Jednotlivé body v IS jsme probrali před zahájením rozhovoru ústně. Ujistila jsem se, že jsou podané informace srozumitelné. Všichni respondenti s podmínkami výzkumu souhlasili. Součástí IS je i možnost odmítnutí zveřejnění jejich odpovědí, a to i během rozhovoru. Nabídla jsem možnost neodpovídat na otázky, které jsou pro respondenta velmi citlivé. Anonymita dat je zajištěna smyšlenými jmény.

Před zahájením nahrávání jsem dala prostor pro sdílení momentálního prožívání, probírali jsme nervozitu a možné technické komplikace během rozhovoru on-line (briefing). Po vypnutí diktafonu jsem dala prostor pro pocity z rozhovoru (debriefing).

5.6. Proces analýzy

Analytický proces v IPA je často popisován v pojmech procesu dvojí hermeneutické nebo duální interpretace. Na jedné straně účastníci dávají smysl svému světu a na druhé straně se výzkumník pokouší tento význam dekodovat, aby měl smysl pro vytváření významu účastníků.²³⁰ IPA se snaží pochopit, jaká je zkušenost (objekt nebo událost) z pohledu účastníka. Zároveň se však snaží formulovat kritické otázky týkající se tématu, například: Čeho se respondent snaží dosáhnout? Říká něco smysluplného, co nebylo zamýšleno? Mám pocit, že se tu děje něco, čeho si je respondent sám možná méně vědom? Studie IPA tak mohou obsahovat prvky obou typů interpretace, což činí analýzu bohatší a komplexnější.²³¹ Cílem analýzy je formovat témata, která zachycují esenci fenoménu, který zkoumáme.

²²⁹ MIOVSKÝ, Michal, ref. 220

²³⁰ Smith, J.A. and Osborn, M, ref. 224

²³¹ Pietkiewicz, Igor & Smith, Jonathan, ref. 226

Využila jsem strukturovaný popis jednotlivých kroků, které jsem následovala, podle Čermáka a Kostínkové, kteří přeložili postup dle Smitha, Flowerse a Larkinse z roku 2009:

- 1. Čtení a opakované čtení** – Opakovaným čtením se dostávám hlouběji do výpovědi respondenta a snažím se přiblížit jeho perspektivě.
- 2. Počáteční poznámky a komentáře** – Cílem je tvorba komplexních a detailních poznámek k datům, která mají deskriptivní povahu, zároveň jsou v souladu s fenomenologickým postojem, který zajišťuje blízkost respondentova vidění světa. Rozdělují komentáře na 3 typy: deskriptivní, lingvistické a konceptuální.
- 3. Rozvíjení vznikajících témat** – Redukuji poznámky a objem dat prostřednictvím formulování tzv. rodících se témat, které zachycují zkušenosti respondenta. Cílem této fáze je přetvoření předchozích poznámek do výstižných témat, která zachytí důležitou kvalitu respondentovy zkušenosti.
- 4. Hledání souvislostí napříč tématy** – Po zformulování témat, jsem hledala vzájemné propojení napříč zkušenostmi respondentů. Přičemž jsem si pokládala otázky: Jaká je souvislost mezi zkušenostmi respondentů? Které téma napříč analýzami vystupuje jako nejsilnější? Významné pro mě v tvorbě hlavních témat byla četnost a výstižnost respondentovi zkušenosti k tématu. Ve výstupu jsem vytvořila seznam nadřazených témat a subtémat, která se pod ně shlukují.
- 5. Analýza dalších případů** – Využívám stejný postup od bodu 1 do bodu 4
- 6. Hledání vzorců napříč případy** – U hlavních témat, která jsem určila, jsem se zaměřila na četnost opakování u všech respondentů.²³²

Přepis rozhovoru by měl být systematicky analyzován jeden po druhém. Následně je uvedena podrobná analytická interpretace, opatřena doslovnými výňatky od respondentů.²³³

²³² KOUTNÁ KOSTÍNKOVÁ, Jana a Ivo ČERMÁK, ref. 212, s. 16-22

²³³ Lucy Tindall, J.A. Smith, P. Flower and M. Larkin , ref. 214, s. 4

Reflexe vlastní zkušenosti s tématem osamělosti a prekoncepce osamělosti u lidí s duševním onemocněním:

Před analýzou se by se měl výzkumník vyjádřit k tématu, popsat svou motivaci nebo vlastní prekoncepti. Fade uvádí, že výzkumníkovy prekoncepce nejsou u IPA vnímány jako něco, co by mělo být eliminováno či usměrněno, jsou naopak nezbytné k tomu, aby byl vůbec schopen zformulovat, jaký význam pro participanta jeho zkušenost má. Osobní přesvědčení, postoje a interpretace jsou nezbytné k tomu, aby vůbec mohl porozumět žité zkušenosti jiného člověka.²³⁴

Osamělost si každý v životě vyzkoušíme, pro mě je to téma, se kterým se setkávám u klientů. Lidé říkají: „Když se cítíš osaměle tak běž mezi lidi, to ti pomůže“. Je pochopitelné, že nikdo moc nepřemýšlí o terminologii a rozdílu samoty a osamění nebo sociální izolace, proto to pokládají za totéž. Osamělost je nejčastěji spojována právě s nedostatkem kontaktů a je jedno s jakými. „Běž se projít ven, jsi osamělá, protože jsi pořád zavřená doma a nikoho nevidíš“. Je těžké někomu vysvětlit, že se cítím sama, i když se vídám s lidmi, když chodím ven. Možná je i pro „zdravé“ obyvatelstvo těžší na pochopení, co to znamená být osamělý. U duševně nemocných je díky stereotypizaci předpokládána vyšší izolovanost od společnosti. Tedy jakási predikce. V teoretické části se věnuji osamělosti, která může mít chronický charakter pro její dlouhotrvající stav. U „většinové“ populace je častější situační osamělost, která trvá jen krátkou dobu. Osamělost je latentní proměnná, která se špatně uchopuje. Často se nenápadně asimiluje do našeho života. Opak osamělosti bych označila jako sdílení nebo sounáležitost. Je to reciproční záležitost, sdílení musí být na obou stranách, kdy utváří prostor pro hlubší sdílení. Sama osamělost vnímám jako nechtěný nutkavý pocit, že je něco špatně a často z toho nevidím cestu ven.

²³⁴ Fade, Stephanie. (2004). Using interpretative phenomenological analysis for public health nutrition and dietetic research: A practical guide. The Proceedings of the Nutrition Society. 63. 647-53. 10.1079/PNS2004398.

6. Výsledky

V této kapitole představuji jednotlivé respondenty a kontext jejich zkušenosti. Výsledky analýzy rozhovorů, jsou seřazeny do tematických okruhů a následovány hlavními tématy a subtématy. Jednotlivá témata jsou doplněna citacemi z přepsaných rozhovorů. Na konci kapitoly otevírám diskusi.

6.1. Fenomenologický kontext životních situací respondentů

Jitka

Jitce je 47 let, je dvakrát rozvedená, momentálně nemá partnera. Pracuje dlouhodobě v sociálních službách. Od začátku pandemie ji trápí „hnusné“ hlasy, které nám vstupují i do průběhu rozhovoru: „... dřív jsem takové hnusné hlasy nemívala, že jsem prostitutka, že šlapu chodník a podobný kecy...“

Nemocná je od 18 let, kdy se jí poprvé hlasy projeví. V tomto období prožívala velkou psychickou zátěž: „Už toho bylo na mě moc (...) v 18 mi z toho ruplo v bedně.“ Nemoc se projevila depresemi, úzkostmi a následně hlasy: „... měla jsem ty hlasy, že jsem na něco napojená, na nějaký detektor lži, takovýhle nesmyly, to jsem měla v mládí. A v průběhu té nemoci to pak přestalo, jenom bohužel to jsem se pak seznámila s tím (...) to bylo v pohodě, to mi nic nebylo. To jsem měla jen nějaký úzkosti a brala jsem antidepresiva a na úzkost oxazepam, to jsem nebrala antipsychotika, ty jsem brala jen v 18 párkrát.“ O své nemoci moc nemluví: „... moc se nikomu nesvěřuji, že jsem psychicky nemocná, já to prostě ani neřeším...“

Osamělost vnímá jako nedostatek blízkých partnerských vztahů. Mluví o ní jako o samotě, kdy objektivně je sama: „... je mi dost smutno, úzko z toho, nejraději bych tady s někým bydlela...“. Nastavením je vztahový typ: „Já jsem vztahovej člověk, protože jsem byla zvyklá žít v manželství celý život. (...) Takže mi ta samota nevyhovuje.“ Pro Jitku je celkově těžké dělat věci sama: „... když mám jít někam sama na procházku, je to pro mě problém...“ Mluví o samotě, o tom, jak by chtěla mít partnera, který by ji měl rád takovou, jaká je. Momentální osamělost neprožívá: „Já si teď osamělá ani nepřipadám, protože v tý pandemii je riziko se s někým seznámit...“ Pro Jitku je důležitá víra a křesťanské společenství, ve kterém má hodně přátel. Důležitou roli v momentálním prožívání hraje epidemiologická situace, kterou vnímá jako zatěžující, i proto, že pracuje s lidmi, kteří na ni přenášejí svou úzkost a strachy.

Situaci ale bere takovou, jaká je: „... vztah mi taky chybí, ale to i kvůli pandemii musím vydržet. To se nedá nic dělat, stejně se nemáme s nikým vídat.“ I kvůli tomu je obtížnější si v této době najít partnera. Vidí však priority v jiných věcech, jako je zdraví a příjem z práce. Jitka je momentálně po rozchodu. Právě „kulisy“ ve kterých se pohybuje mě uvádějí do příběhu, ve kterém hrají hlavní roli vztahy. Vztahy jsou ústřední „proměnnou“ v prožívání osamění Jitky.

Lily

Lily je 35 let, v budoucnu by ráda pracovala jako peer konzultant a nedávno dokončila kurz pracovníka v sociálních službách. Vystudovala vysokou školu, na které se poprvé objevily projevy nemoci společně s osamělostí. Momentálně se už 14 dní necítí moc dobře: „... takové nějaké úzkosti a nevytřesenost...“ To reflektujeme před rozhovorem i po něm.

Osamělost vnímá jako: „... ne příliš komfortní stav, kdy se člověk cítí sám, i když by třeba fyzicky nebyl. Takový poměrně nepříjemný zvnitřnění, kdy se člověk cítí hluboce sám.“ Když je osamělá tak je: „... úzkostnější, plačtivější dokonce, a mám pocit, že z toho není úplně snadná cesta ven...“ Popisuje, jaké to bylo dřív, a jak teď osamění zvládá: „... dřív to byl hodně zahlcující pocit a nedokázala jsem si ho nahradit nějakými šťastnějšími chvílemi, které by to roztříštily a nahradilo by mi to něčím příjemným...“

Zlomový bod nastal na vysoké škole: „... takové výrazné osamění jsem zažívala na vysoké škole...“, kde se objevila: „... i ta duševní nemoc (...) Primárně se to projevilo depresivními a úzkostnými stavy, až takovými intenzivními případy, kdy se mi třeba zdálo, že jsem něco pokazila, přitom to byla jen maličkost a já jsem z toho udělala nějakou enormní gigantickou věc a nechávala jsem se tím zahltit a pak ty depresivní a úzkostné stavy byly o to hlubší.“ Souvislost s duševním onemocněním vnímá v rozdílných příležitostech: „... že tomu člověku nejsou dávány stejné příležitosti k sebezvoji, nebo nějaké práci, k čemukoli, co si přeje anebo primárně je to v tom, že se cítí tak ještě nevyrovnaný s tou nemocí...“

Nízké sebevědomí vnímá jako potenciální prostor pro osamělost: „... hlavně v pozici mých handicapovaných přátel, kteří se cítí osaměle ve společnosti, kteří nemají moc dobré sebevědomí, a které třeba ovlivňuje i tato doba.“ Se svým nízkým sebevědomím se snaží bojovat pomocí terapie, kterou popisuje jako dlouhou cestu: „... než jsem začala hovořit o mě samé, tak to zprvu vůbec nešlo a pak jsem se dostala k tomu, že jsem mohla říct, s čím jsem měla problém (...) čím víc to bylo otevřené na terapiích jako takových, a to prostředí

bylo bezpečné, proto tam říct cokoli, tak mi to vlastně přišlo vzrušující, než aby to bylo něco, co by mě obtěžovalo...“

Velkou proměnou v jejím životě je terapie, ve které pracovala na tématech sebelásky a sebezpřijetí. Právě tyto hodnoty jí pomáhají v překonání osamělosti: *„Myslím si, že když je člověk spokojený sám se sebou, tak se prostě necítí tak osaměle, protože má velké bohatství sám v sobě, protože se pozná natolik, že vlastně i to další co poznává, tak tomu přináší do života více radosti, než když se nemá rád a nějakým způsobem se nepřijímá...“*

Dříve se potýkala s větší osamělostí: *„...dlouhou dobu jsem byla velmi samotářský člověk, pak jsem byla velmi společenský typ, pak jsem byla něco mezi, a pak jsem chtěla si nastavit nějak tu optiku nebo podívat se sama do sebe...“* V téhle době se rozhodla začít chodit na terapie: *“A teprve, když mě napadlo, že by bylo dobré to nějak řešit a začala jsem s tím, o tom mluvit s nějakými dalšími terapeutickými lidmi, tak se pak rozkrývaly nějaké další věci okolo.“*

Osamělost podle ní patří k životu: *“... nedokážu si představit člověka, který se vůbec někdy necítí osaměle, to by asi bylo dost zvláštní (...) to k tomu životu prostě patří a myslím si, že je to vlastně dobré se někdy cítit sám a osaměle, a hledat ty cesty co to tomu člověku vlastně přináší, protože i to může být důležité (...) ale nesmí to být moc, aby v tom člověk uvíznul.“* I v této době, kdy nevidí své blízké se snaží bojovat s osamělostí: *“... nějakým koníčkem nebo meditací, nebo nějakou hudbou, která ve mně vyvolává nějaké vzpomínky, které jsou dobré (...) ale rozhodně to není nic, na co by si člověk chtěl zvyknout, nebo já si na to neplánuji zvyknout, akorát už s tím umím lépe pracovat...“*

