

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

Diplomová práce



Bc. et. Bc. Matěj Nykl

Pracovní zkušenosti osob se schizofrenií

**Employment experiences among individuals with
schizophrenia**

doc. Mgr. Kateřina Zábrodská, Ph.D.

2024

Poděkování

Rád bych zde srdečně poděkoval vedoucí diplomové práce doc. Mgr. Kateřině Zábrodské, Ph.D., za velkou podporu, čas a energii, kterou mi během provázení celým procesem věnovala. Dále děkuji všem narátorům, bez jejichž postřehů a autentických vyprávění by práce vzniknout nemohla.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval samostatně, že jsem řádně citoval všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

Matěj Nykl

V Praze 9.4.2024

A handwritten signature in black ink, consisting of stylized, overlapping letters that appear to be 'M' and 'N', representing the name Matěj Nykl.

Abstrakt

Tato diplomová práce se zabývá problematikou pracovních zkušeností a pracovního uplatnění jedinců se schizofrenií. Výzkumy ukazují, že zapojení do pracovní činnosti může mít pozitivní dopad na průběh onemocnění, avšak vykonávání zaměstnání je současně pro osoby se schizofrenií výrazně náročnější oproti běžné populaci. Přestože většina osob se schizofrenií má zájem vykonávat zaměstnání, dlouhodobě se to daří se to pouze malé části z nich. V českém prostředí se jedná o málo prozkoumanou problematiku, chybí proto poznatky o tom, jak lidé se schizofrenií prožívají své pracovní uplatnění a jakým obtížím čelí. Cílem této diplomové práce je proto blíže prozkoumat pracovní zkušenosti osob se schizofrenií a zjistit, jaké specifické faktory vnímají tyto lidé jako podpůrné, nebo naopak limitující pro své zapojení do placeného zaměstnání.

Teoretická část práce je rozdělena do dvou hlavních kapitol, přičemž první se zabývá samotným onemocněním schizofrenie včetně jejích projevů, prognózy, diagnostiky či dopadů stigmatizace. Předmětem druhé kapitoly jsou možnosti pracovního uplatnění osob se schizofrenií, zejména benefity spojené s vykonáváním práce, mechanismy podpory této skupiny či její specifické potřeby. Na teoretickou část navazuje empirický kvalitativní výzkum.

Cílem výzkumu realizovaného prostřednictvím rozhovorů zasazených do rámce Interpretativní fenomenologické analýzy (IPA) bylo odpovědět na hlavní výzkumnou otázku: Jaké jsou zkušenosti osob se schizofrenií v oblasti pracovního uplatnění? Dohromady bylo zrealizováno 9 výzkumných rozhovorů, z nichž 7 bylo využito pro analýzu. V rámci analýzy pak byla identifikována 4 hlavní témata: Vztah k onemocnění; Nebýt jen invalidní důchodce; Když jsem unavenější, přijdou hlasy; Peerství. Výsledky výzkumu naznačují, že pracovní uplatnění může být spojené s řadou benefitů, a zaměstnání tak můžeme chápat jako součást procesu zotavení. Analýza však zároveň poukazuje na riziko zhoršení psychotických obtíží v důsledku nadměrně náročného zaměstnání. Výsledky analýzy proto zviditelňují důležitost vytvoření vhodných podmínek a podpory pro osoby se schizofrenií, aby mohli úspěšně práci vykonávat, aniž by se vystavovali zvýšenému riziku relapsu onemocnění. Takto vhodné podmínky jsou již vytvořené zejména v rámci peerských pozic, které v souvislosti s refermou péče o duševní zdraví zažívají období značného rozvoje.

Klíčová slova: Schizofrenie, Pracovní uplatnění osob s duševním onemocněním, Peer pracovník, Interpretativní fenomenologická analýza, Kvalitativní výzkum

Abstract

This master's thesis deals with the issue of work experiences and employment of individuals with schizophrenia. Research indicates that engagement in work activities can have a positive impact on the course of the illness, but employment is significantly more challenging for individuals with schizophrenia compared to the general population. Although most individuals with schizophrenia are interested in being employed, only a small proportion of them succeed in the long term. In the Czech context, this is a relatively unexplored issue, therefore there is a lack of knowledge about how people with schizophrenia experience their employment and what difficulties they face. The aim of this master's thesis is to further explore the work experiences of individuals with schizophrenia and to determine what specific factors they perceive as supportive or limiting for their involvement in paid employment.

The theoretical part of the thesis is divided into two main chapters, with the first one focusing on schizophrenia itself including its symptoms, prognosis, diagnosis, and the impacts of stigma. The subject of the second chapter is the possibilities of employment for individuals with schizophrenia, particularly the benefits associated with work, support mechanisms for this group, and their needs. The theoretical part is followed by empirical qualitative research.

The aim of the research conducted through interviews framed within the Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) was to answer the main research question: What are the experiences of individuals with schizophrenia regarding employment? In total, 9 research interviews were conducted, of which 7 were utilized for analysis. Within the analysis, 4 main themes were identified: Relationship to the illness; Not just being a disability pensioner; When I'm tired, then the voices come; Peer support. The results of the research suggest that employment can be associated with a number of benefits, and therefore, employment can be understood as part of the recovery process. However, the analysis also highlights the risk of worsening psychotic difficulties due to excessively demanding employment. The results of the analysis thus emphasize the importance of creating suitable conditions and support for individuals with schizophrenia to be able to successfully perform their work without exposing themselves to an increased risk of disease relapse. Such suitable conditions are already being created, especially within peer positions, which are experiencing a period of significant development in the context of mental health care reform.

Key words: Schizophrenia, Employment of individuals with mental illness, Peer worker, Interpretative phenomenological analysis, Qualitative research

Obsah

Úvod	10
I. Teoretická část.....	12
1. Schizofrenie jako závažné psychické onemocnění	12
1.1 Prevalence a obecné charakteristiky schizofrenie	12
1.2 Symptomy	13
1.3 Diagnostika schizofrenie	14
1.3.1 Diagnostické manuály	14
1.3.2 Diagnostické postupy	15
1.3.3 Diferenciální diagnostika schizofrenie	16
1.4 Typy schizofrenie	17
1.5 Etiopatogeneze	17
1.6 Vývoj onemocnění	18
1.7 Léčba schizofrenie.....	20
1.7.1 Psychofarmakologická léčba.....	20
1.7.2 Využití psychoterapie při léčbě schizofrenie	21
1.7.3 Sociální poradenství	22
1.8 Stigmatizace a destigmatizace.....	23
2. Pracovní uplatnění osob se schizofrenií	25
2.1 Úvod	25
2.2 Celkový kontext pracovního uplatnění osob se schizofrenií.....	25
2.2.1 Státní podpora osob s duševním onemocněním	26
2.2.2 Pracovní uplatnění osob se schizofrenií v rámci výzkumu: přehled empirických zjištění	27
2.2.3 Společenský kontext.....	27
2.3 Specifické pracovní potřeby osob se schizofrenií	28
2.4 Další aspekty pracovního uplatnění osob se schizofrenií.....	29
2.4.1 Sebeodhalení	29

2.4.2 Job matching (hledání vhodné pozice).....	30
2.4.3 Úprava pracovního prostředí.....	31
2.5 Individuální faktory.....	32
2.5.1 Motivace.....	32
2.5.2 Talent a schopnosti.....	33
2.5.3 Průběh onemocnění.....	33
2.6 Benefity pracovního uplatnění osob se schizofrenií.....	34
2.6.1 Součást procesu zotavení.....	34
2.6.2 Pozitivní dopad na kvalitu života.....	34
2.7 Možnosti podpory zaměstnanosti osob se schizofrenií.....	35
2.7.1 Podporované zaměstnání a pracovní rehabilitace.....	36
2.7.2 Metodiky na podporu osob s duševním onemocněním.....	36
II. Empirická část.....	38
1. Cíl výzkumu.....	38
1.1 Výzkumná otázka.....	38
2. Metodika.....	39
2.1 Výzkumný soubor.....	39
2.2 Nástroje.....	44
2.3 Procedura.....	44
2.4 Analýza.....	45
2.5 Etika výzkumu.....	46
3. Výsledky.....	48
3.1 Vztah k onemocnění.....	49
3.2 Nebýt jen invalidní důchodce.....	56
3.3 Když jsem unavenej, přijdou hlasy.....	65
3.4 Peerství.....	73
4. Diskuse.....	81

5. Závěr.....	85
Reference.....	86
Seznam příloh.....	101
Příloha č. 1: Scénář výzkumného rozhovoru	102
Příloha č. 2: Žádost o etické posouzení projektu	105
Příloha č. 3: Vyjádření Komise pro etiku výzkumu.....	109

Seznam zkratk

APA - American Psychiatric Association

IPA – Interpretativní fenomenologická analýza

MZČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

WHO – World Health Organization

Úvod

Schizofrenie je velmi závažné duševní onemocnění, které může vést ke ztrátě kontaktu s realitou a celkové dezorganizaci myšlení, vnímání či chování (Orel et al., 2020). I po odeznění akutních tzv. pozitivních příznaků se mnohdy lidé s touto diagnózou potýkají se symptomy tzv. negativními v podobě sníženého fungování kognitivních funkcí, emoční oploštělosti, abulii či sociálního stažení (Correl & Schooler, 2020). Avšak i přes mnohdy náročný průběh onemocnění může efektivní léčba vést k úspěšnému zotavení a návratu do běžného života. Jedním z podstatných aspektů tohoto zotavovacího procesu je vykonávání zaměstnání, které může přispět k návratu do běžného života a potenciálně přinést řadu pozitivních dopadů (Baldwin, 2016).

V průběhu minulého století se objevilo několik slavných a úspěšných osobností, které dosáhly značných kariérních úspěchů i se schizofrenií, jako například Zelda Fitzgerald (americká spisovatelka; Seeman, 2016), John Nash (který v roce 1994 získal Nobelovu cenu za ekonomii a stal se předlohou slavného filmu Čistá duše, oceněného Oscarem; Nasar, 1994) či Syd Barrett (zakládající člen kapely Pink Floyd; Salesse et al., 2021). Tyto příklady ukazují, že pracovní uplatnění, a to i velmi úspěšné, je možné i s diagnózou schizofrenie. Zároveň je zřejmé, že se jedná o spíše výjimečné případy, neboť dostupné statistiky ukazují, že pracovního uplatnění dosáhne pouze malá část osob se schizofrenií – v evropských státech okolo 15% (Carmona et. al., 2017).

Právě pracovní uplatnění osob se schizofrenií je tématem této diplomové práce. Lidé se schizofrenií mnohdy potřebují podporu ze strany zaměstnavatelů, kteří umožní modifikaci pracovní pozice například v podobě práce z domova či nižšího pracovního úvazku (Baldwin, 2016). To však může být v rozporu s tím, že s diagnózou schizofrenie jsou ve společnosti zakořeněné silně negativní stereotypy a předsudky, a tak lidé se schizofrenií své onemocnění mnohdy tají (Baldwin, 2016). Právě subjektivní perspektiva samotných osob se schizofrenií a jejich vnímání možností být zaměstnaný, a to včetně obav i pozitiv spojených s vykonáváním zaměstnání, a také strategie vyhledávání práce a jejího udržení, jsou předmětem výzkumné části této diplomové práce.

Dané téma lze zařadit do kontextu reformy péče o duševní zdraví, jejímž cílem je právě zmírnění izolovanosti osob s duševním onemocněním, snižování stigmatizace duševních onemocnění a zaměření se na sociální podporu včetně zvyšování zaměstnanosti (MZČR, 2019). Výsledky diplomové práce proto mohou být společensky relevantní v tom smyslu, že

zkušenosti osob se schizofrenií spojené s tématem pracovního uplatnění jsou silně spoluutvářeny celým společenským systémem a klimatem. Závěry práce mohou tedy napovědět, zda naše společnost vytváří prostředí, které jedincům se schizofrenií poskytuje adekvátní možnosti pro vykonávání zaměstnávání a k návratu do běžného života a propojení se s majoritní společností.

S ohledem na to, že problematice pracovního uplatnění osob se schizofrenií není věnováno příliš pozornosti ve vědeckém prostředí, přínos práce lze spatřovat také v rozšíření poznání o tom, jaká témata jsou perspektivou samotné skupiny osob se schizofrenií nejvíce subjektivně relevantní či palčivá v oblasti pracovního uplatnění. Mohou tak být identifikovány fungující mechanismy podpory této skupiny či naopak zjištěny potřeby, které doposud pokryty nejsou. Vědecká relevance je o to výraznější, že míra pracovního uplatnění této skupiny značně variuje napříč různými státy, a v kontextu českého prostředí se jedná o téma neprobádané.

Literárně přehledová je rozdělena na 2 kapitoly. První se zabývá samotným onemocněním schizofrenie, a to jejími příznaky, diagnostikou, způsoby léčby, předpokládaným vývojem onemocnění či společenskou stigmatizací. Ve druhé kapitole jsou pak popsána specifika pracovního uplatnění právě u osob se schizofrenií. Pozornost je zde věnována vlivu symptomů onemocnění na pracovní výkonnost, možnosti podpory této skupiny při zaměstnávání či vlivu společenských a individuálních faktorů na míru její zaměstnanosti.

Výzkumné šetření, které tvoří pomyslnou druhou část práce, je založené na kvalitativním přístupu interpretativní fenomenologické analýzy (IPA). Bylo realizované formou výzkumných rozhovorů s osobami se schizofrenií či se zkušeností se schizofrenií.

Práce je citovaná dle normy Americké psychologické asociace (APA, 2020).

I. Teoretická část

1. Schizofrenie jako závažné psychické onemocnění

1.1 Prevalence a obecné charakteristiky schizofrenie

Schizofrenie je dle Americké psychiatrické asociace (2024) závažné duševní onemocnění, které se projevuje celou řadou různých symptomů a narušuje více psychických funkcí současně. Projevuje se změnami ve vnímání, myšlení, emocionalitě, motivaci i chování, mezi typické symptomy řadíme bludy, halucinace, dezorganizované myšlení či sníženou motivaci (APA, 2024). Symptomy schizofrenie rozlišujeme na takzvané pozitivní a negativní (viz níže). Jednotícím prvkem jednotlivých projevů je narušený vztah s realitou (Mohr, 2012).

V důsledku závažnosti některých projevů může onemocnění představovat velký problém pro jedince, jeho rodinu i společnost (Orel et al., 2020). Jedná se o onemocnění charakteristické svým dlouhodobým průběhem, kdy zhruba u dvou třetin pacientů inklinuje k chronifikaci (Orel et al., 2020). Skupina je vystavena zvýšenému riziku sebevraždy, kdy se během života pokusí spáchat sebevraždu 25-50 % osob s tímto onemocněním (Cassidy et al., 2018).

Celosvětově trpí schizofrenií zhruba 24 milionů lidí a prevalence v populaci tedy činí zhruba 1%. Jedná se tedy o méně rozšířenou nemoc ve srovnání s jinými duševními onemocněními (World Health Organization, 2022). Rozložení mezi muži a ženami je v zásadě rovnoměrné. U mužů nicméně nemoc propuká spíše dříve (typicky ve věku 18-25 let) oproti ženám (ve věku 25-30 let) (Orel et al., 2020).

K záměně může dojít s pojmem psychóza. Toto označení můžeme de facto chápat jako nadřazený koncept pro jednotlivé poruchy definované v diagnostických manuálech, mezi kterými je kromě schizofrenie uvedena také schizoafektivní porucha, akutní a přechodné psychotické poruchy, poruchy s bludy, rovněž však obsahuje také poruchy, které vznikly v důsledku užívání psychoaktivních látek (Mohr, 2012). U těchto dalších psychotických poruch je možné rovněž sledovat narušení kontaktu s realitou, svou symptomatikou však ne zcela odpovídají schizofrenii (viz diferenciální diagnostika níže). Současně se nicméně může psychóza vyskytnout u jiných poruch jako sekundární projev nemoci – například u deprese, mánie či demence.