Diana

Dianě je 64 let. Nedávno se vrátila z hospitalizace. Vnímá u sebe osamělost dvojího druhu: *„Jednak je to pocit, jakože i když jsem mezi lidmi tak prostě na ně nejsem napojená, cítím se jakoby oddělená...“* Druhý druh osamělosti by se dal popsat jako sociální izolace, kdy není nikdo kolem: *“... nemám komu zavolat, nebo s někým někam jít, tak to je ta objektivní osamělost...“* Osamělost vnímá jako nepříjemný pocit, kdy si často připadá, že je na všechno sama: *“... že se zase nemám na koho obrátit a všechno je na mě, ale zase na druhou stranu vím, že to mám ve svých rukou, a když to zvládnou, tak nemusím být na nikom jiným závislá.“*

Osamělost u Diany má spojitost s onemocněním: *“... ty dopoledne jsou taková hodně depresivní, a to se vysloveně cítím osamělá a zároveň paralyzovaná, že nejsem schopna ani nikomu zavolat, protože mi připadá, to, co se se mnou děje, je jen moje uvnitř.“* S ostatními

o své osamělosti moc nemluví: „... *spíš se snažím mluvit o tom, jak to zvládám, a že to má nějaký východisko.*“ Nemoc se u Diany projevila na gymnáziu současně s pocity osamění: „*Tam se začaly objevovat ty deprese. Já jsem kolikrát ráno vstala, oblíkla se jela na konečnou autobusu, tam jsem se zase otočila, nastoupila jsem do autobusu a jela zpátky domů, vlezla jsem do postele, tam jsem byla tak do tří odpoledne, než přišla moje matka z práce, pak jsem se oblíkla a takhle to prostě pokračovalo.*“ Sama se chce prezentovat jako statečná: „... *nerada dávám najevo, že jsem slabá.*“ Mluví o hospitalizacích v kontextu osamělosti, ze kterých má jak dobré zkušenosti, tak ty špatné. Při těchto příležitostech si většinou najde nové přátele, kteří se jí časem oddalují.

Oliver

Oliverovi je 40 let, 12 let žije s přítelkyní. Osamělost je pro něho pocit, že je na věci sám, nemá podporu a nemůže sdílet své pocity a emoce. Osamělost jde podle něj spíše do hloubky než do šířky, tedy že kvantita nedosahuje kvality, uvádí to na příkladu: „... *mám třeba 100 přátel na internetu, ale vlastně za nikým z nich nemůžu přijít a svěřit se.*“

Samotu na rozdíl od osamění vidí jako „prostorovou“ tedy jako objektivní fyzickou samotu, kterou potřebuje například při samostudiu. V negativním slova smyslu to vidí, když samota není jeho volba: „*Já jsem bydlel (...) v bytě, před tou třetí atakou. Sice jsem tam měl spolubydličiho, ale to byl člověk, který mi pomáhal platit poplatky. Ale v podstatě to nebyl moc kamarád to znamená, já jsem měl pocit jednak samoty, protože on se zavíral do vlastního pokoje a jednak osamění, protože to nebyl člověk, ke kterému bych mohl přijít, když mám problém. Takže je to paradoxní, že člověk vlastně může mít vedle sebe druhého člověka a zároveň cítit oba ty pocity.*“

Sám sebe charakterizuje jako závislou osobnost, v tomto kontextu to ovlivňuje i jeho pocit osamělosti: „*Osamělost pro mě souvisí s pocitem existence a neexistence, jako že to hluboko zasahuje, jako do vnitřních procesů, a jakoby tam ta možnost nemít nikoho blízkého je pro mě hrozně frustrující...*“ Oliver má teď větší náhled a zvládá krotit své majetnické tendence, které zasahují především do partnerských vztahů, popisuje je jako „uvaření“ toho druhého svou starostlivostí.

Domnívá se, že právě žárlivost mohla odstartovat první ataku, která mu změnila osobnost i priority: „*Nějak hodnotově jsem se změnil, i ta nemoc mění celý pohled na všechny ty hodnoty, člověku se otočí svět. Ale tak je to s každou vážnou chronickou nemocí. Jak se říká, že zdravý člověk má milion přání, ale nemocný má jenom jedno, a to být zdravý.*“ Oliver rozpoznával možné projevy už o mnoho let dříve před vypuknutí první ataky, tenkrát byl

ještě na střední škole, díky praktické lékařce, která jeho stav neoznačila za vymykající se normě, vystudoval bakaláře a skoro i magisterský program. Nemoc se u něj projevuje především paranoidními úvahami a myšlenkami: „... tenkrát při té první atace se mi smíchaly věci z práce, z osobního života a ze školy a udělal se takový mix, ze kterého vyplynuly úplně kraviny, ale pro mě v tu chvíli nevyvratitelný.“

Popisuje dlouhou cestu k zotavení: „Až vlastně medikace, zklidnění, utlumení a vytažení z vlastního prostředí. U mě to byly elektrošoky, kognitivně behaviorální terapie, všechny tyhle věci musely spolupracovat na tom, aby mě přesvědčily, že já jsem ten, kdo se mylí a ostatní mají pravdu. (...) teď jsem myslím docela v pohodě, že je to fakt v rámci té mojí nemoci, a že prostě nemůžu všemu, co vidím, přisuzovat takovou váhu a musím tu váhu naopak uměle snižovat.“

Oliver mluví o tom, jak se mu daří vítězit nad bludy, jak pracuje s náhledem na nemoc a jak nezahlcovat jeho přítelkyni obsahem svých bludů: „... je to medikace, je to terapie, skupinová terapie, je to fakt práce trvalo to fakt dlouho ale myslím si, že v rámci toho zotavení a doufám, že prostě takhle to funguje zatím, alespoň u mě, a že to tak bude fungovat dál. Že budu žít s tou nemocí, ale budu mít náhled (...) jako na tu situaci, náhled nad tím bludem.“

6.2. Témata a subtémata zažívané osamělosti

Analýzou rozhovorů jsem identifikovala 3 tematické okruhy. Okruhy jsou rozdělené na hlavní témata a subtémata, která nejsou tak obsáhlá, nicméně přibližují subjektivní zkušenost. Tematické okruhy jsou řazeny podle vyprávěného sledu respondentů, který byl částečně ovlivněn sledem otázek v plánu rozhovoru (příloha č. 2).

Tabulka 2 – Souhrn výsledných témat

Tematické okruhy	Hlavní témata	Subtémata
6.3.1. Osamění v životě	a) Potřebná míra samoty b) Nepříjemnost osamění c) Souvislost osamění a duševního onemocnění	Aktuální osamění Nejvíce osaměle... Ovlivnění života osamělostí Co funguje na osamělost?
6.3.2. Duševní onemocnění v kontextu osamělosti	d) Individuální narace duševního onemocnění	Zlomový bod
6.3.3. Přístupy ke vztahu– zklamání, sebeláska, nemoc a typ osobnosti	e) Někoho mít, někoho mám...	Hloubka vztahu Zklamání Sebevědomí a náhled na nemoc Nemoc, která lidi oddaluje

6.3. Interpretace individuálních zkušeností respondentů

Zde představuji tři tematické okruhy, které tvoří hlavní témata a subtémata. Přímé citace od respondentů jsou doplněné iniciálou jména respondenta za citací: (J), (D), (L) a (O).

6.3.1. Osamění v životě

Osamění není synonymem samoty. Respondenti osamělost vnímají primárně jako nechtěný stav, kdy nemají k dispozici nikoho, s kým by mohli mít hlubší vztah, který znamená vzájemné sdílení. Samotu vnímají jako potřebnou, například k samostudiu nebo k „dobití baterek“. Obecně lze z daných výpovědí říct, že samota je fyzická a osamění psychické.

a) Potřebná míra samoty

Respondenti hovoří o samotě, kterou diferencují od osamění. Ve většině případů se shodují na tom, že určitá míra samoty je potřebná: „... *já prostě potřebuji mít samotu třeba na samostudium.*“ (O) „*Já i v dobách, když jsem třeba po škole měla spoustu aktivit, kamarádky a tak, tak jsem v sobotu a v neděli byla hrozně ráda sama. Jenom jsem si pustila rádio, pletla jsem si a hrozně jsem tu samotu potřebovala. Prostě jsem měla pocit, jakože potřebuji dobít baterky (...) když se odněkud vrátím a mám plnou hlavu nějakých nových podnětů a potřebuji si to utřídit a zklidnit se, tak mi ta samota vyhovuje.*“ (D)

Může dojít i k překrývání osamění se samotou: „... *mám pocit, že jako pro mě určitá míra samoty, je pro mě potřebná, že to je takový, na jednu stranu mám ty pocity osamělosti, ale na druhou stranu, jakože tu samotu nějakým způsobem potřebuji. Potřebuji být sama se sebou, přemýšlet si o svých věcech...*“ (D)

Oliver mluví o paradoxu, že člověk může cítit osamění, ale i samotu: „*Já jsem bydlel (...) v bytě a v podstatě před tou třetí atakou. Sice jsem tam měl spolubydlicího, ale to byl člověk, který mi pomáhal platit poplatky. Ale v podstatě to nebyl moc kamarád, to znamená, že já jsem měl pocit jednak samoty, protože on se zavíral do vlastního pokoje, a jednak osamění, protože to nebyl člověk, ke kterému bych mohl přijít, když mám problém. Takže je to paradoxní, že člověk vlastně může mít vedle sebe druhého člověka a zároveň cítit oba ty pocity.*“ (O)

Je stěžejní, aby člověk dokázal být sám se sebou a byl i se sebou spokojený. Tím, se může i preventivně ochránit od osamění ve velkém rozsahu: „... *já se sama se sebou*

nenudím. Poznala jsem spolupacienty, kteří furt mají potřebu hledat si mužskýho, hledat si kamarádky, hledat si kontakty, že nedokážou vydržet sami se sebou, tak já to takto nemám.“ (D)

„Myslím si, že když je člověk spokojený sám se sebou, tak se prostě necítí, nebo necítí se tak často osaměle, protože má velké bohatství sám v sobě, protože se pozná natolik, že vlastně i to další co poznává tak tomu přináší do života více radosti, než když se nemá rád a nějakým způsobem se nepřijímá, z čeho plynou asi i ty duševní onemocnění, z nějaké vnitřní nestability, strachu a samoty...“ (L)

Rozeznávají jak **pozitivní** druh samoty, tak ten **negativní**: *“... něco jiného je, když se něco děje a já mám potřebu s někým něco sdílet a není komu zavolat. Tak to je ta nepříjemná samota. (D) „V negativním slova smyslu právě příklad, kdy vlastně to není mojí volbou.“ (O)*

Vnímání samoty je velmi individuální, i když se respondenti shodují, že existuje tedy negativní samota, ta, co si nevybereme, a pozitivní, která je pro člověka důležitá. Přinášejí i další pohledy. V negativním slova smyslu je samota považována za trest, *„... ve vězení jsou samoty, to znamená, že jsou tam izolovaný za trest.“* Nebo že negativní samota: *„... vlastně to není mojí volbou.“ (O)* Respondent popisuje vnímání tzv. „prostorové samoty“, tedy izolování od ostatních lidí.

Samotu respondentka Lily označuje jako krátkodobější stav, který není tolik intenzivní, jako osamění: *„... samota je takový krátkodobější nebo z mého pohledu nějaký krátkodobější časový usek, pro mě ne tak intenzivní, je to něco, s čím se dá lépe vyrovnat než osamění. Já teda nevím, jestli to vnímám správně, osobně vnímám osamění ještě za takovou hlubší strukturu než tu samotu jako takovou, na kterou si člověk může zvyknout, nějakým způsobem ji ovlivnit a nějak s ní pracovat lépe než s tím osaměním, které je pro mě hlubší.“ (L)*

Ne všem samota vyhovuje. Jitka vnímá samotu podobně jako osamění. Určující je pro ni, že je sama – bez partnera. Popisuje se jako „**vztahový typ**“ tedy, že byla zvyklá celý život žít s někým v páru: *„Mně spíš vadí, že jsem bez partnera, protože jsem vztahová, protože jsem byla zvyklá žít v manželství. Že jo, to první manželství bylo deset let, to druhý jsme se znali asi 6 let nebo 7 let a pak jsem se vzali a šlo to k šípku, pak jsme se po 7 letech rozvedli, takže já jsem vztahovej člověk. Takže mi ta samota nevyhovuje. Vůbec, celkově jít s někým na procházku, mít přibližně nějaký podobný zájmy. Bez těch lidí, když mám jít někde sama na procházku, je to pro mě problém. Vždycky, když mám někde jít, tak jsem nervózní, že jedu sama, je to pro mě nepříjemný...“ (J)*

b) Nepříjemnost osamění

Otázka, kterou jsem otvírala rozhovor byla velmi obecná, a to, jak vnímají respondenti osamělost, a co pro ně znamená: „*Když se cítím osamělá, tak se mi chce brečet, že jsem na všechno sama, takovýhle stavy teď mívám. Obzvláště, když jsem se teď rozešla s tím přítelem (...) Je mi dost smutno, úzko z toho, nejraději bych tady s někým bydlela (...) vztah mi taky chybí, ale to i kvůli pandemii musím vydržet.* (J)

Lily vnímá osamění jako: „*Nějaký takový ne příliš komfortní stav, kdy se člověk cítí sám, i když by třeba sám fyzicky nebyl. Takový poměrně nepříjemný zvnitřnění, kdy se člověk cítí hluboce sám.*“ (L)

„*Osamělost je pocit, že jsem na tu určitou věc sám, že v podstatě nelze sdílet nějaké pocity, emoce, (...) že prostě, nemám podporu.*“ (O) *Osamělost pro mě souvisí s pocitem existence a neexistence, jako že to hluboko zasahuje do vnitřních procesů, a tam ta možnost nemít nikoho blízkého je pro mě hrozně frustrující, potřebuji mít parťáka, se kterým sdílím, někoho nejbližšího. Tady jde o to, že já nepotřebuji mít milion takových parťáku, mně stačí fakt jeden. Ale je pravda, že si uvědomuji, že se na něho pak třeba upnu, a možná ho tím úplně dusím někdy, i když to se snažím už nedělat.*“ (O)

Lily popisuje, že z osamění není tak snadná cesta ven: „*... jsem taková úzkostnější, plačtivější dokonce, a mám pocit, že z toho není úplně snadná cesta ven, nebo teď už s tím dokážu lépe pracovat, ale dřív to byl hodně zahlcující pocit a nedokázala jsem si ho nahradit nějakými šťastnějšími chvílemi, které by to roztříštily a nahradily by mi to něčím příjemným, takže takové smutné zahlcující pocity.*“ (L)

Diana vnímá osamělost ze dvou pohledů. První popisuje jako odpojení od ostatních a druhý typ osamění charakterizuje jako objektivní osamělost, kdy nemá nikoho, s kým by si mohla popovídat: „*Já mám osamělost jako dvojího druhu. Jednak je to pocit, jakože i když jsem mezi lidmi, tak prostě na ně nejsem napojená, cítím se oddělená. Stalo se mi to vlastně poprvé, když jsem byla na jednom třídním mejdanu. To bylo po smrti mojí babičky a já jsem se tam napila alkoholu a už tehdy jsem zjistila, že mi to nedělá dobře. Že mi to změnilo náladu na depresivní, a teď vlastně ti moji spolužáci se začali bavit o přijímacích zkouškách na střední školy a o takových běžných starostech. A já jsem najednou cítila takový, že vlastně k nim vůbec nepatřím. Jak mám úplně jiný starosti, úplně jinak uvažují. Jsem si připadala strašně osamělá mezi nim. (...) Měla jsem pocit najednou, že jsou to oproti mně děti, že mají úplně jiný starosti, že nezažili to, co já, prostě mi připadali strašně dětský (...) druhý druh osamělosti je ta reálná osamělost, když třeba nemám komu zavolat, nebo s někým nějak jít, tak to je ta objektivní osamělost, ale řekla bych že je to u mě tak na půl, že já dokážu být*

sama se sebou. Takže sama do kina jsem byla schopná chodit sama, nebo na výstavu. Ale spíš mi to vadí, když mám potřebu si s někým popovídat a nemám komu zavolat.“ (D)

Osamělost je často vnímána respondenty jako **součást života**, je těžké si představit, že by se člověk v životě nikdy necítil osaměle: „...já si vůbec nedokážu představit člověka, který se vůbec někdy necítí osaměle, to by asi bylo dost zvláštní (...) to k tomu životu prostě patří a myslím si, že je to vlastně někdy dobré, se někdy cítit sám osaměle a hledat ty cesty co to tomu člověku vlastně přináší, protože i to může být důležité (...) Ale myslím že to patří k vývoji člověka, tak trošku, aby to aspoň trochu zažil, ale nesmí to být moc, aby v tom člověk uvíznul. (L)

Aktuální osamění ovlivněno pandemií

Polovina respondentů se aktuálně během rozhovoru necítili osaměle. Oliver má momentálně dlouholetou přítelkyni a snaží se pracovat se svými majetnickými sklony: „... asi jako ne tak intenzivně, teď ani moc ne. Už snad fakt vím, že na toho nejbližšího, jako partnera životního, to nesmím hrnout. Nebo nevím, jestli to je dobrá strategie a upřímně nevím, nějak jako asi ze strachu...“ (O)

Jitce v nalezení ideálního partnerského vztahu brání pandemie, bere to tak, že je teď taková situace: „Já si teď osamělá ani nepřipadám, protože v tý pandemii je riziko se prostě s někým seznámit, že jo. To se nedá nic dělat, stejně se nemáme s nikým vidat. (J)

Stejně tak jako Jitka se i Lily a Diana se cítí izolovaněji v pandemii, což má za následek zvýšení pocitu osamělosti. Lily se snaží si naplnit den činnostmi, co jí dělají radost, zároveň bojuje i proti nechtěné samotě: „Dřív se mi to stávalo hodně, to byl jeden z důvodů terapií, nebo jeden z odlesků, ale teď už se to objevuje jen občas v souvislosti s touto dobou, která je. Ale už je to lepší, už dokážu být více sama se sebou a s tím, co to přináší. (...) Snažím se vrátit k tomu, co už znám a dělat si radost a nějak si naplnit ten den, aby pro tu samotou, teďka teda myslím samotou ne osamělost, aby nebylo až tolik místa.“ (L)

Diana se cítí izolovaná kvůli vládním opatřením, kdy není možné si užít kulturu: „... jsem hodně izolovaná, že nikam moc nechodím, nic moc nepodnikám, takže nemám ani příležitost k nějakým seznámením nebo příležitostem k nějakým společným zážitkům. (D)

Nejvíce osaměle

Různost zkušeností se velmi liší napříč respondenty: Jitka uvádí paradox, kdy se u sebe v bytě cítí nejvíce osaměle, ale zároveň je tam doma: „Tady v tom bytě se cítím nejvíce osamělá, to tak vypadá, ale tady se zároveň cítím doma. Tady je to pro mě větší domov než u mámy. Tady mám svobodu a cítím se tady dobře. (J)

Lily spojuje intenzivní pocity osamělosti spjaté s obdobím na vysoké škole a osamostatnění se od rodičů. V tomto období vypuklo i její duševní onemocnění: „... *tak minimálně dvakrát se mi to stalo, jednou to bylo v období vysoké školy a jednou to bylo v období, kdy sem začala žít sama a radovala jsem se ze svého vlastního prostoru, a pak jsem zjistila, že vlastně je třeba si připustit i tu myšlenku, že bych raději žila komunitně.*“ (L)

Oliver spojuje nejintenzivnější pocity osamění s první atakou a následnou hospitalizací: „*Ti moji blízcí tvrdili něco jiného než já. Tudiž já jsem byl osamělý, jako asi nejvíc osamělý v životě, jak jsem mohl být, protože najednou jsem byl já proti celému světu. Já jsem jim něco tvrdil a nevěřil jsem jim ani slovo, ani doktorům, ani svým blízkým...*“ (O)

Diana vnímá osamělost v souvislosti s onemocněním, kdy jí ovlivňují deprese, kdy se cítí hlavně dopoledne paralyzovaná. Vypráví i nejhorší zážitek s osamělostí: „... *nejhorší prožitek osamění jsem měla jednou o Vánocích, když jsem byla v krizovém centru, protože mi doma bylo strašně špatně, tak jsem byla tam hospitalizovaná a byla jsem tam jediná žena. Byli tam ještě dva pánové a nějaký terapeut a vlastně celý den se mnou nikdo ani slovo nepromluvil. A to bylo úplně nejhorší, že jsem se někam obrátila o pomoc a místo, aby se mi dostalo pomoci, tak jsem tam byla v naprosté izolaci ještě v cizím prostředí, to byl strašně nepříjemný zážitek. Ono, to bylo i tím, že byly Vánoce, ale bylo mi to hrozně nepříjemný, že ten terapeut za celý ten den se ani nepřišel zeptat nebo podívat nebo cokoli, co se se mnou děje, jestli nepotřebuji pomoc. A já jsem nebyla schopná za ním sama jít.*“ (D)

Ovlivnění života osamělostí

Osamění podle Diany jí výrazně zhoršuje život: „*Myslím, že mi ho výrazně zhoršuje, že mi chybí nějaké kladné podněty v životě, právě kvůli té osamělosti. Třeba teď jsem to pozorovala, jak jsem byla hospitalizovaná v tom (...) tak ze začátku, když jsme tam byli dobrá parta a hráli jsme spolu hry a povídali si, tak mi to dělalo moc dobře. To dopoledne třeba bylo horší, ale to odpoledne mi pak bylo líp a byla jsem schopná to přijímat, tak mě to dělalo výrazně dobře. A i jsem se teďka bavila s jednou spolupacientkou, a ona říkala taky, že to byl pro ni šok. Přijít domů, kde je sama, kde vlastně nemůže nikam vyjít mezi lidi. Takže na té hospitalizaci to bylo takový, že když jsem chtěla být sama, tak jsem mohla jít na pokoj, a když jsem chtěla společnost, tak jsem šla do jídelny, a tam vždy někdo byl s kým se dalo povídat nebo hrát nějaký hry.*“ (D)

U Lily osamělost vyvolala myšlenky, které ji umožnily přemýšlet, jestli jsou pro ni lidi okolo důležití: „... *předně jsem se začala zabývat tím, co pro mě předně znamenají lidi kolem mě, a jestli je v životě potřebuji nebo ne. Jestli potřebuji ve svém životě nějak odhalit to, čím jsem sama pro sebe nějak vzácná, abych rozptýlila, no tímto směrem hýřily ty myšlenky.*

Vlastně jsem zjistila, že kolem sebe potřebuji mít nějakou stabilitu a bezpečí, což každý člověk chce.“ (L)

Co funguje na osamělost?

Respondenti v různé míře uvádějí, jak se vypořádávají s osamělostí a co jim funguje v boji proti ní. Tyto strategie zvládnání jsou momentálně ovlivněny pandemickou situací, která se podepisuje na vztazích. Respondenti tuhle proměnnou reflektují: *„Asi si ten čas dokážu naplnit něčím jiným, když nevidím ty své blízké, které aktuálně v téhle době nevidím, tak si to umím nahradit nějakým koníčkem nebo meditací, nebo nějakou hudbou, která ve mně vyvolává nějaké vzpomínky, které jsou dobré. Ale rozhodně to není nic, na co by si člověk chtěl zvyknout, nebo já si na to neplánuji zvyknout, akorát už s tím umím lépe pracovat a rozhodně jsem typ, který se poměrně těší na lidi a na to, až budu moct vidat své přátele, ale teď to úplně nejde.“ (L)*

Dianina strategie je založena na vztahu k sobě, a na tom, že dokáže být sama se sebou: *„...myslím si, že mám to štěstí, že dokážu být sama se sebou, že pokud opravdu nemám ty stavy takový tý nepříjemný osamělosti, tak sama se sebou docela dobře vydržím, takže v tom mám docela výhodu.“ (D)*

c) Souvislost osamění a duševního onemocnění

„... jak jsme se bavili o tom, že takové výrazné osamění jsem zažívala na vysoké škole, tak na vysoké škole se objevila i ta duševní nemoc, samozřejmě tam byly ještě nějaké další faktory, a souviselo to s nějakou vnitřní nestabilitou, takže si myslím, že je tam souvislost. Myslím si, že když je člověk spokojený sám se sebou, tak se prostě necítí, nebo necítí se tak často osaměle, protože má velké bohatství sám v sobě, protože se pozná natolik, že vlastně i to další, co poznává, tak tomu přináší do života více radosti, než když se nemá rád a nějakým způsobem se nepřijímá, z čeho plynou i ty duševní onemocnění, z nějaké vnitřní nestability, strachu, samoty...“ (L)

„... já se moc nesvěřuji, že jsem psychicky nemocná, takže já to prostě ani neřeším, kdybych měla potkat nějakého muže, tak bud mě bude brát takovou jaká jsem a nebude mě furt předělávat a kritizovat neustále (...) Osamělá se někdy taky cejtím, teď zrovna mám úzkost, teď jsem slyšela ty hlasy, že mi rozbije hlavu, nějaký chlapský hlas (...) Pak mám takový stavy, že se bojím vyjít z bytu, když toto slyším.“ (J) Jitka reflektuje, že takovéto hlasy před začátkem pandemie nemívala. Zhoršení stavu si spojuje s tlakem na lidi, aby zůstali doma a nikam nechodili.

Diana vypráví o přátelských vztazích, které se postupně rozpadaly. Souvislost vidí v jejím onemocnění, které se projevuje opakujícími se depresemi: „...ono to hodně souvisí s tou mojí chorobou, jako já třeba mám ty dopoledne taková hodně depresivní, a to se vysloveně cejtím osamělá a zároveň se cítím paralyzovaná, že nejsem schopna ani nikomu zavolat, protože mi připadá, že to, co se se mnou děje, je jen uvnitř mě. Že vlastně ani nevím, co bych těm lidem říkala.“ (D)

„Navíc i ta zkušenost, jak jsem přišla o ty dvě dlouholetý kamarádky, tak jsem se zase uzavřela, zase je to takový, jako to bylo před tou první hospitalizací, že nemám důvěru s někým navazovat bližší kontakt...“

6.3.2. Duševní onemocnění v kontextu osamělosti

Z rozhovorů duševní onemocnění působí jako proces, ve kterém docházelo k postupným pocitům osamění a vzdalování se od ostatních. Respondenti sdílí své projevy a počátky onemocnění, které ve více případech korespondují s prvotními pocity osamění.

d) Individuální narace duševního onemocnění

U všech respondentů se onemocnění projevilo v rané dospělosti nebo adolescenci. Svě zkušenosti popisují narací: „... já mám pocit, že jsem to před tím moc neřešil, byl jsem víc jako bohém, víc jsem chodil mezi lidi, víc jsem pil, kouřil, žil jsem tímhle stylem. Navíc jsem studoval. Byl jsem v pátáku na vysoký, takže spoustu času jsem musel věnovat studiu a psaní diplomky, ale jinak jsem byl hodně nezávislý.“ (O)

Oliver dochází i k závěru, že nějaká předatka už proběhla 7 let před první velkou atakou, už v té době měl, jak sám říká, „majetnické“ sklony, které dále reflektuje i v celém rozhovoru. V té době šel za praktickou doktorkou, která vyhodnotila, že jeho stav není tak vážný, aby došlo k hospitalizaci. Oliver tuhle skutečnost zpětně hodnotí pozitivně: „... je to dobře, protože já jsem byl na střední, kdyby mě na střední poslala k psychiatrovi a oni by mě hospitalizovali, tak neudělám ani maturitu. Takhle mě vyhodili až v pátáku na výšce. Takže já si na jednu stranu říkám, že tím, že jsem nebyl jako pacientem tak brzo a nějak jsem to zvládnul, protože to bylo mírný, tak to nehodnotím nějak, že někde byla chyba. Prostě takhle to asi mělo být, no.“ (O) První ataka dle něho vznikla z žárlivosti.