1.2 Symptomy

Dle Orla a kol. (2020) příznaky schizofrenie typicky zahrnují:

- *Poruchy vnímání* – halucinace, u schizofrenie jsou běžné především sluchové v podobě slyšení hlasů či vlastních myšlenek. Může se také jednat tzv. intrapsychické halucinace. Jedná se o pocit odnámání či vkládání myšlenek.
- *Poruchy myšlení* – bludy, ve kterých se projevuje narušení vztahu k realitě. Časté jsou bludy paranoidního charakteru. Objevovat se nicméně mohou také inkoherece myšlení, zárazy či používání neologismů.
- *Poruchy emotivity* – v podobě sociálního stažení či emocionální oploštělosti. V důsledku bludů či halucinací nicméně může docházet naopak k nadměrnému nabuzení.
- *Poruchy chování* – člověk trpící schizofrenií v akutní fázi může produkovat bizarní chování. Vyskytovat se však může také stupor či mutismus.

Příznaky u schizofrenie dělíme na tzv. pozitivní a negativní (Orel et al., 2020). Zjednodušeně lze říci, že pozitivní příznaky se vyznačují tím, že oproti běžnému fungování psychiky jsou symptomy onemocnění v podstatě nadbývající. Mezi pozitivní příznaky řadíme: halucinace, bludy, nekoherenci či dezorganizaci myšlení, řeči či chování (APA, 2024; World Health Organization, 2022). V případě propuknutí akutní fáze onemocnění, které se vyznačuje dominancí pozitivních příznaků, většinou pomůže nasazení či posílení užívaných antipsychotik. (Haddad, & Correll, 2018). Přesto však mohou pozitivní příznaky přetrvávat i mimo akutní fázi onemocnění, například v podobě slyšení hlasů (Powers, Kelly, & Corlett, 2017).

Oproti tomu negativní příznaky se vyznačují sníženým fungováním psychických funkcí (Correl & Schooler, 2020). Jedná se o snížené psychomotorické tempo, hypobulii, sociální stažení, emoční oploštělost, anhedonie, alogie, hypomimie či sníženou schopnost sebepéče či exekutivních funkcí (APA, 2024). Celkově tak v důsledku kombinace těchto negativních symptomů může člověk působit utlumeným či depresivním dojmem (diferenciální diagnostika ohledně deprese), což mohou umocňovat také vedlejší účinky antipsychotik (Jarolínek, 2021). Dalším z možných projevů je také snížená motivace (Choi & Medalia, 2010; Medalia & Brekke, 2010). Ukazuje se, že osoby trpící schizofrenií mají omezenou schopnost chování vedoucího k odměně, a mají proto sníženou tzv. vnější motivaci (Gard et al., 2014; Medalia & Brekke, 2010;). Oproti pozitivním příznakům progredují tyto negativní pomaleji, avšak mohou trvat po dlouhou dobu (Orel et al., 2020).

Negativní symptomy společně s kognitivním deficitem jsou patrně důvodem, proč bývala schizofrenie dříve označována jako „dementia praecox“ neboli jako předčasná demence (Kendler, 2020). Samotný německý psychiatr Emil Kraepelin, který se významně zasadil o rozvoj výzkumu schizofrenie, se domníval, že úbytek kognitivních kapacity je přímo podstatou schizofrenie.

Samostatnou kapitolu pak tvoří kognitivní deficit, který může být přítomný i dlouho po odeznění pozitivních příznaků (Tripathi, Kar & Shukla, 2018). Zasaženy bývají kognitivní procesy jako je paměť či pozornost, včetně sociální kognice (zhoršení paměti, schopnost porozumět sociálním situacím, výrazům tváře) a metakognice, tj. porozumění vlastním psychickým stavům, myšlenkám, pocitům. Tyto obtíže komplikují možnosti jedinců se schizofrenií participovat v práci na otevřeném trhu a rovněž se plnohodnotně zapojit do majoritní společnosti (Jarolímek, 2021).

1.3 Diagnostika schizofrenie

Následující sekce obsahuje přehled diagnostických kritérií pro udělení diagnózy schizofrenie.

1.3.1 Diagnostické manuály

Schizofrenie je v rámci ICD-10 (World Health Organization, 2019) vedena pod kódem F20. Zde je jako kritérium pro udělení diagnózy přítomnost (pozorováno samotným pacientem nebo jeho okolím) minimálně jednoho symptomu z uvedených níže pod čísly a) - d) a minimálně dvou z celého seznamu po dobu alespoň jednoho měsíce:

- a) Trvalé bludy (například persekucní či grandiózní)
- b) Přetrvávající halucinace (typicky sluchové či spojené s různými částmi těla)
- c) Dezorganizace myšlení (neologismy, bezsmyslné vyjadřování)
- d) Negativní symptomy (anhedonie, emoční oploštělost, abulie)
- e) Výrazně dezorganizované chování (bizarní, nesmyslné či nepřiléhavé)
- f) Psychomotorické poruchy (katatonie)

V případě DSM-V se jedná o přítomnost dvou či více projevů s tím, že musí být přítomný alespoň jeden symptom z bodů 1-3 (Raboch et al., 2015). Onemocnění by mělo trvat alespoň 6 měsíců, z toho 1 měsíc trvání příznaků akutní fáze (Raboch et al., 2015).

1. Bludy
2. Halucinace

3. Dezorganizovaná řeč
4. Hrubě dezorganizované či katatonní chování
5. Negativní příznaky

1.3.2 Diagnostické postupy

V rámci diagnostiky schizofrenie je důležité kombinovat více různých metod. Typicky bývají využity následující metody (Mohr, 2012):

- *Anamnéza* – V rámci anamnestického rozhovoru zjišťujeme perinatální a perinatální komplikace, zda se v rodině vyskytují osoby s duševním onemocněním a ptáme se také na případné traumatické události v životě pacienta. Dále se zjišťuje studijní a pracovní anamnéza, oblast sociálního okolí a vztahů či frekvence případného užívání psychoaktivních látek.
- *Rozhovor* – Sledujeme latenci v odpovědích, celkovou srozumitelnost projevu, orientaci v prostoru a čase či míru náhledu na své obtíže. Z hlediska samotného obsahu rozhovoru lze identifikovat bludné myšlení či přítomnost halucinací.
- *Pozorování* – Prostřednictvím pozorování lze získat informace o tom, jak jedinec reaguje na přítomnost druhého člověka (zda například udržuje oční kontakt), jestli jsou projevované emoce a chování přiléhavé, jaké je celkové psychomotorické tempo či zda zvládá pacient dodržovat základní hygienické procedury. U schizofrenie se v případě sluchových halucinací může objevovat naslouchací postoj.
- *Projektivní metody* – Pro diagnostiku schizofrenie bývají užívány projektivní testy jako TAT nebo Rorschachův test. V projevu pacienta popisujícím, co spatřuje na prezentovaných tabulích, se může objevit hned několik rysů typických pro schizofrenii. Jedná se například o pseudofilosofování či kontaminace (spatřovaná a popisovaná symbióza na tělesné úrovni například člověk s hlavou zvířete) nebo neologismy. Popis může být však na straně druhé také nevýpravný nebo mohou být patrné obtíže při hledání vhodných slov. Z děsivých popisovaných obsahů bývá pozorovatelná persekční úzkost a celkově je charakteristický nedostatek odstupů, pacient je obsahem materiálu silně vtažen. Objevují se také destruktivní obsahy či prvky spojené s anatomii lidského či zvířecího těla. V konečném důsledku se odpovědi osob se schizofrenií v těchto projektivních testech nápadně liší od běžných odpovědí či pacientů s jiným typem poruch.
- *Testy kognitivních funkcí a intelektu* – typicky dochází u schizofrenie k úpadku paměti, což je možné odhalit v testech, které tuto kognitivní funkci posuzují. Dále může být

patrné snížené psychomotorické tempo či úpadek exekutivních funkcí (obtíže při dodržování plánu či zvolené strategie).

- *Specifické testy* – Za účelem diagnostiky schizofrenie byly vytvořeny testy či dotazníky specificky se zaměřující na projevy tohoto onemocnění. Jedná se například o: PANSS, SANS, CAARMS, PQ-B, BABS, SPI, Dotazník negativních příznaků, MINI.

1.3.3 Diferenciální diagnostika schizofrenie

Diferenciální diagnostika je postup, kdy se snažíme vyloučit zaměnitelnost s jinou poruchou, která má podobné projevy. Dle WHO (2019) se diferenciální diagnostika v případě schizofrenie typicky provádí ve vztahu k následujícím onemocněním:

- *Schizoafektivní porucha*: u ní se kromě příznaků charakteristických pro schizofrenii objevují také poruchy nálady (depresivního či naopak manického charakteru).
- *Akutní a přechodná psychotická porucha*: u této poruchy zpravidla dochází k výrazným proměnám intenzity onemocnění, většinou délka trvání nepřesahuje jeden měsíc a nebývají přítomné negativní symptomy jako u schizofrenie.
- *Schizotypální porucha*: spíše osobnostně podmíněná porucha (nezvyklé chování, paranoidita, sociální izolovanost), u které je průběh dlouhodobě konstantní a nedochází k náhlému zhoršení projevů jako je tomu v případě nástupu schizofrenní ataky. Pacienti se schizotypální poruchou mají nicméně vyšší riziko rozvoje schizofrenie.
- *Porucha s bludy*: u této poruchy se vyskytuje typicky jeden centrální blud, který není natolik bizarní jako u schizofrenie a může působit relativně uvěřitelným dojmem. V projektivních testech nemusí být patrné narušení kontaktu s realitou.
- *Depresivní či bipolární porucha*: halucinace nebo bludy mohou být přítomné také u depresivních pacientů, v tomto případě jsou však pouze sekundárním projevem a tyto osoby nesplňují další kritéria pro udělení diagnózy schizofrenie. Nejčastěji se jedná o autoakuzační, mikromanické, nihilistické či urinační bludy.

V průběhu onemocnění nicméně může docházet ke změnám diagnózy (Tohen et al., 2016), neboť při první epizodě onemocnění může být vzhledem k variabilitě projevů schizofrenie obtížné ji správně diagnostikovat.

1.4 Typy schizofrenie

Schizofrenie bývá dále rozdělována na paranoidní, hebefrenní, katatonní, simplexní a nediferencovanou (Jablensky, 2010). V případě přetrvávajících příznaků následujících po prodělání psychotické atace se hovoří o tzv. reziduální schizofrenii. Uvedené typy jsou charakteristické následujícími aspekty (Jablensky, 2010):

- 1 *Paranoidní* (F20.0): Výrazná je paranoia, pocit, že jsou myšlenky někým ovládnány, bludy bývají spojené s obavou z toho, že je člověk někým pronásledován a časté jsou také sluchové halucinace. Jedná se o nejčastější typ schizofrenie. Pacient s paranoidní formou bývá nedůvěřivý i vůči zdravotnickému personálu či rodině a blízkým.
- 2 *Hebefrenní* (F20.1): Nepřiléhavé emocionální reakce připomínající pubertální chování (hypomanická nálada, bizarní projevy) vzbuzují mnohdy pozornost u okolí. Hebefrenní schizofrenie ostatně nastupuje oproti jiným typům spíše v mladším věku. Výrazné je narušení myšlení (inkohherentní myšlení a řeč, neologismy, paralogie), bludy a halucinace naopak nemusí být natolik výrazné.
- 3 *Simplexní* (F20.6): Je patrná celková inhibice, a to sociální stažení, abulie, hypomimie či emocionální oploštělost, naopak pozitivní symptomy nebývají natolik přítomné. Rozvoj bývá mnohdy pozvolný, často však dlouhodobě progreduje.
- 4 *Katatonní* (F20.2): Dochází k výrazným změnám psychomotorického tempa, a to k jejímu zvýšení, či naopak snížení s možností náhlého střídání těchto poloh. Objevuje se stupor, stereotypie či verbigerace.
- 5 *Nediferencovaná* (F20.3): V případě, že průběh onemocnění u daného jedince nemá jednoznačné rysy jednoho z výše uvedených typů či je patrná kombinace charakteristik více z nich, používá se označení nediferencované schizofrenie.
- 6 *Reziduální schizofrenie* (F20.5): Označuje charakteristiky, které u jedince po prodělání schizofrenie přetrvávají, jako je například sociální staženost, podivínství, apatie, chudost projevu či emocí.

Výše uvedené rozdělení je platné v rámci ICD-10. U ICD-11 ani DSM-V se však již s tímto rozdělením na jednotlivé subtypy nepracuje, jelikož jsou jednotlivé typy málo stabilní a z hlediska prognózy nemají prognostickou relevanci (Braff et al., 2013; Valle, 2020).

1.5 Etiopatogeneze

U vzniku schizofrenie se předpokládá multifaktoriální působení více biopsychosociálních faktorů. Zásadní je nicméně polygenní genetická predispozice, dále

premorbidní psychická vulnerabilita s tím, že nemoc mnohdy propuká v náročném období spojeném například s vysokým pracovním vyčerpáním nebo osobní krizí v důsledku ztráty blízkého člověka, ztráty zaměstnání, finančních problémů, a podobně (Fusar-Poli, McGorry, & Kane, 2017; Misiak et al., 2018). Roli však může hrát také osobnostní ladění, a tak může být u každého jedince odlišný poměr biologických a psychologických faktorů při vzniku onemocnění (Jarolínek, 2021). Empirická evidence však také nasvědčuje, že vliv na rozvoji schizofrenie může mít užívání kanabinoidů (Murray et al., 2017.). U osob se schizofrenií bývá oproti neklinické populaci častější užívání alkoholu, kterým se například osoby se schizofrenií snaží vypořádat s myšlenkami a představami, kvůli kterým nemohou usnout. Abusus alkoholu nicméně může mít negativní dopad na průběh onemocnění (Westermeier, 2006).

Na neurochemické úrovni víme, že onemocnění souvisí s dopaminem, který hraje důležitou úlohu při přisuzování významu vnějším podnětům (Howes et al., 2017). Hypodopaminerní stav prefrontálně způsobuje negativní symptomatiku, zatímco dopaminerní disfunkce v nigrostriatální oblasti odpovídá pozitivním příznakům. Současně onemocnění patrně souvisí s mozkovými sítěmi označovanými jako Default Mode Network, aktivující se v momentech introspekce a odpovědný za prožitky jáství, a Central Executive Network, důležitý naopak při zaměření pozornosti na vnější podněty (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Tyto sítě fungují antagonisticky a narušení tohoto mechanismu může navozovat pocity ovládnutí myšlenek či těla někým jiným nebo sluchové halucinace, typické právě pro schizofrenii (Jardri et al., 2013).

Průběh onemocnění může vést ke strukturálním změnám v mozku a významnému snížení objemu šedé hmoty v několika oblastech (Dietsche, Kircher, & Falkenberg, 2017). Míra tohoto úbytku koreluje s počtem relapsů a době vystavení neléčené psychóze (Dietsche, Kircher, & Falkenberg, 2017). Tento mechanismus by mohl vysvětlovat výrazně zhoršené fungování a kognitivní deficit u chronických pacientů (Bankovská Motlová & Španiel, 2017).

1.6 Vývoj onemocnění

U některých osob lze vyzorovat určité odlišnosti oproti fungování vrstevníků již v rámci dětství (Orel et al., 2020). Může se jednat o zvýšenou citlivost či sociální staženost (Jarolínek, 2021). Tento fenomén, označovaný jako premorbidní období, však není vždy pravidlem a nemusí být vůbec přítomné.

Období předcházející vypuknutím psychotické ataky je označované jako prodromální (McCutcheon, Marques, & Howes, 2020). V rámci této fáze je již patrné narušení některých

psychických funkcí, které však nemusí být natolik výrazné, aby jej dokázal jedinec sám či jeho okolí rozpoznat (Renwick et al., 2015). Během prodromálního stádia mohou nastat slabší psychotické příznaky (bludy, halucinace či narušená komunikace) – dle DSM V je fenomén označený jako přechodné psychotické příznaky (attenuated psychotic symptoms) (De Pablo, Catalan, Fusar-Poli, 2020). Jedná se o bludné myšlenky, paranoiu, halucinace či dezorganizaci v komunikaci. Celkově vzato platí poučka, že čím dříve se onemocnění začne léčit, tím lepší je výhled na průběh nemoci v budoucnu (Orel et al., 2020).

Přítomné bývají také bazální symptomy, které se vyznačují kvalitativními změnami vnímání sebe či okolí, například kognitivní potíže soustředěním či pamětí, myšlenkové zárazy, zvýšená iritabilita či citlivost, vztahovačnost. Rozvoj symptomů v rámci prodromální fáze může být velice pozvolný a může zahrnovat postupné sociální stažení, změnu životního stylu, zvýšenou úzkostlivost či vznikající kognitivní deficit (Renwick et al., 2015). Pro okolí může být nápadné také pseudofilosofování, užívání nezvyklých slov či neologismů. Později již také paranoidní ladění (Renwick et al., 2015).

První psychotická epizoda může mít velice rychlý nástup (Orel et al., 2020) a mnohdy resultuje v hospitalizaci pacienta. Je charakteristická nápadnými pozitivními symptomy, které mohou být mnohdy doprovázené ztrátou náhledu (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Narůstající dezorientace v realitě a úzkost spojená například s paranoidními bludy může vyústit v určitý bizarní čin, který je pro okolí jedince signálem, že je nutné přikročit k hospitalizaci – v některých případech z počátku nedobrovolně (Jarolímek, 2021). Délka jedné psychotické epizody bývá zpravidla až 6 měsíců (Jarolímek, 2021). Nebezpečným obdobím může být moment, kdy odezní akutní pozitivní příznaky a pacient je propuštěn v nemocničního zařízení, kdy je riziko sebevražděného jednání nejvyšší (Jarolímek, 2021).

Další vývoj onemocnění může být velice individuální (Orel et al., 2020). Nejvíce pozitivní variantou je situace, kdy dojde k celkovému vyléčení. Tato možnost je však méně častá, po první atace již nedojde k žádným relapsům u 3-22% osob (De Hert et al., 2011). U některých jedinců dochází k návratu akutní fáze v podobě další ataky, mezi kterými může žít člověk bez obtíží či s přetrvávajícími příznaky. Může nicméně dojít také k chronifikaci onemocnění a postupného zhoršování jeho průběhu (De Hert et al., 2011). Období prvních dvou let onemocnění se jeví jako klíčové z hlediska dalšího vývoje onemocnění (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Pokud se v tomto období podaří předejít relapsu onemocnění, prognóza

dalšího vývoje může být poměrně nadějná. Naopak s každým dalším relapsem se pravděpodobnost úplného vyléčení snižuje.

U osob s opakovaným proděláním návratu akutní fáze onemocnění dochází k prohlubování kognitivního deficitu, který může zásadním způsobem zhoršovat fungování jedince. Z tohoto důvodu by mělo být hlavním cílem léčby předcházení dalším relapsům (Rodríguez-Sánchez et al., 2013).

1.7 Léčba schizofrenie

Historickým bodem zlomu při léčbě schizofrenie bylo objevení psychofarmak v 50. letech 20. století. Způsob léčby před zavedení psychofarmak do léčebného procesu je zobrazený v autobiografické knize „*Neslibovala jsem ti procházku růžovým sadem*“ od Joanne Greenbergové (2022), která popisuje svou léčbu u slavné psychoanalytičky Friedy Fromm-Reichmannové. Dílo ilustruje tehdejší velmi omezené možnosti zdravotnického personálu, který kromě psychoterapie nedisponoval žádnými léčebnými prostředky. Hlavním motivem léčby tak bylo udržení relativního klidu a bezpečí na oddělení, kde často docházelo k násilí mezi pacienty.

Dnes však existuje již celá řada různých intervencí, jejichž momentální uplatnitelnost závisí na tom, v jaké fázi onemocnění se daný člověk nachází (Jarolímek, 2021). Celkový posun v léčbě můžeme spatřovat v posunu od orientace na pouhé odstranění symptomů ke snaze o návrat jedince do běžného života a podporu jeho celkového životní spokojenosti (Bankovská Motlová & Španiel, 2017).

1.7.1 Psychofarmakologická léčba

V rámci léčby schizofrenie hrají primární roli antipsychotika (Kane, & Correll, 2010). Ty mohou ve většině případů poměrně úspěšně redukovat projevy pozitivních symptomů v akutních fázích onemocnění, očekávaný efekt se dostavuje v horizontu jednoho měsíce (Jarolímek, 2021).

Primárními léky jsou neuroleptika (Stenkrona, 2019). Tzv. netypická neuroleptika, která byla vyvinuta v 90. letech, mají oproti původním (tzv. typickým) méně negativních příznaků a dokáží částečně působit také na negativní symptomy (Möller & Czobor, 2015). Současně však bývají využívána také antidepresiva, stabilizátory nálady či anxiolytika (Jarolímek, 2021).

S tím, jak se postupně snižuje síla pozitivních symptomů v rámci akutní fáze onemocnění, současně narůstá důležitost navázání kontaktu se zdravotnickým personálem

(Jarolímek, 2021). I v rámci případné hospitalizace je samozřejmě důležité, aby měl pacient alespoň bazální důvěru v personál a lékaře, přestože paranoidní a bludná produkce může výrazným způsobem tento stav komplikovat.

Pro dlouhodobé užívání léků je nicméně potřeba získat tzv. compliance, neboli spolupráci samotného pacienta při léčbě (Jarolímek, 2021). Jako prevence rozvoje dalších relapsů je totiž velmi důležité psychofarmaka pravidelně užívat a jejich dávky případně snižovat pouze na základě konzultace s psychiatrem (Jarolímek, 2021).

Ve studii autorů Zhou et al (2017) okolo 30% pacientů přestalo užívat předepsanou medikaci do jednoho roku od první psychotické ataky. Důvody pro to mohou být nežádoucí vedlejší účinky, pocit, že je onemocnění již zažehnáno či nedostatek náhledu na onemocnění. V případě farmakorezistentního průběhu bývá využívána rovněž elektrokonvulzivní terapie (Sanghani, Petrides, & Kellner, 2018).

1.7.2 Využití psychoterapie při léčbě schizofrenie

V rámci hospitalizace spojené s akutní atakou je psychoterapie spíše podpůrná a mělo by také docházet k edukaci o onemocnění. Zejména je klíčové vzdělávat právě o důležitosti nevysazování léků bez konzultace s lékařem, pozitivním dopadu správné životosprávy, možném vlivu užívání psychoaktivních látek nebo rozpoznání nastupující ataky již v prodromálním stádiu (Fusar-Poli, 2017; Miyamoto et al., 2012).

Podstatné by mělo být rovněž zprostředkování komunikace s rodinou a blízkými a zajištění jejich informovanosti o onemocnění a léčbě. Celkovým cílem by mělo být přijetí nemoci pacientem a důsledků z ní plynoucích. Po odeznění akutní fáze onemocnění je možné také pracovat na kognitivním tréninku (Zhu et al, 2021). Potenciál lze však také spatřovat v dlouhodobé psychoterapeutické práci, které může umožnit pochopení hlubších příčin onemocnění (Jarolímek, 2021).

V případě schizofrenie je klíčovým aspektem náhled na onemocnění, jehož budování rovněž může být předmětem psychoterapie (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Porozumění mechanismu vzniku relapsů a jeho závažnosti je předpokladem pro dodržování doporučení zásadních pro jeho předcházení. Mezi tato doporučení patří především dodržování medikace, pravidelnost spánku, neužívání návykových látek, vyvarování se příliš stresujícímu prostředí či sledování projevů onemocnění a zaznamenání případných známek relapsu (Bankovská Motlová & Španiel, 2017).

Mezi přístupy využívané pro práci se schizofrenií patří: KBT, Metakognitivní trénink či Acceptance and Commitment terapie (ACT). V poslední době narůstá na oblibě při léčbě schizofrenie přístup Open dialogue, který je založený na využívání rodiny a blízkých hospitalizovaného a principem je také maximální otevřenost zdravotnického personálu k pacientovi (Gromer, 2012). Doposud však není empirická evidence jednoznačně podporující efektivitu tohoto přístupu (Freeman et al., 2019). Další možnou formou podpory je také trénink kognitivních nebo nácvik sociálních dovedností (Bankovská Motlová & Španiel, 2017).

V poslední době se v českém prostředí také výrazně rozšířila terapeutická podpora ze strany peer pracovníků, tedy osob, které rovněž v minulosti zažili duševní onemocnění (Foitová et al., 2016). Peer pracovníci mohou poskytnout jiný způsob podpory oproti zdravotnímu personálu, založený na porozumění skrze vlastní zkušenost, a možnost rovnocenného sdílení (Foitová et al., 2016). Začleňování peer pracovníků do zdravotnického systému je součástí probíhající reformy péče o duševní zdraví (MZČR, 2013)

1.7.3 Sociální poradenství

Sociální poradenství představuje podporu osob se schizofrenií v oblastech jako je hospodaření s financemi, zajištění bydlení, asistence při hledání práce či jednání s úřady a další (Jarolímek, 2021). Vzhledem k tomu, že mnoho osob se schizofrenií pobírá invalidní důchod, otázka finančního a materiálního zajištění může hrát rovněž důležitou roli v návratu do běžného života.

Právě vykonávání zaměstnání či smysluplné trávení volného času a zapojení do komunity je velmi podstatným aspektem péče o tuto skupinu. Sociální podpora se má stát podstatnou částí služeb poskytovaných v rámci vznikajících interdisciplinárních týmů Center duševního zdraví, jejichž budování je součástí reformy péče o duševní zdraví. Celý tento posun k poskytování více komplexní péče bychom mohli zarámovat jako posun od léčby zaměřené na redukci symptomů ke snaze o zlepšování celkového wellbeingu klientů a zlepšování jejich životní situace (Jarolímek, 2021).

Současně je nicméně také užitečné podporovat osoby se schizofrenií k péči o vlastní tělesné zdraví. V důsledku mnohdy nezdravého životního stylu v kouření cigaret, sporadické fyzické aktivity či nadváhy, kterou mohou způsobovat psychiatrické léky, je u této skupiny osob zvýšené riziko celé řady různých kardiovaskulárních a dalších zdravotních obtíží (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Dauwan et al. (2016) při tom prokázali, že fyzické cvičení má pozitivní dopad na projevy schizofrenie.

Historickým momentem pro léčbu schizofrenie v České republice byl vznik organizace Fokus v roce 1989, který začal vytvářet nabídky chráněných dílen pro osoby s duševním onemocněním (Fokus, n.d). Později vznikla organizace *Café na půl cesty* rovněž s nabídkou pracovní terapie umožňující postupný návrat do běžného života. Dále se podporou osob se schizofrenií i jinými duševními nemocemi zabývá například Green dors, BONA nebo Eset.

1.8 Stigmatizace a destigmatizace

Samostatným tématem je vztah majoritní společnosti k osobám se schizofrenií a dlouhodobá tendence ke stigmatizaci (Schlier et. al., 2016). Osoby trpící schizofrenií bývají mnohdy vnímány jako podivné či přímo nebezpečné (World Health Organization, 2022). Tato obava může být sycena například bizarními projevy osob v akutní fázi onemocnění ve veřejném prostoru či mediálními zprávami o násilných činech lidí se schizofrenií. Daný společenský proces můžeme označit termínem stigmatizace (Singh, Mattoo, & Grover, 2016).

Tento zdánlivě nepříliš důležitý aspekt může podstatným způsobem ovlivňovat kvalitu života osob se schizofrenií v celé řadě různých aspektů, jako jsou sebehodnocení, míra podpory sociálního okolí či právě naděje na získání a udržení si práce (Hampson, Watt & Hicks, 2020). Stigmatizace se totiž může projevovat ve veřejném prostoru, přičemž participace na trhu práce je jednou z oblastí, ve které představy majoritní společnosti o osobách se schizofrenií podstatným způsobem formují samotný život lidí s touto nemocí. Typicky tím, že práci těmto osobám vůbec nenabídnou nebo nebudou mít pochopení pro specifické potřeby a projevy takového člověka. Současně ale může mít stigma individuální podobu, kdy si člověk internalizuje postoje a reakce okolí, čímž se formuje jeho negativní sebepojetí (Yen, Huang & Chien, 2020; Singh, Mattoo, & Grover, 2016).

Mezi mýty, které bývají o schizofrenii ve společnosti rozšířeny, patří, že člověk se schizofrenií má více osobností. Dále panuje obava, že jsou tito lidé násilní a nebezpeční (Moutier, 2018). Při tom se ukazuje, že agresivita u osob se schizofrenií není příliš častá a většinou se jedná spíše o autoagresi (Jarolímek, 2021).

Ke stigmatizaci schizofrenie přispívá kromě nízké informovanosti běžné populace také nevhodná a mnohdy zavádějící prezentace pacientů s tímto onemocněním ve filmové produkci či médiích, kdy každému trestnému činu je věnováno více pozornosti v případě, že jej spáchal jedinec s diagnózou schizofrenie (Jarolímek, 2021). V Japonsku se například dokonce rozhodli původní označení schizofrenie pozměnit na tzv. poruchu integrace, aby se zlepšilo sociální

postavení osob s tímto onemocněním (Takahashi et al., 2009). Přesto však nic nenasvědčuje, že by v evropských zemích mělo dojít ke změně označení schizofrenie (Bankovská Motlová & Španiel, 2017).

Naopak koncept destigmatizace označuje kroky podnikané za účelem dosažení lepší informovanosti společnosti o osobách s duševním onemocněním a odstranění negativních stereotypů o této skupině lidí (Ladea, Bran, & Claudiu, 2016). Může se jednat o pořádání přednášek, workshopů či mediální kampaní, v rámci kterých mohou členové majoritní společnosti sledovat, že osoby se zaléčenou schizofrenií mohou vést normální život a být plnohodnotnou součástí společnosti.

Tento proces destigmatizace probíhá v kontextu reformy péče o duševní zdraví, která v této chvíli probíhá v evropských zemích včetně České republiky (MZČR, 2019). Jejím cílem je omezit délku pobytu hospitalizovaných pacientů v psychiatrických nemocnicích a jádro léčby přesunout do ambulantní péče (Toresini, Mezzina, & Lintymerová, 2017). Právě destigmatizace osob s duševním onemocněním je však jedním z dalších důležitých cílů této reformy (MZČR, 2019).

Postupně na našem území vzniká síť center duševního zdraví, sestávajících se z mobilních multidisciplinárních týmů psychiatrů, psychologů, sester a sociálních pracovníků (Boček, 2022). Cílem je poskytnout osobám s duševním onemocněním podporu při začleňování do běžného života – zajištěním bydlení, zaměstnání či přijetím do komunity (Boček, 2022).