Ve vyprávění dochází k „**zlomovému bodu**“, kdy dochází k prvním projevům onemocnění. Respondenti nacházejí „bod zlomu“ v rané dospělosti.

U Jitky se duševní onemocnění projevilo poprvé v 18 letech: „... ale takový hnusný hlasy jako teď jsem teda neměla. Když jsem onemocněla, tak se to u mě projevilo tak, že jsem

měla úzkosti, deprese, hlavně ty deprese, pak jsem měla ty hlasy...“ (J) Popisuje náročné a zatěžující období: „... v 18 mi z toho ruplo v bedně (...) **už toho bylo na mě moc**. Navíc jsem chtěla jít na zdravotnickou školu, a ne na ekonomku, kterou jsem stejně nedodělala, protože mě vůbec nebavila (...) My jsme byli v tom 89 roce demonstrovat na Václaváku a skončili jsme na Staromáku, pak mi z toho asi ruplo v hlavě, to byla taky **zátěž**. (...) Jsem z takové rodiny, kde nikdo nebyl v pionýru, nikdo v SSM, nikdo v KSČ, v ničem, měla jsem s tím celoživotní problémy, ještě na základce. (...) V pionýru ani v jiskřičkách jsem nebyla, nikdo z rodiny v ničem nebyl, takže z toho plynulo celkem dost problému, to **byla taky zátěž**. Já jsem jako jediná ze třídy odmítla vstoupit do SSM na tý ekonomce, ještě že přišel 89. rok, to by mě stejně vyrazili nebo zavřeli, já nevím, už mi bylo 18, že jo. (...) Měla jsem ty hlasy, že jsem na něco napojená, na nějaký detektor lži, takovýhle nesmyly, to jsem měla v mládí. A v průběhu tý nemoci to pak přestalo, bohužel jsem se pak seznámila s tím (...), ale to bylo v pohodě, to mi nic nebylo. To jsem měla jen nějaký úzkosti a brala jsem antidepresiva a na úzkost oxazepam, to jsem nebrala antipsychotika, ty jsem brala jen v 18 párkrát.“ (J)

Právě zátěž, či náročné životní období na vysoké škole mohlo podpořit vznik duševního onemocnění. Lily a Oliver byli na vysoké škole, Jitce bylo 18 let, u Diany se onemocnění objevilo na střední škole.

U Lily se duševní onemocnění projevilo na vysoké škole, současně s intenzivní osamělostí. Popisuje **vnitřní nestabilitu**, se kterou onemocní souvisí: „Primárně se to projevilo depresivními a úzkostnými stavy, až takovými intenzivními případy, kdy se mi třeba zdálo, že jsem něco pokazila, přitom to byla jen maličkost a já jsem z toho udělala nějakou enormní gigantickou věc a nechávala jsem se tím zahltit a pak ty depresivní a úzkostné stavy byly o to hlubší, protože jsem se tomu vždycky hned poddala a zahučela jsem do toho.“ (L)

Diana popisuje začátky onemocnění jako **zneschopnění a odpojení od ostatních**: „Na začátku to bylo takový jako zneschopnění všeho, že jsem najednou přestala mít o cokoliv zájem. Přestala mě bavit škola, která mě do té doby strašně bavila, přestaly mě zajímat kamarádky, prostě jako by mě to odřízlo úplně od života a teď mi to připadá takový jakože, že už je to něco, co ke mně nějak patří, že jsem si na to za celý můj život zvykla, a že je to sice hrozný, ale беру to tak, že to už ke mně patří.“ (D)

„Já jsem měla v životě různý období. Třeba na základce jsem měla 4 dobrý kamarádky a pak jsem měla hodně, hlavně v těch posledních letech, na základce třídní partu, takže tam jsem určitě osamělá nebyla. A pak vlastně po smrti babičky, když jsem se musela vrátit k rodičům, tak tím, že ty kamarádky bydlely daleko, tak jsem s nimi ztratila jak fyzický, tak i psychický kontakt, a najednou v té třídě na tom gymnáziu jsem si začala připadat strašně

osamělá. Že vlastně jsem si s těma kamarádkama najednou neměla co říct. Tam se začaly objevovat ty deprese. Já jsem kolikrát ráno vstala, oblíkla se a jela na konečnou autobusu, tam jsem se otočila nastoupila do autobusu a jela zpátky domů, vlezla jsem do postele, tam jsem byla tak do tří odpoledne, než přišla moje matka z práce, tak jsem se oblíkla a takhle to prostě pokračovalo. A to jsem byla opravdu osamělá pocitově i fyzicky.“ (D)

Oliver onemocnění charakterizuje jako paranoidní úvahy: „U mě to znamená, že mám nejdřív paranoidní myšlenku, to znamená, že mě někdo sleduje a pak teprve si tam doplňuji jako proč mě sleduje, jako jestli nemám třeba roušku. Můžou to být banální věci a můžou to být i podstatné věci, například, že jsem špatný člověk, a proto mě vlastně sledují a snaží se na mě najít to špatné, aby mi to pak dokázali. Ta nemoc si vždycky najde slabej důvod v té psychice...“ (O)

Vypráví i jak to vypadalo při první atace, co všechno se změnilo: „Mně se tenkrát při té první atace smíchaly věci z práce, z osobního života a ze školy, a udělal se takový mix, ze kterého vplynuly úplně kraviny, ale pro mě v tu chvíli nevyvratitelný.“ (O)

6.3.3. Přístupy ke vztahu – zklamání, sebeláska, nemoc a typ osobnosti

Tento tematický okruh reflektuje souvislost mezi osaměním a duševním onemocněním. Odráží se v něm ovlivnění života duševním onemocněním, což u některých zapříčinilo jako sekundární následek nemoci i osamění, či přímo sociální izolaci. Osamění je zapříčiněno dle respondentů **chybějícím hlubším vztahem**, či **zklamáním z minulých vztahů** (partnerských i přátelských).

Rozdíly mezi hlubším a povrchním vztahem respondenti popisují v kontextu určitých zkušeností. Jitka a Oliver se charakterizují jako „vztahový typ osobnosti“, kdy je pro ně primární mít partnerský vztah. Diana mluví o přátelských vztazích, které momentálně nachází při hospitalizacích, zároveň je zklamaná ze ztráty svých dvou nejlepších kamarádek. Osaměle se cítí až od 50 let, kdy začala ztrácet kamarády z mládí. Na základě mnohočetného zklamání z přátelských vztahů má problém se otevřít někomu novému, bojí se, že by byla zase zklamána.

Lily hodně hovoří o seberozvoji a sebezpřijetí, kdy vychází z předpokladu, že člověk, který je sám se sebou spokojen, má dostatečné vnitřní bohatství, takže se nemůže cítit ve velké míře osaměle.

Celkově ze zkušeností respondentů vyplývají specifika prožívání osamění, která se objevují v kontextu duševního onemocnění. Daly by se popsat jako: **míra zklamání ze vztahů, sebevědomí, náhled na nemoc a nemoc samotná, která může ovlivňovat vnímání vztahů a narušovat přátelství.**

e) Někoho mít, někoho mám...

Vztahy jsou podle teorií osamělosti hlavní příčinou pocitu osamění. Jde o frustraci z aktuálního stavu, který nemusí být chtěný, a tím vzniká tenze. Toto téma je u respondentů velmi individuální, a to hlavně z důvodu, že pro každého „vztah“ znamená něco jiného.

Partnerské vztahy popisuje Jitka, která byla zvyklá celý život žít v páru s partnerem a prošla si několika zklamáními ze vztahu. I přes tato zklamání nerezignuje a doufá, že někoho vhodného potká. Ukazuje se, že osamělost nevzniká jen absencí partnerského vztahu, ale jakéhokoliv **hlubšího vztahu**. Tím hlubším vztahem může být i vztah sama se sebou, který podporuje sebevědomí a vlastní přijetí.

Hloubka vztahu

Lily hovoří o hledání toho, co vlastně pro ni lidi znamenají a zároveň se snaží vyznat sama v sobě. Partnerské vztahy jsou pro ni aktuální: „*Vlastně to souvisí s tím, že jsem dlouhou dobu byla velmi samotářský člověk, pak jsem byla velmi společenský typ, pak jsem byla něco mezi, a pak jsem si chtěla nastavit nějak tu optiku nebo podívat se sama do sebe, jak to teda mám, jestli to třeba nechci vést cestou jenom třeba víry, a přemýšlela jsem nad nějakou klášterní variantou. Ale teď to mám tak, že právě nad partnerstvím a co to přináší a obnáší hodně přemýšlím a vnímám jako dobré pro sebe...*“ (L)

Pro Olivera je důležité mít s partnerkou společné hodnoty. Je ale důležitá i seberealizace: „*... myslím si, že vztah je o tom, když spolu sdílíte i starosti, samozřejmě do určité míry, ale především máte nějaký společný, ono to bude znít jako klišé, ty hodnoty.*“ (O) *V tom životě, který teď žiji, tak to asi lepší být ani nemůže, já myslím že v pohodě. Snažím se dělat tu školu, tam se snažím nějak seberealizovat a nemám pocit osamění. (...) Asi spíš nejsem typický chlap, jako nějaká známka ženskosti, že hodně dám na tu citovou rovinu, na ten pocit toho společného cíle nebo toho sdílení nějakých aktuálních věcí. (...) Kdybych neměl nikoho takového, ke komu bych mohl přijít a neměl ten vztah, tak bych ten život nazýval osamělý.*“ (O)

Hloubku vztahu Oliver vyjadřuje přirovnáním, které dobře vysvětluje rozdíl mezi povrchním a hlubokým přátelstvím, které je vzájemné a intimní: „*...mám třeba 100 přátel na internetu, ale vlastně za nikým z nich nemůžu přijít a svěřit se mu se svými problémy. To bych řekl, že je osamělost svým způsobem, protože ta kvantita nedosahuje kvality.*“ (O)

Zklamání

Jitka si prošla několika rozchody, ale stále touží po partnerovi, který by ji měl rád takovou, jaká je. Hovoří i o svých požadavcích: „*... kdybych měla potkat nějakého muže, tak bud mě bude brát takovou, jaká jsem, a nebude mě furt předělávat a kritizovat mě neustále. Se mu třeba nelíbí, jak vypadám, že mám tohleto za hadry, takovýho chlapa ani nechci, prostě ať mě bere takovou, jaká jsem. (...) až bude po tý krizi, hlavně aby měl slušný zaměstnání, nezajímá mě, kolik má peněz, ale aby měl práci, abych ho nemusela živit...*“ (J)

V Jitčiných výpovědích jde cítit zklamání z předešlých vztahů zároveň naděje na další nový vztah, o který by stála. **Zklamání** nabíralo na vážnosti v náročných životních situacích, které otevřeně popisuje, například nádor na mozku, který zapříčinil falešné těhotenství a následnou medikaci hormony.

Jitka tohle období charakterizuje jako zátěž na psychiku, kdy se její psychický stav začal zhoršovat: „... takže jsem začala brát antidepresiva a antipsychotika, na úzkosti neurologickou chvíli, pak už nic. A pak ještě ty hormony, a to byl strašný záhul na nervy...“ Poslední kapku Jitka popisuje jako nevěru partnera a následný rozvod. Pocity samoty vyústily až do druhého pokusu o sebevraždu: „... protože to byla taková zátěž, že mi nějaká mrcha prostě přebere manžela, prostě jsem to nevydržela psychicky. A do toho mi prodala máma střechu nad hlavou a do toho mi zemřel tatínek...“ (J)

Důležitost partnerského vztahu je pro Jitku zásadní a nenahraditelná. Jak uváděla na začátku rozhovoru, chtěla by s někým bydlet a je „vztahový člověk“, nicméně má přátele, se kterými se pravidelně stýká: „Mám přátele z církve, takže tam mám hodně přátel. Pak z biblických přednášek, většinou jsou ze starší věkové kategorie, ale mám i stejně staré, mám nejlepší kamarádku (...) s tou jsem se seznámila v Bohnicích. Pak mám (...), která mě vedla ke křtu, takže mám kamarádů kolem sebe hodně, zatím po telefonu, protože to teďka nejde osobně.“ (J)

Diana byla několikrát zklamána ze vztahů, přičemž popisuje v rozhovoru především ty přátelské. V důsledku toho je méně otevřená novým vztahům: „...je to pro mě obtížný, vlastně to zklamání z těch dvou kamarádek mám v sobě dodnes a bojím se zase, i po té zkušenosti s tou (...), tak s někým se bliž kamarádit, mám jednu známou (...), se kterou si telefonuji tak jednou za měsíc, ale to je spíš takový, že se bavíme o všem možným, ale ne o nemoci, přestože ona má za sebou taky zkušenost s duševní chorobou, ale snažíme se bavit o jiných věcech, ale je to taková známá, není to prostě blízká kamarádka.“ (D)

Oliver si na začátku nemoci prošel rozchodem s přítelkyní, popisuje, jak ho nemoc změnila: „Najednou škola nebyla tak důležitá. Přítelkyně dělala, že to chápe, ale nemyslím si to. Pro ni to bylo důležité, protože já jsem byl třeba ještě půl roku potom za ní na promoci, to jsem ještě s ní vlastně byl, ale po těch promocích se se mnou rozešla. No, tak pro ni to důležité bylo. To okolí, které kolem vás žije, když jste nemocný, ono žije dál, dál má svoje potřeby, motivace svoje cíle, to se nezmění. Akorát vy tam už úplně nezapadáte. A prostě jste trochu jinde, a když se jedná o rodiče, o rodinu třeba, tak ta vás podrží, ale proč by vás držela partnerka, která fakt jako to má namířeno někam jinam, jako v mém případě to byla možná smůla, ale na druhou stranu ji cením, že to vydržela, aspoň ještě toho půl roku, protože to fakt muselo být peklo se mnou.“ (O)