Cílem reformy péče o duševní zdraví nicméně musí cílit také na zlepšení povědomí široké veřejnosti o duševním onemocnění. Jak zjistil Winkler et al. (2015), stigmatizace osob s duševním onemocněním je v České republice výrazně vyšší ve srovnání s Anglií. Konkrétně ve výzkumu 35% respondentů uvedlo, že by mělo problém se potkávat s člověkem s duševním onemocněním na pracovišti, a 30% respondentů by vadilo bydlet v sousedství.

2. Pracovní uplatnění osob se schizofrenií

2.1 Úvod

Pracovní uplatnění osob se schizofrenií je dlouhodobě nízké – pohybuje se v průměru okolo 15% (Carmona et al., 2017). Přestože osoby se schizofrenií mnohdy nedosahují úplné pracovní výkonnosti, příležitost vykonávat určité zaměstnání pro tuto skupinu může představovat důležitý krok v rámci procesu zotavení. Práce může přispět k návratu do společnosti a původnímu způsobu života (Blank, Harries & Reynolds, 2015). Současně je vykonávání zaměstnání spojené s řadou dalších pozitivních dopadů na psychiku jedince. Jedná se například o zvýšení sebevědomí, smysluplné trávení času, lepší finanční zajištění a další (Baldwin, 2016).

Z těchto důvodů můžeme podporu zaměstnanosti osob se schizofrenií vnímat jako důležitý cíl, který však není jednoduchý, neboť tato skupina mnohdy potřebuje podporu pro to, aby mohla úspěšně v zaměstnání působit (Bjørkedal, Torsting & Møller, 2016). Právě tato podpora a adekvátní možnosti uplatnění se obecně nedostávají a příležitosti pro tuto skupinu vykonávat zaměstnání nejsou dostatečné (Baldwin, 2016).

V tomto kontextu hovoříme o tzv. sociálním modelu postižení, z jehož perspektivy není omezení dané přímo samotnou povahou poruchy či onemocnění, ale prostředím, které neumožňuje tyto handicapy kompenzovat. Podobně jako v případě vozičkáře, který se nedostane do budovy – ne proto, že nemůže chodit, ale proto, že zde nejsou bezbariérové přístupy. V případě duševních onemocnění se jedná o stigmatizující sociální klima vůči osobám s duševním onemocněním (Baldwin, 2016).

V této kapitole se zabývám tématem pracovního uplatnění osob se schizofrenií. Je zde popsán současný stav, benefity spojované s vykonáváním zaměstnání, obtíže, se kterými se tato skupina setkává, nebo možnosti podpory této skupiny ve směru ke zvýšení zaměstnanosti.

2.2 Celkový kontext pracovního uplatnění osob se schizofrenií

Přestože samozřejmě omezená výkonnost osob se schizofrenií představuje důležitý faktor, celková možnost vykonávat zaměstnání u této skupiny je formována společenským kontextem a tím, do jaké míry existují pracovní pozice, které by odpovídaly možnostem této skupiny.

2.2.1 Státní podpora osob s duševním onemocněním

Pracovní uplatnění osob, kteří se potýkají s nezaměstnaností, je předmětem tzv. aktivní politiky zaměstnanosti (Úřad práce ČR, 2023). Jejím cílem je redukovat překážky pro participaci na trhu práce a podporovat znevýhodněné skupiny obyvatel, včetně osob s duševním onemocněním, aby mohly úspěšně zaměstnávání vykonávat (Úřad práce ČR, 2023).

V českém kontextu jsou za aktivní politiku zaměstnanosti zodpovědné především Ministerstvo práce a sociálních věcí a Úřad práce. Mezi typické nástroje relevantní v kontextu práce patří především rekvalifikace, podpora společensky účelných pracovních míst, příspěvek na zapracování či opatření aktivní politiky zaměstnanosti na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením (Úřad práce ČR, 2022). Stát se těmito prostředky snaží motivovat zaměstnavatele, aby vytvářeli pracovní pozice i pro osoby se zdravotním postižením, pod která patří rovněž duševní onemocnění.

Lidé s diagnózou schizofrenie typicky pobírají invalidní důchod, jehož smyslem je poskytnout základní materiální zajištění (Fokus, 2017). Dle míry poklesu pracovní výkonnosti, určeného na základě posouzení zdravotního stavu, je jedinci připsán invalidní důchod prvního, druhého či třetího stupně (ČSSZ, n.d). V českém prostředí však samotný invalidní důchod bez dalších příjmů postačí pouze k pokrytí základních potřeb a činí jedince do značné míry závislého na podpoře okolí a rodiny (Fokus, 2017). Tudíž je zajištění možnosti participace na trhu práce důležité pro osoby se schizofrenií i z hlediska zajištěné dostatečné životní úrovně.

Jak bylo uvedeno výše, v případě schizofrenie se při tom v západních společnostech procento zaměstnaných osob s tímto onemocněním pohybuje okolo 15% (Carmona et al., 2017; Hasslet et al., 2014;), tedy 85 % jedinců se schizofrenií je nezaměstnaných. Jedná se o dlouhodobý problém s ohledem na to, že velká část osob s duševním onemocněním stojí o to, mít možnost nějakým způsobem participovat na trhu práce (Chow & Cichocki, 2015).

U tohoto tématu je však nutné mít na paměti, že situace osob se schizofrenií a míra jejich participace na trhu práce je značně závislá na specifických podmínkách jednotlivých států, které se mohou lišit v míře institucionální podpory této skupiny, úrovni společenské stigmatizace, celkové míře nezaměstnanosti či souhrnných výdajích sociálního státu (Bouwman et al., 2015). Jak ilustrují Marwaha a kol. (2007) ve svém mezikulturním výzkumu, míra zaměstnanosti osob se schizofrenií se liší nejen mezi jednotlivými státy (Německo, Francie a Británie), ale dokonce mezi jednotlivými regiony jediného státu.

2.2.2 Pracovní uplatnění osob se schizofrenií v rámci výzkumu: přehled empirických zjištění

Jak konstatují Follmer a Jones (2017) ve svém systematickém review, pracovní uplatnění osob s duševním onemocněním obecně je oblast, které doposud nebylo věnováno adekvátní množství pozornosti. A to jak na v oblasti výzkumné, která věnuje pozornost duševním onemocněním především v klinickém kontextu, tak také v samotném pracovním prostředí, kde většina zaměstnavatelů nemá připravené programy ani postupy, jak tuto skupinu podporovat.

Z hlediska současného stavu poznání probíhá výzkum oblasti pracovního uplatnění osob se schizofrenií ve dvou odlišných směrech (Rinaldi et al., 2008). První směr se kvantitativním způsobem zabývá efektivitou různých rehabilitačních programů. Tyto studie konzistentně ukazují, že rehabilitační programy skutečně zvyšují schopnost osob se schizofrenií participovat na trhu práce (Carmona et al., 2017; Lim, Millington & Mpofu, 2014). Druhý přístup je orientovaný na subjektivní perspektivu samotných osob s onemocněním a zkoumá jejich potřeby, schopnosti či kapacity v kontextu možností vykonávat zaměstnání (Bjørkedal, Torsting & Møller, 2016; Pańczak, & Pietkiewicz, I. (2016).

2.2.3 Společenský kontext

Lidé se schizofrenií mnohdy také jako skupina sdílí zkušenost se stigmatizací duševního onemocnění ze strany okolí, které si s ním může spojovat řadu mýtů či nepochopení (Moutier, 2018). Jedná se například o nepochopení situační proměnlivosti symptomů, jejich záměnu za lenost nebo i strach z odlišnosti jedince s duševním onemocněním. Toto společenské klima staví osoby s duševním onemocněním do situace, kdy musí zvažovat, zda a jakým způsobem budou své duševní onemocnění prezentovat okolí (Brohan et al., 2014). Obavy z nepřijetí či nepodpůrné sociální klima mohou vést k tomu, že se tito jedinci na pracovišti sociálně distancují a celkově má toto prostředí negativní dopad na sebevědomí jedince (Follmer & Jones, 2017).

Pro osoby s duševním onemocněním je velkou výzvou práci získat a také si jí udržet (Baker & Procter, 2014; Harris et al., 2014). Roli zde kromě výše zmíněných bariér hraje také nedůvěra zaměstnavatelů přijmout člověka s duševním onemocněním a obavy o jeho výkonnost nebo to, že má takový jedinec méně pracovních zkušeností či prázdná období v životopise (tamtéž). Tyto obavy mohou být do jisté míry oprávněné, neboť zaměstnání osoby s duševním

onemocněním může být skutečně pro danou organizaci spojené se snížením zisku či produktivity (Follmer & Jones, 2017).

Je však potřeba mít na paměti, že nejde jen o to, zda daný člověk je, či není zaměstnaný, ale také o to, zda je se svým zaměstnáním spokojený. Jak ukazují Follmer a Jones (2017), právě skupina osob s duševním onemocněním vykazuje menší míru spokojenosti se svou prací oproti běžné populaci.

2.3 Specifické pracovní potřeby osob se schizofrenií

Osoby se schizofrenií představují skupinu, která má v souvislosti s projevy onemocnění specifické potřeby pro to, aby mohla dlouhodobě zvládat pracovní proces (Carmona et al., 2019). Tematickou analýzu shrnující závěry povětšinou kvalitativně realizovaných studií předkládají autoři Carmona a kolektiv (2019). Studie předkládá jednotlivé oblasti, které jsou pro podporu osob se schizofrenií v rámci pracovního procesu relevantní:

- *Podpůrný program:* V počátečních fázích po nástupu do zaměstnání může být velice užitečné, pokud jedinci pomáhá sociální pracovník, který mu může asistovat nejen se získáním samotné práce, ale poskytuje také například konzultace ohledně problémů, které na pracovišti řeší, a společně mohou hledat způsoby, jak tyto situace zvládat (Becker et al., 2007; Dunn, Wewiorski & Rogers, 2008).
- *Podpora okolí:* Pro úspěšné zvládnutí pracovního procesu je důležité, aby měl jedinec kolem sebe druhé osoby, které jej ve zvládnutí procesu podporují. Může se jednat o rodinné příslušníky, přátele, odborné pracovníky a samozřejmě také samotný pracovní kolektiv. V tomto ohledu může být jednodušší pracovat například v rámci rodinné firmy (Areberg, Björkman, & Bejerholm, 2013; Besse et al., 2017; Nithsdale, Davies & Croucher, 2008).
- *Rozvoj dovedností:* Vedle samotné možnosti si osvojit postupy a dovednosti specificky spojené s vykonáváním dané pracovní činnosti je pro osoby se schizofrenií důležité, aby jim pracovní prostředí pomáhalo i s rozvojem dalších dovedností, jako jsou sociální kompetence nebo efektivní copingové strategie (Areberg, Björkman, & Bejerholm, 2013).
- *Podpůrné pracovní prostředí:* Pro osoby se schizofrenií je důležité, aby bylo samotné pracovní prostředí a kolektiv podpůrné. To může obnášet kromě ochoty pomoci také například poskytování zpětné vazby, jak se jedinci v pracovním

procesu daří, a nabídku možnosti vyjádřit své specifické potřeby. Vhodné je také poskytnutí větší flexibility práce, například v podobě částečného úvazku. Ukazuje se, že v prostředí, které je příliš konkurenční, je výrazně obtížnější pro osoby se schizofrenií fungovat. Právě sociální vztahy na pracovišti mohou být tím vůbec nejobtížnějším aspektem zaměstnání pro osoby se schizofrenií (Areberg, Björkman, & Bejerholm, 2013; Lexen, Hofgren, & Bejerholm, 2013).

2.4 Další aspekty pracovního uplatnění osob se schizofrenií

V předešlé sekci jsou popsány specifické potřeby osob se schizofrenií, bez jejichž naplnění je pro tuto skupinu velice obtížné úspěšně vykonávat nějaké zaměstnání. Pro lepší fungování v rámci zaměstnání může pomoci této skupině několik dalších aspektů, jako jsou možnost otevřeně komunikovat své obtíže, možnost vykonávat práci, jejíž náplň odpovídá možnostem jedince či úprava náplně práce.

2.4.1 Sebeodhalení

Určitým jednotlívým prvkem jednotlivých potřeb při pracovním uplatnění osob se schizofrenií je pochopení a podpora okolí. Aby ji však mohli lidé se schizofrenií v rámci pracovního procesu čerpat, je nutné, aby o své diagnóze své okolí mohli informovat. Sebeodhalení je pro osoby s duševním onemocněním důležitým tématem, které je v kontextu pracovního procesu ještě palčivějším (Baldwin, 2016).

Odhalení diagnózy může totiž vést k pozitivnímu přizpůsobení pracovní pozice a pochopení či podpoře ze strany kolegů. Na straně druhé však může být zdrojem odcizení, diskriminace a v konečném důsledku i ztrátě zaměstnání (Jones, 2011). Téma odhalení nemoci je však latentně neustále přítomné, a to i v případě, že se jedinec rozhodne svou diagnózu neodhalovat. Může se jednat o všudypřítomnou obavu, zda nenastane situace, ve které nebude možné zachovat preferovanou míru sebeodhalení, například v situacích, kdy kolegové začnou sami hovořit o tématu duševního zdraví (Peterson, Currey & Collings, 2011). Samozřejmě se také může jednat o strach, aby nebyly patrné příznaky onemocnění, které by mohly jedince prozradit.

Osoby se schizofrenií přitom nemusí pouze zvažovat, zda své duševní onemocnění odhalit, či nikoliv. Daný jedinec musí také zvažovat kdy, v jaké míře či komu se takto svěřit (Chaudoir & Fisher, 2011). Dle Marjorie Baldwin (2016) lze míru otevřenosti ohledně svého duševního zdraví brát jako určité kontinuum. Současně však, pokud nejsou symptomy onemocnění vážné, má člověk kontrolu nad tím, zda a jak odhalení realizuje, na rozdíl od

například fyzicky handicapovaných osob (Pandya et al., 2011). Jedinec tak může například s informováním o onemocnění počkat, až se do kolektivu integruje a cítí se v něm bezpečně.

Sebeodhalení může být dvojího typu. Za prvé *proaktivní*, například za účelem vyjednání například přizpůsobení pracovní pozice či dosažení autenticity a pocitu otevřenosti. Za druhé *reaktivní*, při kterém je jedinec de facto okolnostmi nucený svou diagnózu odhalit, typicky například pro vysvětlení symptomů, které je již obtížné skrývat (Chaudoir & Fisher, 2011). Pro některé osoby také může být motivací k odhalení snaha narušit některé negativní stereotypy u kolegů o lidech s duševním onemocněním prostřednictvím vlastního příkladu (Nithsdale, Davies & Croucher, 2008).

Autoři modelu odhalení Chaudoir a Fisher (2011) uvádějí, že odhalení je určité dilema mezi přiblížením a vyhýbáním se. Jedinec, který svou diagnózu nesděljuje, se tak chrání od negativní reakce okolí, obtížně však může dosáhnout interpersonální blízkosti na pracovišti. Oproti tomu jedinec, který se rozhoduje své onemocnění odhalit, usiluje právě o dosažení větší blízkosti a snížení stresu ze skrývání této skutečnosti. Riskuje však to, před čím se chrání člověk s vyhýbavým přístupem. Pro některé může být kompromisní cestou například přiznat duševní onemocnění, nezmiňovat však přímo schizofrenii, se kterou se pojí větší stigma než například s úzkostmi či depresí (Baldwin, 2016).

Většina studií na téma sebeodhalení je prováděna v rámci kvalitativních šetření. Díky tomu sice rozumíme motivaci či obavám těchto osob, na straně druhé je obtížné zjistit, kolik procent osob s duševním onemocněním volí jakou strategii. (Baldwin, 2016). Existuje však kvantitativní studie na toto téma od autorů Pandya a kolektivu (2011). V tomto online šetření pouze asi 40% respondentů s diagnózou schizofrenie uvedlo, že byli alespoň částečně otevření ke svým kolegům ohledně svého duševního onemocnění. To je výrazně méně oproti jiným duševním onemocněním. Zhruba 40% z těchto respondentů pak uvedlo, že se k nim po odhalení diagnózy chovali kolegové či nadřízení hůře, než tomu bylo před samotným odhalením. To zdůrazňuje důležitou skutečnost, totiž že míra odhalení nezáleží pouze na jedinci samotném, ale také na očekávané reakci okolí, která souvisí s celkovou kulturou a hodnotovou orientací daného pracoviště.

2.4.2 Job matching (hledání vhodné pozice)

Dalším aspektem je hledání vhodné pozice, jejíž náplň odpovídá možnostem daného člověka (ang. job matching) (Persch et al., 2015). V tomto případě se nejedná pouze o odpovídající dovednosti, ale především o omezení v důsledku onemocnění, které může být pro

některé pozice více komplikující než pro jiné. Nejčastější limitace se v případě schizofrenie týkají následujících oblastí: kognitivní (pracovní paměť, soustředění či verbální fluence), emocionální (depresivita, reakce na stres) a sociální (interpersonální interakce mohou být v rámci pracovního procesu tím nejnáročnějším aspektem u osob se schizofrenií) (Charette-Dussault & Corbière, 2019).

Z hlediska charakteristik samotné pozice můžeme hovořit o třech úrovních: firemní (sektor, počet zaměstnanců, kultura a vnitřní postupy), pracovní místo (konkrétní personální složení daného týmu) a pozice (nároky spojené se samotným vykonáváním daných úkolů) (Baldwin, 2016). Obecně můžeme konstatovat, že vhodné prostředí je takové, které je spíše strukturované a podpůrné. Pomoci může také flexibilita, například v podobě možnosti pracovat na částečný úvazek nebo z domova (Baldwin, 2016).

2.4.3 Úprava pracovního prostředí

Úprava neboli optimalizace pracovního prostředí představuje přizpůsobení pracovních podmínek tak, aby mohl člověk s určitým handicapem lépe zvládat vykonávání dané práce (Baldwin, 2016). Může se jednat například o delší pauzy, možnost pracovat dle momentálního rozpoložení a celkově flexibilnější pracovní podmínky.

Tyto úpravy pracovního režimu by měly být nějakým způsobem komunikovány kolegům, aby měli pochopení pro opodstatnění těchto změn (Fairclough, 2013). To však může být v rozporu s preferovanou nízkou mírou sebeodhalení daného jedince s duševním onemocněním (Fairclough, 2013).

Úprava pracovního prostředí může být posuzována z hlediska toho, jaký má dopad na kolegy (O'Brien & Brown, 2009; Peters & Brown, 2009). Může mít pozitivní (například vytvoření méně hlučného pracovního prostředí), neutrální (člověk s duševním onemocněním využívá sluchátek, aby se mohl lépe soustředit) nebo negativní (člověk s duševním onemocněním má dovolené delší či častější pauzy oproti ostatním pracovníkům) (Baldwin, 2016).

Zatímco u osob s fyzickým handicapem bývají úpravy pracovního prostředí spojené s přímými náklady na různé pomůcky, v případě osob s duševním onemocněním mohou mít dopad na vztahy na pracovišti (Smith et al., 2017). Pocit kolegů, že má daný jedinec určité výhody oproti nim samotným, může vést k pocitu frustrace či snížení pracovní morálky (Peters & Brown, 2009). To jsou nicméně náklady, které je obtížné nějakým způsobem vyčíslit.

2.5 Individuální faktory

Zatímco výše zmíněných faktorů ovlivňující pracovní uplatnění osob se schizofrenií souvisejí s prostředím zaměstnavatele, tedy zda má jedinec možnost bezpečně oznámit okolí svou diagnózu a žádat o přizpůsobení pracovní náplně či prostředí svým potřebám, důležitými proměnnými jsou také individuální faktory na straně samotného jedince.

2.5.1 Motivace

Motivace jedince je důležitým faktorem celého procesu zotavení a rovněž je zásadním faktorem toho, zda se jedinci po psychotické atace podaří najít si zaměstnání (Fulford et al., 2018). Současně je nutné mít na paměti to, že celkově snížená motivace může být jedním ze symptomů onemocnění.

Longitudinální studie autorů Choi a kolektivu (2013) indikuje, že pozitivní změny v míře motivace se následně rovněž projevují ve výsledcích spojených se zaměstnáním. Autoři však také poukazují na mnohvrstevnatost tohoto fenoménu, kdy konstatují, že u osob, kterým se daří získat zaměstnání, se následně motivace dlouhodobě zvyšuje. Důležitým se nicméně v tomto ohledu jeví rozlišování mezi *vnitřní* a *vnější* motivací.

V případě vnější motivace jsou studie mnohdy prováděny v laboratorním prostředí s nízkou ekologickou validitou (Silverstein, 2010). Nicméně i výzkumy realizované v přirozeném prostředí indikují sníženou schopnost osob se schizofrenií generovat cílesměrnou aktivitu za účelem dosažení odměny (Kring & Barch, 2014).

Z hlediska dlouhodobého rozpoložení jedince se však ukazuje jako důležitější motivace vnitřní. Studie autorů Reddy, Llerena a Kern (2016) porovnává působení vnitřní a vnější motivace. Naznačuje, že je to právě vnitřní motivace, která je zásadním prediktorem pro získání práce, kdy se míra vnitřní motivace statisticky signifikantně lišila mezi skupinou, které se práci podařilo najít, a tou, které ne. U vnější motivace byl tento vztah nesignifikantní (Reddy, Llerena & Kern, 2016).

Šestiměsíční program realizovaný autory Saperstein a kol. (2011) cílený na zvýšení vnitřní motivace rovněž resultoval ve vyšší míře zaměstnanosti i v pracovních výsledcích. Důležitost vnitřní motivace pro úspěšné fungování v rámci běžných denních aktivit ukazují autoři Choi a Medalia (2010) či Gard a kol. (2014).

Dotazníky jako IMI či MBEQ posuzující motivaci k zaměstnání mohou být užitečné při odhadování toho, zda je daný jedinec motivovaný vstoupit do pracovního procesu a cílený

podpůrný program by proto mohl být efektivní (Reddy, Llerena a Kern, 2016). Přesto je však třeba mít na paměti, že motivace je poměrně situačně podmíněný koncept a ochota pracovat se u jedince může proměňovat. Tato změna je při tom možná jak pozitivní směrem (například v důsledku psychoterapie), tak také tím negativním (špatná zkušenost z pracovního prostředí). Velký vliv pak samozřejmě může mít současný stav onemocnění (Reddy, Llerena a Kern, 2016).

2.5.2 Talent a schopnosti

U možnosti pracovního uplatnění samozřejmě hrají roli individuální schopnosti jedince, které mohou spoluurčovat, jaká pracovní pozice je pro daného člověka optimální. Ve studiích se ukazuje, že programy podpory zaměstnanosti jsou efektivnější u osob s lepším vzděláním, které mají obecně vyšší naději na získání či udržení placené pracovní pozice (Marwaha et al., 2004). Ostatně i lepší známky ve škole by patrně mohly predikovat lepší úspěšnost u hledání a udržení práce (Hofer et al., 2011). Na více obecné úrovni se jedná o sebevědomí daného jedince a jeho pocit kompetentnosti k vykonávání určité činnosti. Z tohoto hlediska lze zdůraznit důležitost hledání pracovní pozice „na míru“, tedy odpovídající vzdělání, kompetencím a potřebám jedince (Shankar et al., 2014).

2.5.3 Průběh onemocnění

Samotné onemocnění může být charakterizováno věkem při nástupu první ataky, délkou trvání či počtem remisí (Bouwman et al., 2015). Roli také může hrát způsob léčby. Konkrétně osoby docházející k lékaři ambulantně mají lepší vyhlídky na úspěšnou participaci na trhu práce. Dle empirických studií nižší věk při propuknutí nemoci a její celkově delší trvání snižují šanci na to, že bude jedinec vykonávat zaměstnání (Marwaha et al., 2009).

Studie autorů Marwaha a kol. (2009) ukazuje, že vyšší míra pozitivních symptomů koreluje se ztrátou zaměstnání. V rámci osob se schizofrenií byla u skupiny nevykonávající žádné zaměstnání zjištěna také vyšší míra negativních symptomů (Üçok, Gorwood, & Karadayı, 2012). Podobně tomu bylo u sociálního stažení, které rovněž souvisí s nižší pravděpodobností vykonávání zaměstnání (Bobes, 2009).

Z hlediska kognice se ukázala lepší verbální paměť a vyšší míra uvědomění si onemocnění jako signifikantní prediktor pro vykonávání zaměstnání (Giugiaro et al., 2012). Kognitivní deficit je pak samozřejmě také velkou překážkou pro pracovní činnost (Holthausen et al., 2007).

2.6 Benefity pracovního uplatnění osob se schizofrenií

Práce je i pro osoby z majoritní populace významným zdrojem identity, sociálních kontaktů, pozitivního sebehodnocení a samozřejmě také příjmu (Baldwin, 2016). Otázka na to, jaké zaměstnávání člověk vykonává, mnohdy může být ta vůbec první, kterou člověk při seznamování s někým novým dostane.

Pro duševně nemocné výše zmíněné výhody platí. Benefity vykonávání určité práce jsou u osob se schizofrenií v řadě aspektů podobné s těmi, které jsou relevantní i pro majoritní část společnosti. Jedná se o pocit naplnění, smyslu, strukturaci dne, výdělku finančních prostředků, zvýšené sebevědomí (Baldwin, 2016). Tyto benefity vedou k celkově vyššímu wellbeingu a pocitu kontroly nad vlastním životem (Charzyńska et al., 2015; Tandberg et al., 2012).

2.6.1 Součást procesu zotavení

Ukazuje se, že pokud osoby s duševním onemocněním či schizofrenií specificky vykonávají zaměstnání, které odpovídá jejich pracovním možnostem, má tato práce pozitivní dopad na projevy onemocnění (Drake et al., 2013). Vykonávání zaměstnání totiž může být spojené s řadou benefitů, mají pro člověka s duševním onemocněním značnou hodnotu.

Může se jednat o pocit vidiny nějakého cíle a možností jej vlastními silami realizovat (Dunn, Wewiorski & Rogers, 2008). Dále mohou lidé s duševním onemocněním prostřednictvím vykonávání zaměstnání dosahovat pocitu normality či toho, že jsou plnohodnotnou součástí společnosti (Baldwin, 2016).

Celkově napomáhá k pocitu naplnění života určitým smyslem (Eklund et al., 2019). Rovněž se jedná o způsob socializace a osvojování si sociálních dovedností (Charzyńska, Kucharska & Mortimer, 2015). Samozřejmě finanční zisk ze zaměstnání umožňuje pestřejší škálu aktivit a celkově vyšší životní standard (Charzyńska, Kucharska & Mortimer, 2015).

V konečném důsledku můžeme vykonávání zaměstnání chápat jako jeden z možných kroků v rámci procesu zotavení. Vhodně zvolené pracovní prostředí může být spojené s řadou výše popsaných benefitů. Současně jedinci pomáhá s návratem do komunity a běžného života. Z tohoto pohledu by se také mělo jednat o jeden z cílů práce s lidmi s duševním onemocněním (Matthewson, Langworthy & Higgins, 2015).

2.6.2 Pozitivní dopad na kvalitu života

Řada studií předkládá empirickou evidenci, že vykonávání zaměstnání pozitivně souvisí s kvalitou života (Alonso et al., 2009; Boyer et al., 2012; Marwaha et al., 2008). Tendenci

zkoumat kvalitu života můžeme chápat jako výraz posunu přístupu zdravotnictví od redukce symptomů k podpoře jedince v dosažení naplněného života (Venclíková & Ustohal, 2016).

Kvalitu života je možné popsat na základě objektivních proměnných, jako je výše příjmu apod. Z hlediska psychologického výzkumu je však relevantní především subjektivně hodnocená kvalita svého života (Venclíková & Ustohal, 2016). Systematické review vztahu vykonávání zaměstnání a kvality života u osob se schizofrenií předkládají autoři Bouwmans a kol. (2015). Zde na jedné straně konstatují, že je skutečně pozorovatelný pozitivní vztah, není však možné jednoznačně kauzálně říci, že vykonávání zaměstnání vede k lepší kvalitě života. Vývoj onemocnění patrně není takto schematický, neboť ustupování projevů onemocnění může současně zvyšovat prožívanou kvalitu života a současně umožňovat začít vykonávat zaměstnání.

2.7 Možnosti podpory zaměstnanosti osob se schizofrenií

Carmona a kol. (2017) provedli meta-analýzu sumarizující současný stav poznání o možnostech a postupech, jak pomoci osobám se schizofrenií k získání a udržení placeného zaměstnání. Z jejich studie vyplývá, že programy podpory pro tuto cílovou skupinu skutečně signifikantním způsobem zvyšují počet odpracovaných hodin oproti kontrolní skupině, která tuto podporu neobdržela. Bohužel z důvodu nejednotné metodologie jednotlivých studií autoři neporovnávají efektivitu různých intervencí.

Přestože celková zaměstnanost osob se schizofrenií je poměrně nízká, ukazuje se, že cílená podpora může zvýšit šanci, že lidé s tímto znevýhodněním budou nejen přijati, ale že si také práci udrží. Osobám s duševním onemocněním pak může vykonávání zaměstnání velmi usnadnit podporující prostředí, asistence v podobě koučování nebo částečného úvazku a flexibilní pracovní doby (Carmona et al., 2017; Wang et al., 2011).

Zásadním cílem však nemá být pouze to, že daný jedinec úspěšně vykonává zaměstnání, ale že pro něj není práce nadměrně zatěžující a nadlimitní, neboť v takovém momentu se stává rizikem pro návrat onemocnění. Bolo a kol. (2013) ve své studii zjistili, že právě podpora ze strany zaměstnavatele snižuje pravděpodobnost návratu akutní fáze onemocnění. Vystavování se nadměrnému stresu a zátěži totiž představuje riziko pro relaps onemocnění, jeho předcházení by naopak mělo být jedním z hlavních cílů léčby (Jarolímek, 2021).

2.7.1 Podporované zaměstnání a pracovní rehabilitace

Jednou z dalších možností je tzv. podporované zaměstnání (ang. supported employment) (Campbel et al., 2011; Modini et al., 2016). Smyslem podporovaného zaměstnání je poskytovat lidem se znevýhodněním takovou podporu, že mohou vykonávat zaměstnání za odpovídající mzdu a společně s lidmi bez znevýhodnění (Fosa, n.d). Podporované zaměstnání je dle Bond a kolektiv (2012) založené na následujících principech: přizpůsobení náplně práce možnostem zaměstnance, chápání pracovního zapojení jako důležité součásti léčby, asistence při hledání pracovních možností a podpora při vykonávání samotné pracovní činnosti. Současně je nicméně záměrem vést uživatele této služby rozvoji dovedností a získání autonomie (Fosa, n.d).

Jak uvádí rozsáhlá studie autorů Drake a kol. (2013) podporované zaměstnání, v rámci kterého dostávají osoby se schizofrenií individuální podporu, má pozitivní dopad na úspěšnost fungování v zaměstnání. V konečném důsledku bylo u participantů studie oproti kontrolní skupině pozorované signifikantní zlepšení nejen oblasti projevů onemocnění, ale také celkové životní spokojenosti.