Téma zklamání se objevuje i v kontextu vztahu s **rodiči**, konkrétně u dvou respondentek to je **vztah s matkou**: „... oni si mě vůbec nevšimli, oni si ani nevšimli, že se mnou něco je. Máma mi vždycky podepsala nějakou omluvenku a vůbec se nezajímala jako

co mi podepisuje. Ale u nás to bylo tak, že matka nikdy kamarádky neměla. K nám nikdo nechodil na návštěvy a otec ten byl pořád v práci a udržoval přátelský kontakty, ale mimo rodinu, takto to u nás bylo. A bratr byl taky hodně osamělý bych řekla, hlavně když ve 40 u něho vypukla ta paranoia, tak to dospělo až do toho, kdy odřízl úplně veškeré sociální kontakty, že vlastně se nebavil vůbec s nikým a ani s rodinou. Všichni pro něho byli nepřátelé a byli proti němu spiknutý, takže tam to bylo vysloveně vyhrocený. Sestra ta kamarádky měla vždycky, ta tímto našim rodinným prostředím byla nejméně poznamenána.“ (D)

Diana popisuje, jak to vypadalo u ní v rodině: „... rodiče se s nikým přátelsky nestýkali a matka vysloveně to měla tak, že kromě tý práce nikoho nevyhledávala a nechtěla s nikým mít kontakt, ale ona byla v těchto ohledech hrozně zvláštní. Ona mě v životě nepohladila nebo neobejmula, protože byla strašně chladná a nekontaktní.“ (D)

Jitka povídá o vztahu s mámou, v kontextu zátěžové situace, kdy její máma prodala dům po tátovi, Jitka to vnímá jako křivdu: „máma mě o ten dům připravila. (...) Prostě prodala tu střechu nad hlavou, neřekla nám ani slovo a ten barák prodala...“ (J) Začátek nemoci spojuje Jitka i s tlakem od mámy: „... máma mi od malička říkala, že kdyby nebylo nás, jako dětí, že by už nežila, že by spáchala sebevraždu. Tím mě prostě od malička hustila hlavu, pak jsem furt slyšela, že jsem k ničemu, že jsem jelito, hovado, i přes to, že jsem měla samý jedničky, já jsem se učila dobře, prostě to byla strašná zátěž...“ (J)

Sebevědomí a náhled na nemoc

V souvislosti s **vyrovnáváním** se s nemocí a prevencí osamění hovoří Lily o terapeutickém procesu, ve kterém se naučila si říct o pomoc. Dříve to tak nebylo, trvalo to dlouho, než přišla do bodu, kde si připadala že už nikoho neobtěžuje svými problémy. Následně to popisuje jako vzrušující proces: „... myslím, že jsem dlouho žádné sebevědomí neměla, a když problesklo, tak jsem si říkala že jsem stejně takový lidský poddruh, že si toho nebudu vůbec všimát, ale teď jsem sama o sobě stabilnější a nějaké sebevědomí, byť takový malý plamínek, o který je třeba pečovat, už tam je, a je to rozhodně lepší.“ (L) Sebevědomí získává z terapií: „Potřebovala jsem v sobě nějak vybudit vnitřní téma sebelásky a sebezřetivosti, tak to přesně znělo, takže tam probíhaly nějaké procesy, které mohly být nápomocny a něco se asi podařilo.“ (L)

Náhled na nemoc popisuje Oliver, který porovnává, jaké to bylo při první hospitalizaci, a jaké při dalších dvou: „Ale s těmi dalšími atakami, tam, jako je to, proč si myslím, že jsem relativně zotavený. Je to tím, že já mám přehled o těch signálech a znám ty spouštěče. Ten rozdíl mezi tou první atakou a těmi dalšími byl v tom, že já jsem nějakým způsobem přímo svému okolí uměl říct, že se asi něco děje. (...) Tak vlastně ten systém v té hlavě se už

zlepšoval v tom, že si říkám, že šlo líp se mnou pracovat. To by sice musel asi zhodnotit ten doktor, ale já si myslím, že jsem byl přístupnější spolupráci, protože jsem si uvědomil, že se něco opakuje. (O)

Nemoc, která lidi odděluje

Duševní onemocnění dokáže lidi oddalovat od sebe, či způsobit, že člověk si nedokáže kvůli nemoci nic užívat: „... záleží v jakým prostředí jsou. Když budu mluvit o té poslední hospitalizaci, tak tam byli lidi, kteří měli hodně dobrý rodinný zázemí a pak tam byli lidi, kteří měli za sebou těžkou životní zkušenost ze své rodiny nebo ze své nové rodiny. Ale na druhou stranu i ti s tím dobrým rodinným zázemím, i když byli depresivní, nedokázali si to zázemí užít. (...) Měla jsem třeba spolupacientku, která měla pořád sebevražedný myšlenky, přestože měla podporující rodinu, kteří se o ní starali, zajímali se o ni, ale ona to nedokázala prožívat. (...), že to nemusí souviset s tou objektivní stránkou, že ta nemoc dokáže člověka oddělit i od toho, co má i reálně pozitivního, tak ho ta nemoc od toho oddělí, že to nedokáže prožívat.“ (D)

Oliver popisuje svou zkušenost, kdy byl při první atace on proti celému světu, protože mu nikdo nechtěl věřit jeho bludy a zrakové halucinace, je pro něho důležité mít náhled na svoje bludy: „... teď jsem myslím docela v pohodě, že je to fakt jako v rámci tý mojí nemoci, a že prostě nemůžu všemu, co vidím, přisuzovat jako takovou váhu a musím tu váhu naopak uměle snižovat.“ (O)

Diana vzpomíná, jaké to bylo na gymnáziu, kde se objevila nemoc a zároveň i pocity osamění: „... kamarádky se hodně zlobily, že je nekontaktuji, že s nimi nekomunikuju, ale já jsem toho vůbec nebyla schopná. Ony prostě nechápaly, co se se mnou děje, a já jsem nebyla schopná s nimi komunikovat, takže to byla taková úplná osamělost. A pak, když jsem se po těch depresivních fázích trochu dala dohromady a dokončovala jsem gympl, tak v tý třídě to bylo tak, že jsem tam měla známý, měla jsem si s kým povídat, ale že bych měla nějakou důvěrnou kamarádku, se kterou bych se svěřovala, tak to nebylo. A tak to bylo i na celý vysoký a až jsem byla hospitalizovaná v (...), tak se mi to podařilo prolomit, že jsem se zase dokázala otevřít lidem a měla jsem pak kamarádky a docela dost (...), takže to bylo období, kdy jsem měla hodně kontaktů s lidmi. Ale postupně zase během tý nemoci jsem o ty kamarádky zase přicházela...“ (D)

6.4. Diskuse k výsledkům

Z výpovědí respondentů jsem se snažila najít odpověď na výzkumnou otázku: „Jak prožívají osamělost lidé s vážným duševním onemocněním?“ Na základě polostrukturovaných rozhovorů se čtyřmi respondenty (ženy N=3, muž N=1) pomocí aplikované metody interpretativní fenomenologické analýzy jsem identifikovala tři tematické okruhy:

- **Osamění v životě**
- **Duševní onemocnění v kontextu osamělosti**
- **Přístupy ke vztahu – zklamání, sebeláska, nemoc a typ osobnosti**

Na základě studie, která potvrzuje, že obecné teorie osamění, které vycházejí ze zdravé populace, lze aplikovat i na populaci lidí s duševním onemocněním. Z uvedených výpovědí lze říct, že nesoulad mezi reálnými a požadovanými vztahy skutečně odpovídá obecné charakteristice osamění.²³⁵ Za předpokladu, že vycházím z teorie kognitivního nesouladu, nejde ve vztazích o kvantitu, ale o kvalitu, či, jak popisují participant, o hloubku vztahu. Hloubka vztahu je respondenty popisována jako vzájemnost, sdílení s někým druhým. Nejde tedy jen o to mít kohokoli, ale mít člověka, se kterým si ten druhý rozumí.

Hloubka vztahu může být chápána i ke vztahu k sobě, kdy člověk je se sebou spokojený a dokáže být sám se sebou. V tomto ohledu se propojují témata sebevědomí a sebelásky, kdy lze vycházet z toho, že člověk má sám v sobě velké bohatství, takže nemůže být ve velké míře osamělý. Lze v osamělosti nacházet i výzvy, které mají člověka aktivizovat pro znovuzapojení se do sociálního života a nacházet podstatné věci uvnitř sebe. Toto pojetí souvisí s evoluční teorií osamění, která říká, že osamělost je dána evolucí, a objevuje se právě jako varovný signál, který upozorňuje člověka na důležitost znovuzapojení se do sociálních sítí.²³⁶

Další zjištění je, že určitá **míra samoty**, kterou oddělují respondenti od osamění, je potřebná a chtěná. Filozof Paul Tillich rozlišil samotu od osamění, když napsal: „*Náš jazyk moudře vycítil dvě stránky slova „být sám“. Vytvořil slovo „osamělost“, aby vyjádřil bolest z toho, že je člověk sám. A vytvořil slovo „samota“, které vyjadřuje slávu nad tím být sám se sebou. Ačkoli v každodenním životě tato slova ne vždy rozlišujeme, měli bychom to dělat*

²³⁵ Eglit GML, Palmer BW, Martin AS, Tu X, Jeste DV (2018) Loneliness in schizophrenia: Construct clarification, measurement, and clinical relevance. PLoS ONE 13(3): e0194021

²³⁶ John T. Cacioppo, Stephanie Cacioppo & Dorret I. Boomsma (2014) Evolutionary mechanisms for loneliness, Cognition and Emotion, 28:1, s. 3-21

důsledně, a tím prohlubovat naše chápání našeho lidského bytí.“ Samota je na rozdíl od osamělosti otevřenější ke zkušenosti a nabízí prostor pro osobní rozvoj. Nabízí například **svobodu**, tedy ve smyslu zapojení se do chtěných činností. Svoboda je často považována za předpoklad tvůrčí činnosti. Do té míry, do jaké samota poskytuje svobodu, by měla také podporovat **kreativitu**. Často se samotou bývá spojována spiritualita, meditace či duchovní vývoj. Spiritualita úzce souvisí s pocity intimity nebo propojenosti s ostatními a se světem. Když je člověk o samotě, ať už v lese, v klášteře nebo doma, může se vtáhnout do intimity duchovního setkání se sebou samým, svým prostředím nebo s Bohem.²³⁷

Vnímání osamělosti může ovlivnit i typ osobnosti. Dva respondenti o sobě hovoří jako o **vztahovém či závislém typu osobnosti**, kdy pro ně je důležité mít partnera, o kterého by mohli pečovat. Nadměrná potřeba péče o druhé patří mezi typické rysy závislé poruchy osobnosti. Tyto rysy můžeme do určité míry považovat za adaptační rys člověka, na druhou stranu se u člověka se závislou osobností projevují v extrémní míře. To může vést k submisivitě, přilnavosti a strachu z opuštění.²³⁸ Nebyla však prokázána vyšší dispozice pro pocity osamění.

Nejvíce osamělí se respondenti vnímali na začátku nemoci nebo v situacích akutního zhoršeného psychického stavu. To může souviset s teorií **sebezáchovného cyklu psychózy** a osamělosti, podle Gayera-Andersona a Morgana, představili tezi, v které osamělost hraje v psychotických zážitcích udržovací roli. Zároveň nevyklučují, že osamělost může být stěžejní v nástupu psychózy.²³⁹

Pandemie s sebou přináší nové výzvy pro zvládání osamělosti, jak popisují někteří respondenti. Vzniká rozpor mezi tím, aby řešili svou osamělost prostřednictvím kontaktu s lidmi, hledání nových partnerů a tím, jaká jsou momentální omezení, především doporučení minimalizovat jakýkoli kontakt s dalšími lidmi. Což souvisí s tím, že 3 ze 4 respondentů se necítí aktuálně osaměle. Ačkoliv totiž pandemie zhoršuje například projevy nemoci, tak míru osamění nijak drasticky nezvyšuje. Tento protiintuitivní jev je nazýván jako **paradox „oka hurikánu“**, který byl konstruován prostřednictvím národně reprezentativních panelových údajů obyvatel Francie v roce 2020. Podle těchto údajů se zjistilo, že vnímání zdraví a pohody během epidemie Covid-19 se ve srovnání s předchozími

²³⁷ Christopher R. Long and James R. Averill, *Solitude: An Exploration of Benefits of Being Alone*, pp. 21–44.

²³⁸ Houbová, P., Praško, J. a Preiss, M. Závislá porucha osobnosti – diagnostika a léčba. Solen, 2004, vol. 9, iss. 2, s. 55-59.

²³⁹ Gayer-Anderson C, Morgan C. Social networks, support and early psychosis: a systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2013; 22:131–146.

lety u obyvatel zlepšilo. Vnímají své celkové zdraví pozitivněji, než by hodnotili za normálních okolností.²⁴⁰

Tři respondenti spojují osamělost přímo se svým duševním onemocněním. Uvádí příklady, jak se jejich **osobnost měnila** a mluví o pocitech odcizení a odpojení od ostatních. Shodují se v tom, že onemocnění jim změnilo pohled na svět a narušilo přátelské vztahy. Každá výpověď je velmi specifická. Panuje shoda u poloviny respondentů, kdy **zátěžové období a vnitřní nesoulad** mohl vyvolat duševní onemocnění. Záleží na povaze onemocnění. Ačkoliv respondenti mají zkušenost s osaměním **u nikoho to není dlouhotrvající jev**.