Pracovní rehabilitace je pak další forma podpory pracovních či sociálních dovedností osob s duševním onemocněním (Úřad práce ČR, n.d). V rámci pracovní rehabilitace může osoba s duševním onemocněním získat podporu formou poradenství ohledně volby optimální pracovní pozice, praktickou přípravu na její vykonávání, podporu cílenou na úspěšné fungování v pracovním procesu a uzpůsobení pracovních podmínek ze strany zaměstnavatele (Úřad práce ČR, n.d).

V praxi může mít pracovní rehabilitace následující podobu: pracovní terapie, sociálně-terapeutické dílny či chráněné dílny, chráněné pracovní místo, přechodné zaměstnání, tréninková pracovní místa, podpůrné edukativní programy či podporované zaměstnávání (Fokus, 2017).

2.7.2 Metodiky na podporu osob s duševním onemocněním

Součástí osvěty zaměstnavatelů o možnostech podpory zaměstnanců s duševním onemocněním a jejich potřebách je tvorba různých metodik a brožur. Publikace, která vznikla v rámci projektu „Paralelní životy“, doporučuje zaměstnavatelům osob s psychotickými onemocněními následující postupy: odložení předsudků a stereotypů, formulace jasných a konkrétních zadání, vyhnutí se ostré kritiky, poskytnutí času na vytvoření důvěry a povzbuzování (Art Movement, 2019).

Kapitola zaměstnání je rovněž podstatnou součástí metody CARE (Páv & Pomajzlová, 2017). Jedná se o původem holanskou metodiku podpory osob s duševním onemocněním, která byla v souvislosti s reformou péče o duševní zdraví přijata do českého zdravotnického systému a komunitní péče. Umožňuje dlouhodobou podporu osob s duševním onemocněním a je založená na vytvoření individuálního plánu jedince na základě jeho vlastních přání a potřeb. V praxi je metoda využívána také sociálními pracovníky v komunitních službách a jedná se o další zdroj podpory při zaměstnání jedince s duševním onemocněním (Páv & Pomajzlová, 2017).

II. Empirická část

Výzkum realizovaný v rámci této diplomové práce se zaměřuje na zkušenosti osob se schizofrenií s vykonáváním zaměstnání. Vychází z premisy uvedené v teoretické části práce, že vykonávání zaměstnání pro tuto skupinu představuje důležitou součást procesu zotavení a může jedinci přispívat řadou benefitů. Vzhledem k tomu, že lidé se schizofrenií mnohdy vyřadují podporu pro to, aby mohli úspěšně zaměstnání vykonávat, výzkum je sondou do českého pracovního prostředí a podmínek, které poskytuje pro pracovní uplatnění osob se schizofrenií. Vzhledem k tomu, že míra pracovního uplatnění osob se schizofrenií se mezi jednotlivými státy liší, specifické zaměření na český kontext může být jedním z jejích přínosů.

Právě podpora při hledání zaměstnání a jeho udržení je současně jedním z podstatných cílů probíhající reformy péče o duševní zdraví, a diplomová práce tak v určitém ohledu může nastavovat zrcadlo tomuto procesu a přináší informace o možnostech pracovního uplatnění perspektivou samotné skupiny osob se schizofrenií. S ohledem na to, že řada lidí se schizofrenií svou diagnózu svému okolí vůbec nesdělují kvůli obavám z reakcí okolí, představuje výzkum i určitou možnost zviditelnění jejích názorů a postojů, tedy tzv. dodání hlasu této specifické skupině.

1. Cíl výzkumu

Cílem výzkumu bylo zjistit, jaké jsou subjektivní zkušenosti osob se schizofrenií týkající se tématu pracovního uplatnění. Takto široce definované zaměření obsahuje řadu jednotlivých oblastí, jako jsou subjektivní vztah k onemocnění a jeho vliv na pracovní výkonnost, vnímané projevy stigmatizace duševního onemocnění, motivace participantů k vykonávání zaměstnání, vnímaná rizika spojená s vykonáváním práce a v neposlední řadě role peer pracovníků v nově se formujícím prostředí péče o duševní zdraví.

1.1 Výzkumná otázka

Výzkumná otázka byla formulovaná následovně: Jaké jsou zkušenosti osob se schizofrenií v oblasti pracovního uplatnění?

2. Metodika

Výzkum byl realizovaný formou *Interpretativní fenomenologické analýzy* (IPA), která byla zvolena z toho důvodu, že oproti jiným kvalitativním designům nejlépe umožňuje porozumění žité zkušenosti účastníků výzkumu i toho, jaké významy své zkušenosti připisují (Smith, Flowers & Larkin, 2009).

IPA metodologicky vychází z fenomenologie, hermeneutiky a ideografického přístupu (Řiháček, Čermák, & Hytych, 2013). To v praxi znamená, že předmětem zájmu je především žitá a individuální zkušenost mluvčího, současně je však podstatným momentem interpretace této zkušenosti (Larkin, Watts, & Clifton, 2006).

Sám výzkumník si musí být vědomý svých předsudků a vlastních zkušeností, které proces interpretace ovlivňují, což ovšem v přístupu IPA není vnímané jako nežádoucí (Smith, Flowers, & Larkin, 2009). Současně je nutné mít neustále na paměti, že subjektivita ovlivňuje samotnou výpověď narátora, která nepředstavuje přesný a objektivní popis vlastní zkušenosti (Řiháček, Čermák, & Hytych, 2013). Naopak samotná výpověď je sociálně konstruovaná, tedy je spoluutvářena v rámci dialogu obou aktérů (Smith, Flowers & Larkin, 2009).

2.1 Výzkumný soubor

Na začátku výzkumu byla stanovena jako podmínka pro zařazení do výzkumného souboru diagnóza schizofrenie. V průběhu šetření však byla tato podmínka do jisté míry modifikována. Jeden z účastníků v minulosti měl připsanou diagnózu schizofrenie, která mu však po určité době byla změněna na schizoafektivní poruchu. Vzhledem k tomu, že výzkum se zaměřoval na zkušenost osob se schizofrenií, která se nutně nemusí vztahovat k současnosti a její jádro může tvořit pohled do minulosti, byl tento narátor zařazen také do výzkumu. Dále se do výzkumu přihlásila žena s diagnózu schizoafektivní poruchy a nikoliv schizofrenie. Vzhledem k tomu, že tato porucha se vyznačuje řadou podobností se schizofrenií včetně psychotických projevů jako halucinace či bludy (sama někdy pro zjednošení svou nemoc prezentuje jako schizofrenii) a mnohdy také vede k hospitalizaci, byla i tato narátorka zařazena do výzkumu.

Další podmínkou účasti ve výzkumu bylo, že se potenciální nářeči¹ nenacházejí v akutní fázi onemocnění. Primárním důvodem byla ochrana samotného narátora, pro kterého

¹ V práci je používán termín narátor ve smyslu účastníka/participanta výzkumu. V kontextu kvalitativní metodologie bývá toto označení používáno (Elkad-Lehman & Greensfeld, 2011; Leahy, 2021) s odkazem na určitou vypravěčskou roli účastníků výzkumu.

by vyprávění o zážitcích spojených s onemocněním mohlo představovat zdroj nepříjemných podnětů a potenciálního emočního rozrušení. Současně by porozumění informací v informovaném souhlasu včetně samotné motivace rozhovor podstoupit mohlo být narušené. Dalším důvodem pak bylo, že by akutní projevy onemocnění nejspíše ovlivnily průběh celého rozhovoru. Z tohoto důvodu byly oslovovány organizace, které s klienty spolupracují dlouhodobě, a nikoliv například oddělení psychiatrických léčeb. Žádný z účastníků rozhovoru v průběhu setkání nevykazoval známky akutní psychotické ataky.

Naopak vykonávání zaměstnání v současné době nebylo podmínkou pro účast ve výzkumu. Každému narátorovi byla během rozhovoru položena otázka, zda momentálně nějaké zaměstnání vykonává. V případě kladné odpovědi byly narátorovi kladeny otázky vztahující se k tomuto zaměstnání (viz scénář rozhovoru v příloze), v opačném případě byly připraveny otázky na zkušenost se zaměstnáním z minulosti a rovněž subjektivně vnímané důvody a kontext toho, že narátor momentálně zaměstnání nevykonává.

Rekrutace narátorů výzkumu probíhala ve spolupráci s organizacemi, jejichž cílovou skupinou jsou lidé s duševním onemocněním. V průběhu rekrutace však bylo využito výběru pomocí tzv. sněhové koule (snow ball v originále; Hendl, 2023). Celý proces je detailněji popsán v kapitole 2.3 Procedura.

Níže jsou prezentované medailonky jednotlivých narátorů, které stručně popisují vývoj jejich onemocnění a zkušenosti s vykonáváním zaměstnání. Skutečná jména narátorů byla změněna v zájmu ochrany jejich soukromí. Prostřednictvím náhodného generátoru čísel byla získána data dnů roku, přičemž použita byla jména, jež mají v příslušné dny kalendáře svátek. Pouze v případě neobvyklých jmen byl tento proces zopakován, aby fiktivní jména narátorů neodváděla pozornost od samotných výpovědí.

- **František** (35 let) má diagnostikovanou paranoidní schizofrenii, která mu poprvé propukla při pobytu v Irsku. Začal zde slyšet hlasy, které si o něm povídaly. Medicínskou diagnózu však příliš nepřijímá, schizofrenii vnímá spíše jako „něco nadpřirozeného“. Momentálně se stále občas potýká se sluchovými halucinacemi a objevuje se mu také vnitřní „entita“, která na jeho chování reaguje.

Rád skládá beatovou hudbu a díky podpoře Green Doors se mu podařilo jedno album i vydat. Momentálně se však potýká s finančními problémy v souvislosti s insolvencí a tím, že je bez práce. Cítí proto silný tlak, aby si práci našel, protože jinak nebude mít

z čeho žít. To, aby byla práce relativně dobře zaplacená, je pro něj proto nejdůležitější. Hledá zaměstnání na 8 hodin denně, i když se obává, že takováto pracovní doba pro něj bude příliš dlouhá. Už po hodinovém výzkumném rozhovoru se cítí unavený.

- **Milanovi** (42 let) začaly psychotické obtíže v jeho 20 letech a musel kvůli nim ukončit studium architektury. V průběhu dalších let absolvoval několik hospitalizací a vystřídal několik typů schizofrenie – katatonní, heberfrenní a paranoidní. Později mu však byla diagnóza změněna na schizoafektivní poruchu. Stále se potýká s řadou obtíží jako bludy, hlasy či mánie i kognitivní úbytek. S projevy onemocnění se však naučil fungovat, což sám pojmenovává jako získání náhledu. Přes 10 let již díky tomu hospitalizovaný nebyl, i když sám říká, že někdy to „už je na odvoz“.

Milanovi se dařilo 5 let pracovat na pozici produkčního, aniž by řekl svému okolí o svých psychických obtížích. Když docházel na terapie, kolegům a nadřízeným říkal, že chodí na rehabilitace s kotníkem. K tomu, aby zvládnul splnit všechny pracovní úkony, musel v práci trávit nadměrné množství času a neustále se musel přemáhat. Tento dlouhodobý stav podle jeho názoru vedl k tomu, že se projevy onemocnění zhoršovaly, což v konečném důsledku vedlo k další hospitalizaci. Milan poté nastoupil na obor Sociální práce a později začal působit na pozici Peer lektora, kde pracuje dodnes. Říká, že onemocnění mu v pozitivním slova smyslu změnilo hodnoty tím, že si uvědomil, že není důležité vydělávat peníze, ale pomáhat druhým a vážit si života v jeho křehkosti.

- **Irena** (44 let) se od svých 17 let potýkala s úzkostmi a v 21 letech byla poprvé hospitalizovaná v souvislosti s psychózou. Její diagnóza není schizofrenie, ale schizoafektivní porucha, která má shodnou „psychotickou základnu“. Později absolvovala další hospitalizaci, nicméně nyní již takřka 20 let žije bez hospitalizace. To však neznamená, že se nepotýká s žádnými psychickými obtížemi. Největší obtíž jí činí „strach ze strachu“, jak sama pojmenovává určitou obavu z návratu strachu, která ji zbavuje spontánního prožívání. V souvislosti s medikací, která ji sice značně pomáhá, však cítí zvýšenou únavnost a potřebu více odpočívat.

To, že již takto dlouho nebyla hospitalizovaná, Irena připisuje tomu, že se jí podařilo se rychle po hospitalizaci začlenit do společnosti právě formou práce. Nejdříve se jednalo o organizaci *Kafe na půl cesty* a dále pokračovala do peerského prostředí, kde působí

dosud. Vede peerskou dílnu, přispívá do různých peerských časopisů a webových stránek, zajišťuje chod projektů a koordinuje další peer lektory. Před propuknutím onemocnění studovala Psychologii, kterou však bohužel již v souvislosti s projevy onemocnění nedostudovala. Peerská pozice ji však de facto umožňuje v této sféře působit a sama říká, že v tomto ohledu měla schizoafektivní porucha pro její život pozitivní dopad.

- **Daniel** (39 let) pracoval v londýnském nakladatelství, když u něj propukla ve 28 letech schizofrenie. Měl strach, že mu kolegové v práci dávají jed do pití. Obtíže byly natolik závažné, že se musel vrátit do Prahy k rodičům, kde byl poté dvakrát hospitalizován právě kvůli schizofrenii. Velmi mu pomohla medikace, s jejíž pomocí již zhruba 10 let nebyl hospitalizován. Současně však dochází na terapii a snaží se pracovat se svými obtížemi, jako je například bludné ladění, které se periodicky k večeru vrací, nebo zhoršená pozornost.

Daniel musel kvůli onemocnění opustit nejenom svou kariéru, ale celý životní styl, který mu v Londýně vyhovoval. Sám říká, že je vděčný za to, že nemoc propukla až ve 28 letech a měl tedy čas si užít život bez schizofrenie. Po absolvování hospitalizací pracoval v organizaci V. kolona, později však začal působit jako peer v dílně pro hospitalizované pacienty, kde pracuje dodnes. Na této práci jej nejvíce naplňuje možnost vést s pacienty individuální rozhovory. Současně však zvažuje, že by toto peerské prostředí opustil. V hlavě má stále určitý návrat na původní kariéru v nakladatelství.

- **Jakub** (42 let) již během studia na vysoké škole zažíval pocity a stavy, které si sám dokázal identifikovat jako schizofrenii. Po dokončení bakalářského oboru Komparatistiky se však tyto projevy prohloubily a Jakub musel být hospitalizován. Jedním z projevů akutní fáze byla také ztráta náhledu, nyní si tedy již nemyslel, že schizofrenii má a zpočátku při léčbě příliš nespolupracoval. Příběh svého onemocnění později mnohokrát prezentoval v rámci své peerské práce a byl s tímto vyprávěním zcela identifikován. Nyní však jemu samotnému tento příběh „nepřijde zajímavý“ a snaží se žít život, který jej bude nejvíce naplňovat, nehledě na schizofrenii. A to přesto, že se stále potýká s psychickými obtížemi, u kterých nedokáže rozlišit, zda jsou

projevem právě schizofrenie, či něčeho jiného. Přesto říká, že život se schizofrenií je náročný a nemoc je v nějakém ohledu „konstruovaná jako nevyléčitelná.“

Jakub začal po absolvování hospitalizace působit jako peer lektor a byl jedním z průkopníků tohoto přístupu u nás. Nyní se již především orientuje na peerskou žurnalistiku. Mnoho pro něj znamená literární tvorba, kterou je však obtížné si jakkoliv vydělávat. V souvislosti s tím, že mu bude končit projekt financující část jeho práce, bude muset přemýšlet, jak tento výpadek nahradí. Zatím na tuto otázku odpověď nezná. Sám však říká, že před propuknutím onemocnění neměl žádný kariérní sen, a tudíž jej schizofrenie v tomto ohledu o nic nepřipravila.

- **Zbyněk** (49 let) byl v souvislosti se schizofrenií poprvé hospitalizován zhruba před 10 lety a od té doby absolvoval dalších asi 5 hospitalizací. Návrat akutní fáze onemocnění pozná podle toho, že začne slyšet hlasy. Hlasy mu však také spouštěl alkohol, na kterém byl závislý. Nyní se mu však již daří přes 5 let abstinovat, což má pozitivní dopad na projevy schizofrenie. Léčit ze závislosti na alkoholu se šel údajně dobrovolně, protože vnímal jako problematické, že nedokáže „rozeznat to mezi tím, co mi kdo říká a co slyším v hlavě.“

Současně však negativní dopad na projevy schizofrenie podle něj mělo právě vykonávání zaměstnání. Zbyněk již dlouho pracuje v nemocnici jako sanitář. Poslední hospitalizaci však podle něj předcházelo přepracování, s přibývajícím věkem se prý cítí více unavený. Z tohoto důvodu nyní již pracuje pouze na částečný úvazek, i přesto jej práce vyčerpává, a to i kvůli tomu, že na ranní směny musí vstávat ve 3 ráno. Začínají jej také trápit bolavá kolena a začíná mít strach, jestli bude dále schopný práci sanitáře vykonávat. Žádný jiný nápad, čemu by se mohl věnovat, nemá.

- **Pavλίna** (37 let) začala pociťovat psychotické obtíže na vysoké škole, kdy měla pocit, že si o ní cizí lidé v metru či v kavárnách povídají. Bakalářský obor Německého jazyka se jí podařilo dostudovat, její stav se však zhoršil především v důsledku nedměrného stresu z práce, který vystupňoval nejdříve úzkostné stavy, které dále přešly do psychotických, a Pavλίna musela být hospitalizovaná. Dobře jí však funguje medikace a aktuálně jsou pro ni problémem především úzkosti, nikoliv schizofrenie. Pavλίna se

bojí reakce okolí na to, že má diagnostikovou schizofrenii, a o svých zážitcích s průběhem onemocnění nikomu kromě rodiny neříká.

Pavlínu v minulosti velmi limitovaly úzkosti spojené s pracovním prostředím. Pracovala na pozicích, kde využívala svou vystudovanou němčinu, měla však vždy obavy, jak jí okolí přijímá. Pomáhalo jí poměrně často měnit zaměstnání. Nyní však dospěla k poznání, že jí práce na plný úvazek nedělá dobře. V období realizace rozhovoru si proto aktivně hledala práci na částečný úvazek. V budoucnu by se ráda věnovala učení německého jazyka nebo práci na pozici peer pracovnice.

2.2 Nástroje

V souladu s přístupem interpretativní fenomenologické analýzy (Smith, Flowers & Larkin, 2009) byla data získávána formou polostrukturovaného rozhovoru, který na jedné straně umožňuje flexibilitu narátorovi i výzkumníkovi se během interview zaměřit na nejvíce relevantní témata, současně však jeho struktura napomáhá k držení se témat spojených se zkoumaným fenoménem (Smith, Flowers & Larkin, 2009). Podkladem pro rozhovor tvořil scénář rozhovoru (uvedený v příloze), který byl vytvořen na základě seznámení se s momentálním stavem poznání v oblasti pracovního uplatnění osob se schizofrenií a vypracováním teoretické části této práce.

Scénář rozhovoru byl rozdělený celkem do 4 tematických celků, které se zabývaly onemocněním jako takovým, vlivem onemocnění na kariérní dráhu, zkušenost s momentálním zaměstnáním či kontext jeho současného nevykonávání a vize ohledně zaměstnání v budoucnosti (viz scénář rozhovoru). Každá sekce byla uvozena jednou obecnou otázkou, která umožňovala narátorovi velkou míru volnosti ohledně toho, které aspekty považuje za nejvíce podstatné. Ke každé této úvodní otázce byly také připraveny dílčí podotázky, které byly položeny v případě, že na ně již narátor neodpověděl v rámci úvodní otázky. Narátoři byly o této struktuře scénáře informováni, aby nebyli obecností úvodní otázky znejištěni.

2.3 Procedura

Výzkumný soubor byl zprvu tvořen oportunním výběrem. Byly osloveny organizace, které pracují se skupinou osob se schizofrenií. Jedná se například o organizace: Green doors, Eset, různé pobočky Fokus Praha, CZD, Charita Česká republika. Reakce těchto organizací byly různé – zpravidla se jednalo o souhlas s přeposláním nabídky účasti ve výzkumu. Některé organizace nicméně vykazaly více proaktivní přístup a s nabídkou oslovily konkrétní klienty, u

kterých se očekávala vyšší pravděpodobnost ochoty se výzkumu zúčastnit. Přesto však na účastníky nebyl ze strany organizací vyvíjen jakýkoliv nátlak, aby se klienti výzkumu účastnili. Prostřednictvím těchto organizací se podařilo oslovit 5 narátorů, kteří se výzkumu zúčastnili.

Současně však jedním z účastníků výzkumného rozhovoru byl peer pracovník, který přislíbil přeposlání nabídky participace ve výzkumu do své peer komunity. Na základě jeho předsílení prostřednictvím emailu se ozvali další narátoři, kteří případně předali kontakt na své další známé s diagnózou schizofrenie. Tento způsob výběr výzkumného souboru by bylo možné označit jako sněhovou kouli (snow ball v originále; Hendl, 2023). Od určitého momentu tak byly používány obě strategie výběru současně. Výběrem snow ball bylo osloveni 4 narátoři, kteří se výzkumu zúčastnili. Účast na výzkumu nebyla spojená s žádnou finanční odměnou. Někteří narátoři nicméně vyslovili přání si přečíst text diplomové práce po jejím odevzdání.

Dohromady se do výzkumu přihlásilo 9 narátorů. 2 byli z výzkumného souboru po absolvování rozhovoru vyškrtnutí. Důvodem byla skutečnost, že verbální projev obou těchto narátorů byl velice strohý a délka rozhovoru trvala pouze 13 a 18 minut oproti standardním 45-60 minutám. V zájmu dosažení vyšší homogenity výzkumného souboru (Smith, Flowers & Larkin, 2009) nebyli tito dva narátoři zařazeni do analýzy.

Rozhovory byly realizovány jak prezenční, tak také online formou. Účastníkům byly vždy nabídnuty obě varianty, ze kterých si mohli na základě své preference vybrat. Z 9 realizovaných rozhovorů proběhly 4 v online prostředí. V případě rozhovorů realizovaných za fyzické přítomnosti byly některé provedeny přímo v prostorech organizace, která nabídku účasti ve výzkumu zprostředkovala (tímto způsobem proběhly 3 rozhovory) či v kavárně, kterou si sám narátor vybral jako známé prostředí, ve kterém by chtěl rozhovor realizovat (2 rozhovory). I zde byly narátorům nabídnuty všechny varianty a samotní účastníci si vybrali, jaké prostředí pro rozhovor preferují.

Rozhovory byly se souhlasem participantů nahrány na mobilní telefon pro účely možného doslovného přepisu rozhovoru. Pro přepis rozhovorů byla využita funkce automatického přepisu aplikace Microsoft Office Word, který byl následně manuálně dočištěn tak, aby odpovídal doslovnému záznamu rozhovoru.

2.4 Analýza

Analýza rozhovorů byla realizována v souladu s postupem Interperativní fenomenologické analýzy popsané autory Smith, Flowers a Larkin (2009). V první fázi se

jednalo o detailní seznamování s jednotlivými rozhovory, a to formou přepisování rozhovorů a následného pročitání jejich záznamů provázené zaznamenáváním různých myšlenek, postřehů či asociací, které jednotlivé části rozhovorů vyvolávaly.

V další fázi byly přepisy opět pročitány a doplňovány o komentáře, které již měly více obecný charakter a reflektovaly vzájemnou provázanost témat napříč různými rozhovory. Následně byly přepisy rozhovorů nahrány do programu QDA Miner a zde okódovány tématy, které se vyjevily v rámci předchozích fází čtení. Stále se však jednalo o velké množství témat, která byla pracovně strukturována do 3 oblastí – onemocnění, zaměstnání, peerství.

Při rozboru toho, jak se k jednotlivým tématům vyjadřují různí narátoři, již začala vystupovat nadřazená témata („superordinate“ v originále; Smith, Flowers & Larkin, 2009), kolem kterých bylo možné seskupovat jednotlivá témata. Struktura jednotlivých nadřazených témat a subtémat byla vizualizována do grafické podoby a k jednotlivým tématům byly kopírovány výpovědi narátorů tak, aby bylo možné témata definovat a popsat. Interpretativní fenomenologická analýza má nicméně ambici objevující se témata nejen popsat, ale také interpretovat či kriticky zhodnotit (Smith, Flowers & Larkin, 2009). Proto bylo k jednotlivým tématům přistupováno s intencí samotný popis obohatit o interpretační vhledy založené na možnosti srovnat výpovědi různých narátorů.

Během této práce probíhala průběžná restrukturalizace či přejmenování témat tak, aby co nejlépe odpovídala výpovědím, které se k nim vztahují. V konečném důsledku byla definována 4 nadřazená témata s názvy: Vztah k onemocnění (1); Nebýt jen invalidní důchodce (2); Když jsem unavený, přijdou hlasy (3) a Peerství (4). Kompletní tabulka s nadřazenými tématy a subtématy je zobrazená v sekci výsledky.

2.5 Etika výzkumu

Vzhledem k tomu, že skupinu osob se schizofrenií je možné označit jako vulnerabilní, byla podána žádost k Etické komisi Filozofické fakulty Univerzity Karlovy, která realizaci výzkumného šetření odsouhlasila. Znění žádosti je uvedené v příloze, kde je detailně rozepsané uvažování autora výzkumu nad etickými aspekty realizovaného výzkumu.

Jak bylo zmíněno, potenciální respondenti byli osloveni prostřednictvím organizací, které pracují s lidmi s duševním onemocněním. Tento způsob oslovení prostřednictvím sociálních pracovníků, které klienti dobře znají, mohl zvýšit kredibilitu výzkumu v očích potenciálních účastníků. Zmíněné organizace ovšem nebyly nikterak zainteresovány na

realizaci šetření, a neměly tak jakýkoliv důvod vyvíjet nátlak na klienty, aby se výzkumu účastnili. V některých případech klientům sociální pracovníci daných organizací nabídli, že by mohli být při rozhovoru přítomní. V jednom případě narátor této možnosti využil.

Informace o výzkumu byly předávány prostřednictvím oslovovacího emailu a informovaného souhlasu, se kterým byli účastníci před zahájením rozhovoru ještě jednou seznámeni a svým podpisem vyjádřili souhlas se rozhovoru zúčastnit. V rámci informovaného souhlasu byla účastníkům výzkumu garantovaná ochrana soukromí v podobě pozměnění informací, které by mohly vést k odhalení identity narátora, pečlivé archivaci nahrávek i prepisů rozhovoru, ke kterým kromě výzkumníka a vedoucí práce neměl nikdo jiný přístup. Dále se jednalo o možnost kdykoliv rozhovor přerušit či požadovat smazání nahrávky a další základní práva účastníka výzkumu.

Narátoři byli rovněž na začátku rozhovoru podpořeni v tom, aby výzkumníka informovali, pokud by se během rozhovoru objevilo téma, které je nepříjemné a mělo by potenciální či reálný dopad na momentální rozpoložení. V takovém případě by byla nabídnuta možnost rozhovor přerušit či přesunout pozornost na jiné téma. Během žádného z rozhovorů nicméně tato situace nenastala.

3. Výsledky

Analýza byla realizována v souladu s metodologií interpretativní fenomenologické analýzy (Smith, Flowers & Larkin, 2009) a její postup je popsán v kapitole 2.4. Na základě opakovaného čtení, okódování jednotlivých témat obsažených ve vyprávění narátorů a prací s jednotlivými výpověďmi se začala vynořovat 4 nadřazená témata, která obsahují 4-3 dílčí subtémata. Jejich rozvržení je zobrazené v tabulce níže.

Nadřazená témata	Subtémata
3.1 Vztah k onemocnění	<ul style="list-style-type: none">• 3.1.1 Životní zlom• 3.1.2 Externalizace• 3.1.3 Skrývání diagnózy
3.2 Nebýt jen invalidní důchodce	<ul style="list-style-type: none">• 3.2.1 Proč pracuji• 3.2.2 Preferované pracovní podmínky• 3.2.3 Zaměstnání jako součást procesu zotavení
3.3 Když jsem unavenej, přijdou hlasy	<ul style="list-style-type: none">• 3.3.1 Závažnost projevů a jejich vliv na pracovní výkonnost• 3.3.2 Přepřacování jako cesta k relapsu
3.4 Peerství	<ul style="list-style-type: none">• 3.4.1 Výhody práce na pozici peera• 3.4.2 Už nemůžu dělat nic jinýho• 3.4.3 Systémové proměny peerství

3.1 Vztah k onemocnění

Nástup onemocnění představuje zásadní zkušenost, která do veliké míry a často velice negativně ovlivnila další část života narátorů, a představuje většinou zlomový bod v rámci jejich životního příběhu. Zpočátku bylo propuknutí onemocnění nečekaným zlomem v životě, který u řady narátorů narušil původní životní či kariérní směřování. Přestože příznaky onemocnění mohly být v určité míře přítomné dříve, tímto zlomovým bodem se většinou stala hospitalizace, která narátory vytrhla ze známého světa do zcela cizího prostředí.

S postupným ustupováním akutních projevů však narátoři museli najít způsob, jak se k onemocnění a jeho mnohdy stále přítomným projevům vztahovat. Tento proces obnáší řadu témat a aspektů. Míra závažnost projevů onemocnění souvisí s tím, do jaké míry schizofrenie zasahuje do běžného života. Pochopení podstaty onemocnění přispívá nejen ke zvědomění důležitosti předcházet relapsu, ale souvisí také se získáním náhledu na nereálnost psychotických obsahů. Ty jsou u mnoha narátorů přítomné i mimo akutní fázi onemocnění a právě náhled na to, že neodpovídají realitě, jim umožňuje se od nich distancovat. Někteří narátoři tedy tyto obsahy vyčleňují od ostatních, podobně jako jsou ve vyprávění narátorů patrné různé mechanismy externalizace onemocnění jako takového.

Nemoc současně vyčleňuje člověka ze společnosti. Někteří narátoři za strachu z reakce okolí své onemocnění tají. Tato situace je pak zcela odlišná u peer pracovníků, jejichž působení je ve velké míře tvořené právě sdílením svého onemocnění a jeho projevů.