V posledním okruhu se spojují témata jak osamění, tak duševního onemocnění. Můžeme ho vnímat jako vzájemné protnutí, které působí na poli vztahů. Jedním z témat bylo **zklamání**, které se objevilo u většiny respondentů. **Zklamání může souviset s udržovacím cyklem osamělosti**, kdy lidé predikují negativní chování u ostatních a sami se chovají tak, aby to potvrdilo jejich predikci. Tímto udržují maladaptivní **cyklus osamělosti**.²⁴¹ Tento cyklus může podporovat u člověka s duševním onemocněním i symptomy nemoci, například bludy, které v člověku vytvářejí permanentní podezřívavost a ostražitost vůči ostatním. Dále také opakující se depresivní fáze, které člověka zneschopní v udržování přátelských vztahů, kdy ostatní mohou mít pocit, že už o ně dotyčný nemá zájem. Intenzita zklamání může být také ovlivněna typem osobnosti, stejně jako míra osamělosti, kdy jde o senzitivitu na vnímání nedostatku uspokojivých vztahů.

Respondenti se v rozhovorech nezmiňují explicitně o tom, že by následkem **stigmatizace** byli více osamělí. Tři respondenti mají blízké kamarády či přítelkyni. Jedna respondentka nachází přátelství většinou při hospitalizacích, sama uvádí příklady, kdy nemusel být problém na její straně, ale na straně druhého „spolupacienta“ a je tedy mnohem problematičtější, aby se dva lidi, kteří jsou duševně nemocní, spolu „sladili“, tedy, aby se jejich projevy onemocnění vzájemně nevylučovaly. Na druhou stranu Oliver hovoří o tom, že je už 12 let s přítelkyní, která má jiné projevy nemoci než on sám, uvědomuje si, že je ve vztahu důležitý respekt, a popisuje práci na sobě, aby „krotil“ svou starostlivou majetnickou povahu. Není tedy vyloučeno, že by spolu dva nemocní nemohli vycházet a udržovat dlouhodobé přátelství.

²⁴⁰ Recchi E, Ferragina E, Helmeid E, Pauly S, Safi M, Sauger N, Schradie J. The "Eye of the Hurricane" Paradox: An Unexpected and Unequal Rise of Well-Being During the Covid-19 Lockdown in France. *Res Soc Stratif Mobil.* 2020 Aug; 68:100508. doi: 10.1016/j.rssm.2020.100508. Epub 2020 May 26. PMID: 32834344; PMCID: PMC7247999.

²⁴¹ Cacioppo JT, Patrick B. *Loneliness: Human Nature and the Need for Social Connection*. New York: W. W. Norton & Company; 2008.

Respondenti hovoří o tom, jak pracují s osamělostí, co jim funguje, a jak pracují se svým onemocněním. Tato zkušenost by se dala implicitně nalézt ve **smíření se s nemocí**, o kterém mluví respondenti Lily a Oliver. Smíření se s nemocí je součástí první fáze v procesu „zotavení“. Tato fáze dále zahrnuje hledání naděje a touhy po změně. Další fáze znamená znovuzískání toho, co bylo ztraceno, a postup vpřed. Poslední fáze zahrnuje zlepšení kvality života, hledání nového potenciálu a dosažením pocitu pohody. Zotavení zahrnuje dynamický a často nelineární pohyb v několika fázích, protože člověk pracuje na získání kontroly nad nemocí, aby mohl žít život plnohodnotněji. Tyto fáze postupně zahrnují témata naděje, přijetí nemoci, a obnoveného pocitu přijetí sebe sama.²⁴² Právě přijetí sebe sama a sebevědomí jsou dalšími proměnnými v pocitech osamělosti. Sebevědomí má podle respondentky Lily vliv na prožívání osamělosti.

Studie ukázaly, že **osamělost negativně koreluje se sebevědomím**. Podle Brewera má sebevědomí tři úrovně, které odpovídají úrovním osamělosti, tedy osobní, relační (vztahovou) a kolektivní.²⁴³ Osobní sebevědomí je to, jak se člověk cítí na základě svých individuálních vlastností – osobní osamění souvisí se sociální izolací. Relační sebevědomí je založeno na tom, zda člověk věří, že projevuje vhodné chování ve vztahu ke druhým – relační osamění je nedostatek hlubších vztahů s lidmi. Kolektivní sebevědomí je to, jak člověk hodnotí svou účast ve skupině a jak ostatní také hodnotí skupinu – kolektivní osamění je, kdy člověk má pocit, že nepatří do žádné skupiny. Stejně tak jako s osamělostí souvisí nízká míra sebevědomí s častými stavy deprese a úzkosti.²⁴⁴

Sebevědomí pomáhá motivovat lidi k dosažení jejich cílů. Vysoké sebevědomí vede k zvládnání situací, nízké sebevědomí vede k vyhýbání se. Jednotlivci, kteří mají nízké sebevědomí, hůře čelí problémům a překážkám. Člověk s nízkým sebevědomím se považuje za osobu, která nemá dostatečné dovednosti k řešení svých problémů.²⁴⁵

Lily mluví o **terapeutické práci**, kde našla sebelásku a sebevědomí. Oliver mluví o cestě k zotavení, je pro něj důležitý náhled na bludy a na své chování, kdy dokáže rozeznat varovné signály a včas je konzultovat se svým psychiatrem. Přijetí nemoci může pomoci

²⁴² Rodgers, Martina & Norell, Diane & Roll, John & Dyck, Dennis. (2007). An Overview of Mental Health Recovery. Primary Psychiatry. 14.

²⁴³ Brewer, M. R. & Gardner, W. (1996). Who is This 'We:' Levels of Collective Identity and Self-Representations. Journal of Personality and Social Psychology, 71, 83-93.

²⁴⁴ Kiley L. Bednar '00,, "Loneliness and Self-Esteem at Different Levels of the Self" (2000). Honors Projects. Dostupné na: 20. https://digitalcommons.iwu.edu/psych_honproj/20

²⁴⁵ Ishaq, Ghulam & Solomon, Vicar & Khan, Omarzeb. (2017). Relationship between self-esteem and loneliness among university students living in hostels. International Journal of Research Studies in Psychology. 6. 21-27. 10.5861/ijrsp.2017.1735.

i s pocity osamění, kdy je stěžejní právě náhled na nemoc. Jako užitečný prvek popisují dva respondenti **terapii**, o které hovoří spíše v rámci práce s nemocí než s osaměním.

Oliver mluví o kognitivně behaviorální terapii, která mu pomohla získat náhled na svoje bludy. Tento druh terapie se zdá být nejvíce perspektivní v redukci osamělosti. Terapie by se měla zaměřovat na maladaptivní automatické negativní myšlenky, na sociální kognice a interpersonální jednání.²⁴⁶

V kontextu **filantropické sociální práce** lze uvažovat o přístupu k člověku s duševním onemocněním, který prožívá osamělost, jako ke komplexnímu problému. Ten je zaprvé podporován projevy duševního onemocnění a celkovou povahou onemocnění, a zadruhé je důležité zjištění, zda člověk prožívá samotu anebo osamění. Samota je jednodušeji řešitelná, protože jde o kontakt s ostatními, v osamělosti člověk postrádá hlubší vztah, i když může mít více kontaktů.

Toto rozdělení může pomoci v lepším zaměření se na řešení problémů a individuálního plánování ve spolupráci. Na základě rozhovorů je většinou zřetelné, že respondenti oddělují samotu od osamění. Pro člověka to může být těžké vysvětlit, proto by sociální pracovník měl rozpoznat stav samoty a osamění.

Další podnět může být práce s diagnózou, kdy je důležité dát klientovi prostor, aby sám popsal, jaké má projevy, a v čem přesně mu nemoc brání, jak ho omezuje, uvažovat tedy v rámci jedinečnosti člověka. Projevy u dvou lidí se stejnou diagnózou mohou být různé. Jak uvádí Probstová: „*Lidé s duševním onemocněním nejsou, a ani nemohou být, homogenní skupinou. Z medicínského pohledu je spojuje pouze přítomnost duševních obtíží.*“²⁴⁷

²⁴⁶ TYLOVÁ, Václava, Hana KUŽELOVÁ a Radek PTÁČEK, ref. 120

²⁴⁷ PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly, ref. 10 s. 172

7. Závěr

Cílem této diplomové práce bylo odpovědět na hlavní výzkumnou otázku, tedy: „Jak prožívají osamění lidé s vážným duševním onemocněním“ Odpověď na tuto jsem získávala pomocí polostrukturovaných rozhovorů s klienty sociální služby, která pracuje s lidmi s duševním onemocněním. Data získaná z rozhovorů jsem analyzovala pomocí interpretativní fenomenologické analýzy.

V teoretické části je uveden kontext tématu pro obor sociální práce, který je zakotven v perspektivě filantropického pojetí sociální práce. Reflektuji sociální práci s lidmi s duševním onemocněním a obecné cíle sociální práce s touto cílovou skupinou. Dále byl vymezen okruh duševních onemocnění, který je charakteristický pro vážnost duševního onemocnění, které narušuje sociální fungování a další oblasti života. Ve výzkumu nebylo podstatné, jakou diagnózu respondent má, ale jak ji prožívá a jak mu ovlivňuje život. Definuji osamění, teoretický rámec a druhy. Dále oblasti zkoumání různých aspektů osamělosti, na které navazují rešeršní studií zabývajících se osamělosti u lidí s duševním onemocněním. Zde poukazuji na fakt, že fenomenologických studií je v této oblasti nedostatek.

Z výzkumu vyplývá, že osamění je charakterizováno jako rozpor mezi reálnými a požadovanými vztahy, což vyplývá z teorie kognitivního nesouladu.²⁴⁸ Tato teorie lze tedy aplikovat i na populaci lidí s vážným duševním onemocněním. Důležitým zjištěním je vnímání osamělosti a samoty, kterou respondenti oddělují a přidělují jí jiné atributy jako je potřeba samoty, nebo vnímání samoty v prostoru, tedy být fyzicky sami. Osamělost je hlubší, hůře ovlivnitelná a nechtěná. Respondenti si však nedokážou představit život bez osamělosti, která k životu patří. V souvislosti s duševním onemocněním se vyskytuje propojení mezi začátkem onemocnění a pocitu osamění. Charakterizují je změny osobnosti, jiný hodnotový žebříček a pocitu odpojení od ostatních. Záleží na projevech nemoci, kdy nejvíce problematické jsou depresivní stavy, při kterých je sociální kontakt velice omezen a narušuje aktuální přátelství.

Vliv na pocitu osamění má ze zjištěných výpovědí i vztah k sobě a ke svému onemocnění, přičemž hraje roli sebevědomí, vyrovnání se s nemocí a sama nemoc, která dokáže oddělit člověka i od pozitivního prožívání. Většina respondentů vnímá jako prevenci osamění laskavý přístup k sobě sama, zároveň s terapiemi. Objevuje se i téma náhledu na nemoc a cesta zotavení.

²⁴⁸ Perlman, D a Peplau, ref. 119

Stanovený cíl práce lze považovat za splněný, protože přibližuje pohled vnímání osamění, lidmi s vážným duševním onemocněním. Diplomovou práci lze vnímat jako rozšíření pohledu na tematiku osamění a hlubší pohled do prožívání lidí s vážným duševním onemocněním.

Pro sociální pracovníky představuje téma osamění latentní proměnou v životě klienta, kdy ne každý explicitně o sobě mluví, že je osamělý. Náročnost a subjektivita osamění může být těžce uchopitelná pro praktickou pomoc. V ideálním případě by šlo o prevenci v náchylné skupině pro osamění, kdy by se mohlo pracovat se „zasítováním“ klienta, aby nedošlo k sociální izolaci a měl více příležitostí si vytvořit přátelské vztahy, a tím minimalizovat osamělost.

Osamělost zasahuje do všech složek života, podepisuje se jak na fyzické stránce člověka, tak i na psychické. Specifika zkoumané skupiny lidí s duševním onemocněním je v tom, že podléhají vysoké míře stigmatizace a tím je teoreticky společnost odsuzuje k sociální izolaci a pocitům osamění.

Psychiatrická reforma v Česku, potenciálně otevírá nové možnosti pro lidi s duševním onemocněním. Edukuje společnost v této problematice a může v budoucnu ovlivnit i pocity osamělosti právě v možnosti komunitních organizací a lepší síť Center duševního zdraví, kde člověk může najít podporu v nelehké situaci a pomoci sdílení s ostatními lidmi a podpory sociálních pracovníků získat vyšší sebevědomí, větší sebeúctu a vydat se cestou zotavení.

8. Použité zdroje

1. ANDERS, Martin, UHROVÁ, Tereza a ROTH, Jan. Depresivní porucha v neurologické praxi. Praha: Galén, c2005. ISBN 80-7262-306-0.
2. ANDERS, Martin. Depresivní porucha jako komplikace tělesných poruch. Praha: Maxdorf, 2012. ISBN 978-80-7345-283-4.
3. Asher, Steven R., and Julie A. Paquette. "Loneliness and Peer Relations in Childhood." *Current Directions in Psychological Science* 12, no. 3 (June 2003): 75–78. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.01233>.
4. Badcock JC, et al. Loneliness in psychotic disorders and its association with cognitive function and symptom profile. *Schizophr. Res.* 2015; 169:268–273. doi: 10.1016/j.schres.2015.10.027.
5. Bednar '00, Kiley L., "Loneliness and Self-Esteem at Different Levels of the Self" (2000). Honors Projects. 20. Dostupné z: https://digitalcommons.iwu.edu/psych_honproj/20
6. Brewer, M. R., & Gardner, W. (1996). Who is This 'We:' Levels of Collective Identity and Self-Representations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 83-93.
7. Brinkmann, Svend, and Steinar Kvale. *InterViews: Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing*. Thousand Oaks: Sage Publications, 2015, ISBN: 9781452275727.
8. Buie DH, Adler G. Definitive treatment of the borderline personality. *Int J Psychoanal Psychother.* 1982-1983; 9:51-87. PMID: 6759434.
9. Cacioppo JT, Cacioppo S. Social Relationships and Health: The Toxic Effects of Perceived Social Isolation. *Soc Personal Psychol Compass.* 2014;8(2):58-72. doi:10.1111/spc3.1208.
10. Cacioppo JT, Hawkey LC. Perceived social isolation and cognition. *Trends Cogn Sci.* 2009 Oct;13(10):447-54. doi: 10.1016/j.tics.2009.06.005. Epub 2009 Aug 31. PMID: 19726219; PMCID: PMC2752489.
11. Cacioppo, Stephanie & Grippo, Angela & London, Sarah & Goossens, Luc & Cacioppo, John. (2015). Loneliness: Clinical Import and Interventions. *Perspectives on Psychological Science.* 10. 238-249. 10.1177/1745691615570616.

12. CARBOCH, Radek. Case management: léčba duševní nemoci a utváření subjektu. Časopis sociální práce|Sociálna práca. Národní centrum pro rodinu, 2020, Česká republika, p. 24--41. ISSN 1213-6204.
13. Carpenter WT. Conceptualizing schizophrenia through attenuated symptoms in the population. *Am J Psychiatry* 2010; 167: 1013–6.
14. COVID-19 Is Making America's Loneliness Epidemic Even Worse | Time. TIME | Current & Breaking News | National & World Updates [online] Dostupné z: <https://time.com/5833681/loneliness-covid-19/>
15. DIAMANT, Jiří Jindřich a VAŠINA, Lubomír. Kapitoly z neuropsychologie. Brno: Masarykova univerzita, 1998. ISBN 80-210-1739-2.
16. Drug Policy Forum of Texas [online]. Dostupné z: <https://dpft.org/resources/NSDUHresults2008.pdf>
17. Dunbar, Robin. (2014). The Social Brain: Psychological Underpinnings and Implications for the Structure of Organizations. *Current Directions in Psychological Science*. 23. 109-114. 10.1177/0963721413517118.
18. Eglit GML, Palmer BW, Martin AS, Tu X, Jeste DV (2018) Loneliness in schizophrenia: Construct clarification, measurement, and clinical relevance. *PLoS ONE* 13(3): e0194021.
19. Fade, Stephanie. (2004). Using interpretative phenomenological analysis for public health nutrition and dietetic research: A practical guide. *The Proceedings of the Nutrition Society*. 63. 647-53. 10.1079/PNS2004398.
20. Fuchs T: Subjectivity and Intersubjectivity in Psychiatric Diagnosis. *Psychopathology* 2010; 43:268-274. doi: 10.1159/000315126.
21. Freeman D, Garety PA. Connecting neurosis and psychosis: the direct influence of emotion on delusions and hallucinations. *Behav Res Ther*. 2003; 41:923–947
22. Gayer-Anderson C, Morgan C. Social networks, support and early psychosis: a systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2013; 22:131–146.
23. Gierveld, Jenny de Jong et al. “Loneliness and Social Isolation.” *The Cambridge Handbook of Personal Relationships* (2006): 485–500. web.
24. Global definition of social work – international federation of social Workers [online]. Dostupné z: <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>

25. Gunderson JG. The borderline patient's intolerance of aloneness: insecure attachments and therapist availability. *Am J Psychiatry*. 1996 Jun;153(6):752-8. doi: 10.1176/ajp.153.6.752. PMID: 8633685.
26. Hawkley, L. C., Browne, M. W., & Cacioppo, J. T. (2005). How can I connect with thee? Let me count the ways. *Psychological Science*, 16, 798–804. doi:10.1111/j.1467-9280.2005.01617.x
27. Hawkley, L. C., Gu, Y., Luo, Y. J., & Cacioppo, J. T. (2012). The mental representation of social connections: Generalizability extended to Beijing adults. *PLoS ONE*, 7(9), e44065. doi: 10.1371/journal.pone.0044065 Hawkley, L. C., Hughes, M. E., Waite, L. J., Masi, C
28. Hawkley, Louise & Thisted, Ronald & Cacioppo, John. (2009). Loneliness Predicts Reduced Physical Activity: Cross-Sectional & Longitudinal Analyses. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*. 28. 354-63. 10.1037/a0014400.
29. Heinrich LM, Gullone E. The clinical significance of loneliness: a literature review. *Clin Psychol Rev*. 2006; 26:695–718.
30. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
31. Herman E, Grof P, Hovorka J, Praško J, Doubek P. Bipolární porucha. In: Seifertová D, Praško J, Horáček J, Höschl C. *Postupy v léčbě psychických poruch*. 2nd ed. Praha, Czech Republic: Academia Medica Pragensis; 2008.
32. Heller, T., Roccoforte, J. A., Hsieh, K., Cook, J. A., & Pickett, S. A. (1997). Benefits of support groups for families of adults with severe mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67(2), 187–198. doi: 10.1037/h0080222. PMID: 9142352.
33. Houbová, P., Praško, J. a Preiss, M. *Závislá porucha osobnosti – diagnostika a léčb*. Solen, 2004, vol. 9, iss. 2, p. 55-59.
34. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med*. 2010 Jul 27;7(7):e1000316. doi: 10.1371/journal.pmed.1000316. PMID: 20668659; PMCID: PMC2910600.
35. Holwerda TJ, Deeg DJ, Beekman AT, van Tilburg TG, Stek ML, Jonker C, Schoevers RA. Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *J Neurol*

- Neurosurg Psychiatry. 2014 Feb;85(2):135-42. doi: 10.1136/jnnp-2012-302755. Epub 2012 Dec 10. PMID: 23232034.
36. HONZÁK, Radkin. 2017. Psychosomatická prvouka. V Praze: Vyšehrad, 335 p. ISBN 978-80-7429-912-4.
 37. HÖSCHL, Cyril, LIBIGER, Jan a ŠVESTKA, Jaromír. Psychiatrie. Praha: Tigis, 2004. ISBN 80-900130-7-4.
 38. Christopher R. Long and James R. Averill, Solitude: An Exploration of Benefits of Being Alone, pp. 21–44.
 39. Ishaq, Ghulam & Solomon, Vicar & Khan, Omarzeb. (2017). Relationship between self-esteem and loneliness among university students living in hostels. International Journal of Research Studies in Psychology. 6. 21-27. 10.5861/ijrsp.2017.1735.
 40. JANEBOVÁ, R., MUSIL, L. Mýty o roli sociálních pracovníků a pracovníc. Sociální práce/Sociálna práca, 2007/1
 41. JÁNSKÁ, V (2008). Sociální konstrukce předsudečné typizace lidí s duševním onemocněním. Sociální práce, 1.
 42. John T. Cacioppo, Stephanie Cacioppo & Dorret I. Boomsma (2014) Evolutionary mechanisms for loneliness, Cognition and Emotion, 28:1, 3-21, DOI: 10.1080/02699931.2013.837379
 43. John K Wing, Severe Mental Illness 1999, [online] Dostupné z: <https://www.birmingham.ac.uk/Documents/college-mds/haps/projects/HCNA/HCNAVol2chap13sh6L.pdf>
 44. Kasper Pallesen, June Brown, Diana Rose & Vanessa Lawrence (2020) An interpretative phenomenological analysis of the experience of receiving a diagnosis of bi-polar disorder, Journal of Mental Health, 29:3, 358-363, DOI: 10.1080/09638237.2020.1755020,.
 45. KOUTNÁ KOSTÍNKOVÁ, Jana a Ivo ČERMÁK. Interpretativní fenomenologická analýza. In Tomáš Řiháček, Ivo Čermák, Roman Hytych. Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6382-2
 46. KOVAŘÍK, Štěpán. *Deprese*. Havlíčkův Brod: Fragment, 2002. ISBN 80-7200-686-X.
 47. Kupfer DJ. Long-term treatment of depression. J Clin Psychiatry. 1991 May;52 Suppl:28-34. PMID: 1903134.

48. Lau S, Gruen GE. The Social Stigma of Loneliness: Effect of Target Person's and Perceiver's Sex. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 1992;18(2):182-189. doi:10.1177/0146167292182009.
49. LÁTALOVÁ, Klára. Bipolární afektivní porucha. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3125-4.
50. Liebke, L., Bungert, M., Thome, J., Hauschild, S., Gescher, D. M., Schmahl, C., Bohus, M., & Lis, S. (2016, August 8). Loneliness, Social Networks, and Social Functioning in Borderline Personality Disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/per0000208>
51. Lim MH, Gleeson JFM, Alvarez-Jimenez M, Penn DL. Loneliness in psychosis: a systematic review. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2018;53:221–238. doi: 10.1007/s00127-018-1482-5.
52. Lucy Tindall (2009) J.A. Smith, P. Flower and M. Larkin (2009), *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research.*, *Qualitative Research in Psychology*, 6:4, 346-347, DOI: 10.1080/14780880903340091.
53. Macdonald EM, Jackson HJ, Hayes RL, Baglioni AJ Jr, Madden C. Social skill as determinant of social networks and perceived social support in schizophrenia. *Schizophr Res.* 1998;29:275–286.
54. MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.
55. Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment - a review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2004 May;39(5):337-49. doi: 10.1007/s00127-004-0762-4. PMID: 15133589.
56. MATOUŠEK, Oldřich, KODYMOVÁ, Pavla a KOLÁČKOVÁ, Jana. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.
57. MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-2620-213-4.
58. McBride, S., Preyde, M. Loneliness and Social Isolation in a Sample of Youth Hospitalized for Psychiatric Illness. *Child Adolesc Soc Work J* (2020). <https://doi.org/10.1007/s10560-020-00723-y>

59. McGregor J. This former surgeon general says there's a 'loneliness epidemic' and work is partly to blame. *The Washington Post*. 2017 October 4, 2017
60. Mental disorders. WHO | World Health Organization [online]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
61. Michal OPATRŇY, Monika FLÍDROVÁ, Anna SÝKOROVÁ, Návrat ke klientovi: K současnému hledání smyslu sociální práce, *Caritas et veritas* 1/2015. ISSN 1805-0948.
62. Michalska da Rocha B, Rhodes S, Vasilopoulou E, Hutton P. Loneliness in Psychosis: A Meta-analytical Review. *Schizophr Bull*. 2018;44(1):114-125. doi:10.1093/schbul/sbx036
63. MILFAIT, R. Lidskoprávní profese sociální práce jako významný a inspirativní aktér sociální politiky, *Aktuální otázky sociální politiky – teorie a praxe*. 8 (1/2014). ISSN: 1804-9095
64. MIOVSKÝ, Michal. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4
65. Mittal S, Nagendrareddy SG, Sharma ML, Agnihotri P, Chaudhary S, Dhillon M. Age estimation based on Kvaal's technique using digital panoramic radiographs. *J Forensic Dent Sci*. 2016;8(2):115. doi:10.4103/0975-1475.186378
66. Mushtaq R, Shoib S, Shah T, Mushtaq S. Relationship between loneliness, psychiatric disorders and physical health ? A review on the psychological aspects of loneliness. *J Clin Diagn Res*. 2014;8(9):WE01-WE4. doi:10.7860/JCDR/2014/10077.4828)
67. MUSIL, L. 2008. Různorodost pojetí, nejasná nabídka a kontrola výkonu „sociální práce“. *Sociální práce/ Sociálna práce*. 8(2), s.60-79. ISSN 1213-6204.
68. MUSIL, L. 2008. Typologie pojetí sociální práce. In: TOKÁROVÁ, A., MATULAYOVÁ, T. (eds.) *Sociálna pedagogika, sociálna práca a sociálna andragogika – aktuálne otázky teórie a praxe*. Univerzita v Prešove: Prešov, 42–50.
69. MUSIL, L., NEČASOVÁ, M.: Zvládání nesourodých očekávání a morální orientace sociálních pracovníků. In: Šrajer, J., Musil L., *Etické kontexty sociální práce s rodinou*, Albert, Boskovice 2008, s. 83–106, ISBN 978-80-7326-145-0.
70. MUSIL, Libor. "Ráda bych Vám pomohla, ale-": dilemata práce s klienty v organizaci. Brno: Marek Zeman, 2004. ISBN 80-903070-1-9

71. MUSIL, Libor. Tři pohledy na budoucnost sociální práce. první. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. s. 11-25, ISBN 978-80-7435-086-3.
72. Natalie A. Kerr, Taylor B. Stanley, Revisiting the social stigma of loneliness, *Personality and Individual Differences*, 2020, 110482, ISSN 0191-8869,
73. NAVRÁTIL, Z. 2001. Vybrané teorie sociální práce. In: MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-473-7.
74. NIMH » Mental Illness. [online]. Dostupné z: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness.shtml>
75. Novotney, A. (2020, March). The risks of social isolation. *Monitor on Psychology*, 50(5). Dostupné z: <http://www.apa.org/monitor/2019/05/ce-corner-isolation>
76. NOLEN-HOEKSEMA, Susan. *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*. Vyd. 3., přeprac. Přeložil Hana ANTONÍNOVÁ. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0083-3.
77. OCISKOVÁ, M., PRAŠKO, J., VRBOVÁ, K., KAMARÁDOVÁ, D., JELENOVÁ, D., LÁTALOVÁ, K., MAINEROVÁ, B., SEDLÁČKOVÁ, Z., a TICHÁČKOVÁ A. (2014). Stigmatizace a sebestigmatizace u pacientů se schizofrenií. *Česká a slovenská Psychiatrie*, 110(5)
78. Owen, Michael & Sawa, Akira & Mortensen, Preben. (2016). Schizophrenia. *The Lancet*. 388. 10.1016/S0140-6736(15)01121-6.
79. Page RM, Cole GE. Demographic Predictors of Self-Reported Loneliness in Adults. *Psychological Reports*. 1991;68(3):939-945. doi:10.2466/pr0.1991.68.3.939
80. Parr, Jamie, and Venessa Ercole. "Problems of Loneliness and Its Impact on Health and Well-Being." Leal Filho W., Wall T., Azul A., Brandli L., Özuyar P. (eds) *Good Health and Well-Being. Encyclopedia of the UN Sustainable Development Goals*. (2020): n. pag. Web
81. PAULÍK, K. Profesionální kompetence sociálního pracovníka. In *Psychologické poradenství v sociální práci II*. PAULÍK, K. (ed.). Ostrava: OU v Ostravě, Filosofická fakulta, 2004
82. Perlman, D. and Peplau, L. (1998) Loneliness. In: Friedman, H.S., Ed., *Encyclopedia of Mental Health*, Vol. 2, Academic Press, San Diego, 571-581

83. Pietkiewicz, Igor & Smith, Jonathan. (2014). A practical guide to using Interpretative Phenomenological Analysis in qualitative research psychology. CPPJ. 20. 7-14. 10.14691/ CPPJ.20.1.7.
84. PRAŠKO, J. et al., 2001. Psychotická porucha a její léčba. Praha: Maxdorf. 90 s. ISBN 80-85912-65-1.
85. PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.
86. PROBSTOVÁ, Václava. 2005. Sociální práce s duševně nemocnými. In Matoušek, O., Koláčková, J., Kodymová, P. (Eds.). Sociální práce v praxi. Praha: Portál, s.133–136
87. Qualter P, Vanhalst J, Harris R, Van Roekel E, Lodder G, Bangee M, et al. Loneliness across the life span. *Perspectives on psychological science: a journal of the Association for Psychological Science*. 2015; 10(2):250–64. Epub 2015/04/25. <https://doi.org/10.1177/17456916155568999> PMID: 25910393.
88. Queen, T. L., Stawski, R. S., Ryan, L. H., & Smith, J. (2014). Loneliness in a day: Activity engagement, time alone, and experienced emotions. *Psychology and Aging*, 29(2), 297–305.
89. RABOCH, Jiří a PAVLOVSKÝ, Pavel. Psychiatrie. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-423-3.
90. Recchi E, Ferragina E, Helmeid E, Pauly S, Safi M, Sauger N, Schradie J. The "Eye of the Hurricane" Paradox: An Unexpected and Unequal Rise of Well-Being During the Covid-19 Lockdown in France. *Res Soc Stratif Mobil*. 2020 Aug; 68:100508. doi: 10.1016/j.rssm.2020.100508. Epub 2020 May 26. PMID: 32834344; PMCID: PMC7247999.
91. Robustelli BL, Newberry RE, Whisman MA, Mittal VA. Social relationships in young adults at ultra high risk for psychosis. *Psychiatry Res*. 2017 Jan; 247:345-351. doi: 10.1016/j.psychres.2016.12.008. Epub 2016 Dec 7. PMID: 27987484; PMCID: PMC5217827.
92. Rødevand, L., Bahrami, S., Frei, O. *et al.* Polygenic overlap and shared genetic loci between loneliness, severe mental disorders, and cardiovascular disease risk factors suggest shared molecular mechanisms. *Transl Psychiatry* 11, 3 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41398-020-01142-4>
93. Rodgers, Martina & Norell, Diane & Roll, John & Dyck, Dennis. (2007). An Overview of Mental Health Recovery. *Primary Psychiatry*. 14.

94. Rokach, Ami. & et al. Cancer patients, their caregivers, and coping with loneliness. *Psychology, Health & Medicine.*, Vol. 18, No. 2, pp. 1–10.
95. Rönkä AR, Sunnari V, Taanila A. Entanglements of loneliness and mental ill health among young adult women. *Int J Qual Stud Health Well-being.* 2020;15(1):1838101. doi:10.1080/17482631.2020.1838101
96. Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66(1), 20–40)
97. RŮŽIČKOVÁ, Daniela a Libor MUSIL. Hledají sociální pracovníci kolektivní identitu? *Sociální práce/ Sociálna práca.* Brno: ASVSP, 2009, roč. 9, 3/2009, s. 79 - 92. ISSN 1213-6204
98. ŘIHÁČEK, Tomáš, Ivo ČERMÁK a Roman HYTYCH. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy.* Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6382-2.
99. Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Med.* 2005;2(5):e141. doi:10.1371/journal.pmed.0020141
100. Shankar, Aparna & McMunn, Anne & Banks, James & Steptoe, Andrew. (2011). Loneliness, Social Isolation, and Behavioral and Biological Health Indicators in Older Adults. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association.* 30. 377-85. 10.1037/a0022826.
101. Smith, J.A. and Osborn, M. (2008) Interpretative Phenomenological Analysis. In: Smith, J.A., Eds., *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods*, Sage, London, 53-80
102. Smith JA, Osborn M. Interpretative phenomenological analysis as a useful methodology for research on the lived experience of pain. *Br J Pain.* 2015 Feb;9(1):41-2. doi: 10.1177/2049463714541642. PMID: 26516556; PMCID: PMC4616994.
103. SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací: nástin nozologie : diagnostika.* 2. rev. vyd. Praha: Maxdorf, 1997. ISBN 80-85912-18-X.
104. Stain HJ, Galletly CA, Clark S, Wilson J, Killen EA, Anthes L, Campbell LE, Hanlon MC, Harvey C. Understanding the social costs of psychosis: the experience of adults affected by psychosis identified within the second Australian

- National Survey of Psychosis. *Aust N Z J Psychiatry*. 2012 Sep;46(9):879-89. doi: 10.1177/0004867412449060. Epub 2012 May 29. PMID: 22645395.
105. Steptoe A, Shankar A, Demakakos P, Wardle J. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2013;110(15):5797-5801. doi:10.1073/pnas.1219686110
 106. SVOBODA, Mojmír, Eva ČEŠKOVÁ a Hana KUČEROVÁ. Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy. Vydání třetí. Praha: Portál, 2015. ISBN 9788026209768.
 107. SÝKOROVÁ, Dana. Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007. Studie (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-86429-62-5.
 108. Taylor, C. (1985). Self interpreting animals. W: *Philosophical Papers 1: Human Agency and Language* (s. 45-76). Cambridge: Cambridge University Press.
 109. The effects of loneliness: a review of the literature. *West DA, Kellner R, Moore-West M Compr Psychiatry*. 1986 Jul-Aug; 27(4):351-63.
 110. Tiwari, Sarvada. (2013). Loneliness: A disease?. *Indian journal of psychiatry*. 55. 320-2. 10.4103/0019-5545.120536
 111. TYLOVÁ, Václava, Hana KUŽELOVÁ a Radek PTÁČEK, 2014. Emoční a sociální osamělost v etiologii a léčbě duševních poruch. *Česká a Slovenská psychiatrie*. 110(3), 151-157. ISSN 1212-0383
 112. van Os J, Kapur S. Schizophrenia. *Lancet*. 2009 Aug 22;374(9690):635-45. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60995
 113. VÝROST, Jozef a SLAMĚNÍK, Ivan. Sociální psychologie. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1428-8.
 114. Weiss, RS. Loneliness: The experience of emotional and social isolation. Cambridge, MA: MIT Press; 1973.
 115. What is Serious Mental Illness? | SMI Adviser. Find Answers About Serious Mental Illness | SMI Adviser [online]. American Psychiatric Association. Dostupné z: <https://smiadviser.org/about/serious-mental-illness>
 116. WOOD, S.J. and YUNG, A.R. (2011), Diagnostic markers for schizophrenia: do we actually know what we're looking for?. *World Psychiatry*, 10: 33-34. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00006.x>

117. Young, S. L., & Ensing, D. S. (1999). Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(3), 219–231
118. Young adults hardest hit by loneliness during pandemic, study finds – Harvard Gazette. [online]. President and Fellows of Harvard College. Dostupné z: <https://news.harvard.edu/gazette/story/2021/02/young-adults-teens-loneliness-mental-health-coronavirus-covid-pandemic/>

9. Seznam příloh

Seznam obrázků

Obrázek 1 – Schéma cyklování nálady u bipolárně afektivní poruchy	29
Obrázek 2 – Průběh depresivní poruchy	33
Obrázek 3 – Model kognitivního nesouladu	45
Obrázek 4 – Účinky osamělosti na pozornost a sociální chování	47
Obrázek 5 – Hodnocení osamělosti napříč pěti kategoriemi psychotických poruch	53

Seznam tabulek

Tabulka 1 – Komparace prostoru a osamělosti	42
Tabulka 2 – Výsledná témata	72

Příloha č. 1 – Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS

V souladu se zásadami etické realizace výzkumu Vás žádám o souhlas s Vaší účastí ve výzkumném projektu v rámci mé diplomové práce, která se zaměřuje na prožívání osamělosti lidí s duševním onemocněním.

Bc. Eva Janíčková
autorka diplomové práce

Souhlas účastníka:

1. Já, níže podepsaný/á souhlasím s účastí ve výzkumu. Jsem seznámen/a s tím, že mohu od výzkumu kdykoliv odstoupit, i během rozhovoru. Beru na vědomí, že již zpracované a odevzdané části rozhovoru není možné po vypovězení souhlasu odstranit, či odmazat.
2. Byl/a jsem dostatečně informována o cíli a postupu výzkumu.
3. Moje účast ve výzkumu je dobrovolná. Měl/a jsem možnost si řádně a v dostatečném čase zvážit všechny relevantní informace o výzkumu, zeptat se na vše podstatné týkající se účasti ve výzkumu, na mé dotazy jsem dostal/a srozumitelné odpovědi.
4. Dávám svým podpisem souhlas se správou, zpracováním a uchováním svých osobních údajů, audio záznamu rozhovoru za výše uvedeným účelem a následného publikování výsledků. Při zařazení do studie budou moje osobní data uchována s plnou ochranou důvěrnosti dle nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů o volném pohybu těchto údajů. Pro účely studie budou data publikována jako anonymní.
5. Data budou uchována rok po odevzdání diplomové práce, následně budou odstraněna z veškerých uložených prostor.

Jméno a příjmení:

Datum:

Podpis:

Příloha č. 2 – Plán rozhovor

Vnímání osamělosti	<ul style="list-style-type: none">– Co je pro Vás osamělost? Jak byste ji popsala?– Jak byste popsala rozdíl mezi být osamělá a nebýt osamělá?– Jak se cítíte ve chvílích, kdy zažíváte osamělost?– Co si myslíte, že si ostatní myslí o vaší osamělosti?– Jak by vypadal váš život, kdybyste nezažívala osamělost?– Vzpomínáte si na dobu, kdy jste se začal/a cítit osaměle?– Jak dlouho se cítíte osaměle?– Kdy se nejvíc cítíte osaměle?– Jak vám osamělost ovlivňuje Váš život?
Duševní nemoc	<ul style="list-style-type: none">– Kdy se u vás projevilo vaše onemocnění?– Jak se projevuje vaše onemocnění?– Kdy se poprvé objevil pocit osamělosti v rámci vašeho onemocnění?

10. Abstrakt

Z publikovaných výzkumů vyplývá, že osamělost negativně ovlivňuje psychické i fyzické zdraví a objevuje se napříč všemi věkovými skupinami. Oblast osamělosti však není v českém prostředí dostatečně prozkoumána a ani ve světovém měřítku stále není dostatek studií se zaměřením na osamění u lidí s duševním onemocněním. Tato práce proto přispívá k otevření této problematiky pohledem sociální práce, která může dobře reagovat na výzvy, které osamělost vnáší do životů lidí s duševním onemocněním.

V teoretické části se věnuji vymezení skupiny diagnóz nazývané jako „vážná duševní onemocnění“. Společným znakem diagnóz z této skupiny je vážné narušení běžného a sociálního fungování jedince. Následně definuji osamění, jeho druhy a teoretický rámec, který poskytuje vhled do problematiky. Dále představuji základní zkoumané oblasti, na které navazuje rešerše studií zabývajících se zkoumáním osamělosti u lidí s duševním onemocněním.

Cílem práce bylo odpovědět na hlavní výzkumnou otázku: „Jak prožívají osamělost lidé s vážným duševním onemocněním?“ K jejímu zodpovězení byla použita metoda interpretativní fenomenologické analýzy, která nabízí flexibilní přístup k výzkumu a dává prostor k respondentově interpretaci. Výzkum byl realizován s klienty sociální služby, která přímo pracuje s lidmi s vážným duševním onemocněním a na základě výpovědí byl přiblížen jejich pohled na prožívání osamělosti.

Z interpretovaných výpovědí lze říct, že respondenti vnímají osamění jako nechtěný stav, kdy nemají nikoho, kdo by pro ně byl oporou a mohli s ním hlouběji sdílet své prožitky. Významnou roli hraje zklamání z předešlých vztahů a charakteristika jejich onemocnění, které je natolik závažné, že narušuje jejich sociální fungování. Dále je to práce se sebezpříjetím, míra sebevědomí a participace v terapeutickém procesu. Všechna tato zjištění přibližují problematiku osamění u lidí s duševním onemocněním a otevírají příležitosti pro další zkoumání tohoto tématu v českém prostředí.

11. Abstract

Published researches show that loneliness negatively affects mental and physical health and occurs across all age groups. However, the area of loneliness has not been sufficiently explored in the Czech context, and there are still not enough studies on a global scale focusing on loneliness in people with mental illness. This work therefore contributes to the opening of this issue from the perspective of social work, which can respond well to the challenges that loneliness brings to the lives of people with mental illness.

In the theoretical part I deal with the definition of a group of diagnoses called “serious mental illnesses”. A common feature of diagnoses from this group is a serious disruption of normal and social functioning of the individual. Subsequently, I define loneliness, its types and theoretical framework, which provides an insight into the issue. Furthermore, I present the basic researched areas, which are followed by abstracts of studies with focus on loneliness in people with mental illness.

The aim of the thesis was to answer the main research question: “How do people with serious mental illness experience loneliness?” It was answered using interpretive phenomenological analysis, which offers a flexible approach to research and gives space for respondent's interpretation. The research was carried out with clients of a social service that works directly with people with serious mental illness and based on the statements, their view on the experience of loneliness was introduced.

From the interpreted statements, it can be said that the respondents perceive loneliness as an unwanted state, when they have no one to support them and whom they could share their experiences more deeply with. Disappointment from previous relationships and the characteristics of their illness, which is so serious that it disrupts their social functioning, play an important role. Furthermore, it is work with self-acceptance, level of self-confidence and participation in the therapeutic process. All these findings approach the issue of loneliness in people with mental illness and open up opportunities for further research on this topic in the Czech context.