Nástup schizofrenie pro mnoho narátorů představoval **životní zlom** (3.1.1), který ovlivnil další směřování v životě. Někteří narátoři byli nuceni přerušit svou dosavadní kariéru, studium a celý životní styl. Milan o své studiu architektury mluví jako o něčem zcela v minulosti, na co není možné kvůli omezením ve výkonosti již nikdy navázat. Daniel vyjadřuje vděčnost, když říká: „Měl jsem dobrej život, než než to na mě padlo.“

... ten druhý rok jsem se na tu architekturu dostal, což je super těžký ... takže jsem byl na sebe pyšnej, že jsem se vůbec dostal na tu architekturu a mně to tam šlo jako. Já jsem kreslil v počítači budovy a kreslil jsem je v ruce ... A po těch elektrošocích jsem zapomněl všechnu matiku, všechno deskriptivu a takhle, takže mi to zabránilo vlastně bejt architektem. Já jsem chtěl bejt úspěšnej architekt, chtěl jsem bejt jako ty známý věhlasní architekti ... najednou pokles mejch výkonů a dovedností a věcí byl najednou

strašně markantní, strašně velké po těch elektrošocích a po těch hospitalizacích, takže mě to zabránilo v tom pokračovat. Takže si myslím, že určitě, kdyby mě nezastihla tahle nemoc, tak bych asi byl architektem. (Milan)

A to psychologický myšlení nějak nenaskakovalo no, což už není ten případ, ale už po dlouhý době ne, ale už prostě jsem to (studium) ukončila. (Irena)

Ten Londýn je takovej, že že tam má člověk má tyhle ty jako šance nebo tak. ... jako stihl jsem toho hodně za těch 28 let a pak holt to mi trvalo nějakých 5, 6 let, než jsem zvládl trochu pokořit to onemocnění. Ale bylo to prostě těžký. Tak takhle, jakože jsem, že jsem rád, že že jsem si zažil jako dlouhej vlastně život bez té nemoci, že to přišlo pozdějc. ... Já jsem v tomhle tom štěstí, no, že... to se čas od času bavím s kamarádem o tom, jestli je výhodnější onemocnět jako dřív nebo pozdějc. A já jsem měl to štěstí, že jsem si toho zažil docela hodně v tom Londýně. Měl jsem dobrej život, než než to na mě padlo. (Daniel)

Někteří narátoři se musí potýkat s dlouhodobými obtížemi a byli nuceni si najít novou životní cestu. Místo původního studia architektury si tak Milan našel uplatnění v sociální práci.

A vlastně já už jsem se nedostal do té úrovně předtím, jako jsem byl hubenej a funkční a tak jako jsem byl jako ten manažer ... tak jsem potom nastoupil na univerzitu Karlovu na Sociální práci a řekl jsem si, že nebudu, protože mi to změnilo hodnoty, to onemocnění, tak jsem si řekl, nebudu dělat v kapit... jako v nějaký komerční firmě nebo jako nějaký peníze, ale že budu chtít dělat pomáhající profesi. (Milan)

Daniel také mluví o tom, že mu nástup schizofrenie zničil dosavadní život. Na rozdíl od Milana však má tento život stále v mysli a vztahuje se k němu v tom smyslu, že by se k němu rád do jisté míry vrátil, ač po malých krocích.

No úplně to zničilo. Já jsem pracoval v nakladatelství v Londýně. Měl jsem dobrou práci, byla dobře jako finančně ohodnocená. Měl jsem tam jako dobrý kamarády ... Tak jsem musel z práce odejít. Kontaktoval jsem rodiče a vrátil jsem sem do Prahy. A čili pro mě to byl naprostej konec, že to byl takovej stav, ve kterým jsem nebyl schopnej pracovat. ... a tak, tak jsem se na tu práci musel holt vykašlat a hlavně jsem se vrátil do Prahy, ... Čili pro mě je pro mě jako to onemocnění byl úplnej kolaps jako pracovního života a od té doby se snažím nějak jako vyškrábat zpátky ... ale vlastně úplně se mi to nepovedlo, protože stejně pracuju na poloviční úvazek ... A od té doby se to lepší a lepší

*a teď kon vlastně žiju život, kterej je hodně podobnej tomu, jakej byl před tou nemocí.
(Daniel)*

Se schizofrenií nicméně existuje latentně všudypřítomné riziko opakovaných remisí, což rovněž může vyvolávat strach z toho, že člověk ztratí, co si pracně vybudoval.

Já jsem byl devětkrát hospitalizovanej, musel jsem začínat od znova. Vždycky si šetřit na nový podnájem. Začínal jsem s minimem a teď vlastně v tomhle věku vlastně jako, když si nejsem hospitalizovanej, tak si všechno budu odznova, ale vím, že je všechno křehký a že za to musím bejt vděčnej ... jakoby každá hospitalizace tě úplně jakoby dostane, strašně tě zatíží a ty se musíš rozhejbat jako třeba na rehabilitaci s kolenama a trvá to dlouho a měsíce a musí tě někdo živit, takže jsem byl u rodičů. (Milan)

Pro některé představoval nástup onemocnění zlom nejen v kontinuitě života, ale vlastního prožívání a identity. Narátoři mluví o tom, že tato zkušenost byla natolik zásadní, že již není možné se zcela vrátit k původnímu sebepojetí, jakoby se nic nestalo.

Když onemocníš schizofrenií a pak se z ní jako dostaneš, nebo máš náhled, tak to zanechá tak těžký stopy a tak zásadní změny pohledu na věc a na lidi a na realitu, že už seš jinej. (Milan)

Ale to nešlo, protože to už to duševní onemocnění, zvlášť to psychotický, tak vlastně udělá takovej předěl mezi tím, kdo byl člověk předtím a kdo byl potom. (Irena)

Přišlo mi to jako konec mého dosavadního života a začátek nějaký jako nového prožívání, který bylo mnohonásobně horší než předtím (Daniel)

Získání náhledu souvisí s **externalizací** (3.1.2) onemocnění. Ve výpovědích narátorů jsou partneré různé mechanismy, kterými se snaží své psychotické prožitky pojmenovat a vymezit vůči dalším psychickým obsahům. Pojmenování prožitků jako například psychotické stavy v sobě obsahuje určitý apel na to, nevnímat tyto obsahy jako reálné. Tento přístup může onemocnění zpředmětnit a díky tomu s jeho projevy nějakým způsobem pracovat, jak bylo popsáno u tématu náhledu (1.2)

U Pavlínky je tato tendence onemocnění externalizovat přímo pojmenována, kdy si uvědomuje, že diagnóza člověka nedefinuje a současně je to určitá překážka, kterou lze překonávat snahou

o žití naplněného života. Stigmatizující okolí, které člověka redukuje pouze na schizofrenika je při tom zcela v rozporu s touto snahou.

Člověk není jenom ta diagnóza, ale ještě strašná spousta věcí okolo, takže asi aby se nebáli žít i s tou diagnózou nějaký naplněný život, jo (Pavčina)

Pro Daniela je snaha vymezit se vůči onemocnění obsažená v myšlence, že onemocnění je možné pokořit, tedy s ním bojovat.

... a pak holt to mi trvalo nějakých 5, 6 let, než jsem zvládl trošku pokořit to onemocnění (Daniel)

Takový boj se schizofrenií může mít podobu odmítání určitých úlev či snaze nepodléhat jejím projevům.

... a když jsem šel třeba za terapeutkou ... říkala, že ty terapie jako, když je toho na mě moc, tak si můžu dát pauzu, můžu si jít zakouřit a tak, a to mi taky přišlo takový jako smutný, že mě brala jako někoho, kdo nezvládne tu normální jako hodinovou terapii a že bych potřeboval tyhle ty pauzy, nějaký jako zlehčení ... když je mi blbě, tak si беру prášky a nějak to, nějak to rozhodím. (Daniel)

Já si myslím, že jako ta nemoc je jako konstruovaná jako nevyléčitelná, v podstatě. Takže jako jediný vlastně způsob takovej je jako ... jak se zbavit té nemoci je víceméně jako přestat jakoby v sobě rozvíjet ten ten příběh nebo ten ten konstrukt té diagnózy ... já vlastně nemám cíle, který by souvisely s vyléčením se z té nemoci, protože na to spíš chci zapomenout. Spíš mě to jako nezajímá. Takže mám spíš cíle, já nevím, najít si milenkou nebo cíl zlepšit se v šachách nebo napsat další knihu nebo něco takovýho. (Jakub)

Je však důležité si uvědomit, že tyto mechanismy externalizace neznamenají popírání samotné skutečnosti onemocnění jako spíše vymezení psychotických obsahů a projevů onemocnění od ostatních psychických obsahů a procesů. Právě výše popsané získání náhledu je napak založené na tom, že narátoři přijali přítomnost onemocnění a toho, že je podle nich nutné kvůli němu dodržovat určitý režim.

Narátoři se současně však potýkají s tím, že ve společnosti panuje silné stigma vůči schizofrenii, což může mít podobu odsuzujících reakcí okolí a nepřijetí, a z tohoto důvodu někteří volí strategii tuto **skrývání diagnózy** (3.1.3) nebo ji okolí sdělovat opatrně. Pro některé představuje reakce daného člověka známkou toho, zda má smysl s ním případně dále budovat vztah.

... jsem se zmínil o tom, že jsem schizofrenik a že užívám prášky. A on se na mě úplně obořil a říká něco ve smyslu: „No tak to vůbec, ale to nemáš chlastat ty vole, to nemáš pomalu ani chodit mezi lidi, ne ty vole.“. (František)

... když jsem se seznamoval ještě před svojí ženou, než jsem poznal, tak jsem chodil na rande, nějaká holka úplně vyloženě utekla z rande. Když jsem jí řekl, že беру léky, jo. (Milan)

Irena hovoří o tom, že obava z reakce okolí jí zásadně ovlivňovala a způsobovala obtíže při komunikaci s lidmi bez diagnózy, což snižovalo její sebevědomí.

Vy se ptáte tak, jako by to bylo nepravděpodobný, ale je to samozřejmost ... ta stigmatizace byla jakoby silná. Měla jsem s tím velkej problém a způsobovalo mi to snížený sebevědomí, sníženou schopnost komunikovat s lidma, který nemají žádnou diagnózu. (Irena)

Já se s tím veřejně nikde nechlubim. Ví to hlavně můj obvodní lékař, možná i trochu nadřízená něco tuší, ale nevím, kolik toho ví. Já myslím, že duševní nemocnění je ještě v dnešní době tak trochu stigma. Protože když se řekne, že mám schizofrenii, tak každě si představí nějakýho psychopata vražednýho, při tom to tak vůbec bejt vůbec nemusí. (Zbyněk)

Pro Pavlínu se dokonce jedná o strach ze ztráty přátel.

... že právě se bojím ty reakce na to, no. Protože těch přátel nemám až tak jako moc, no to je asi možná taky spojený i s tím zdravotním stavem, že jsem spíše jako uzavřenější, takže těch, který mám, tak bych o ně nerada přišla, no. U mě to vlastně vědí akorát ty lidi z toho stacionáře, co se s nima scházím. (Pavlína)

Pro Milana výhodou skrývání vlastní diagnózy představovalo, že mohl zažívat pocit normality a toho, že jej okolí neodsuzuje. Současně však vykonával zodpovědnou práci, o kterou by mohl přijít, pokud se o své diagnóze svým nadřízeným řekl. Je tedy otázkou, do jaké míry to bylo jeho svobodné rozhodnutí. Vnímla, že byl nucený vymýšlet různé konstrukce, kterými mohl

vysvětlit například to, že dochází na terapii. Současně se setkával s nepochopením okolí a nemohl kvůli skrývání onemocnění žádat ani žádné úlevy.

Já jsem to 10 let tajil, takže jsem se nechal zaměstnat jako produkční. Tam jsem to neřek, a když jsem měl psychoterapii, tak jsem řekl, že chodím s kotníkem na rehabilitaci a takhle jsem to vydržel 5 let. ... No prosím tě výhodu to mělo takovou, že nikdo neznal moji diagnózu, nevěděl moje omezení, takže mě brali jako za zdravého člověka. A jak víme, ta stigmatizace je velká a já jsem měl autoritu, já jsem vedl grafiky, určoval jsem řidičům, jak mají jezdit, a při tom jsem byl schizofrenik jako a ... dokázal jako dělat zodpovědnou práci ... Mně se ta nemoc různě projevovala, nebo ty věci, a já jsem prostě neměl žádný úlevy, nemohl jsem o tom mluvit jako a prostě když se člověk chová trochu jinak, tak oni to připisují povaze nebo to, ale já jsem vlastně těch 10 let to zakrýval z toho důvodu, že jsem se chtěl cítit jako všichni ostatní. Chtěl jsem bejt bez stigmatizace, mělo to svý výhody, ale strašnou nevýhodu to mělo, že když jsem jako se propad, nebo jsem byl depresivní, nebo něco a tak okolí jako to nechápalo, útočili na mě, jo, nebo mě taky jako ještě předtím, než jsem dělal tohohle produkčního, tak jsem byl v různých zaměstnání, a to mě třeba za to vyhodili. Já jsem třeba v jedom zaměstnání spal za počítačem. V jiným zaměstnání jsem prostě jako třeba ... jako a říkali, že Milan je divnej, jo, prostě nebo tak. (Milan)

Další možnou strategií, jak alespoň částečně skrývat diagnózu schizofrenie, je prezentovat ji jako jiné a méně stigmatizované duševní onemocnění, například deprese.

... když jim sdělím, že mám nějaký, já mluvím většinou o depresích nebo mániích, neříkám schizofrenie nebo tak. (Milan)

Současně skrývání onemocnění vytváří určitý blok před okolím, kdy člověk nemůže ve vztazích vystupovat zcela autenticky a zažívat pocit, že se může „otevřít“.

A takový jako zatajování, který způsobovalo, že jsem se nedokázala otevřít vlastně. (Irena)

... o tom vlastně moc lidí z mého okolí neví. Vlastně ví o tom moje rodina. V práci jsem to nikde neříkala, vlastně přátelé o tom taky neví, takže u mě je to takový, že si to nechávám spíš spíš pro sebe. ... ale třeba kamarádům jsem to nesdělovala, protože přece jenom jako ono to, jak se tady moc prezentuje v médiích různě, není moc jako dobrý, tak spíš mám strach, aby se mě pak ty lidi nezačali bát. (Pavčina)

Motivace pro skrývání diagnózy se může objevovat také v kontextu hledání práce, kdy by sdělení této skutečnosti mohlo snížit šance na přijetí.

... a mám zkušenost, protože než jsem dělal toho produkčního, tak jsem léta sháněl práci, obesílal a tak a mám zkušenost, že když o tom mluvíš, tak oni tě většinou nevezmou (Milan)

... jako to není moc a na těch pozicích, na kterých jsem se hlásila já tak jako vůbec tam, když bych řekla jako nebo, že mám problémy se soustředěním, nebo něco, tak už mě jako nevezmou prostě. (Pavčina)

Při vytváření nových vztahů využívají někteří moment odhalení diagnózy jako takový test, „latmusový papírek“, toho, zda má na základě reakce druhého smysl tento vztah případně dále budovat.

...je to dobrej filtr pro to, že kdybych si na ty lidi zvyknul, nebo moc pustil k tělu a oni se pak takhle chovali, tak je lepší, když se rovnou nebavíme a rovnou nejsme v kontaktu. (Milan)

Mluvím o tom třeba i s kamarádama, s rodinou a pro mě je to takovej ten, jak se tomu říká latmusovej test, latmusovej papírek. Prostě že tím jako testuju, jestli mi ten člověk stojí za nějaký ten můj čas, nebo ne. Že lidi, který na to špatně reagujou, tak ty ty z toho života nějak jako spíš ženu pryč a lidi, který to berou, tak se s těma můžu navázat nějaké jako třeba přátelský vztah. (Daniel)

3.2 Nebýt jen invalidní důchodce

Téma pojmenované jako nebýt jen invalidní důchodce popisuje, jaké pozitivní dopady může vykonávání zaměstnání na osoby s duševním onemocněním mít. Název tématu je citací výpovědi Ireny „Není to jenom, že jsem invalidní důchodce“, která takto popisuje, že zvládnutí vykonávání práce jí po absolvované hospitalizaci zvyšovalo sebedůvěru a představovalo známku toho, že něco dokáže. Pro některé narátory totiž práce představuje krok dál v cestě za zotavením a poskytuje důležité příležitosti pro návrat do běžného života. Součástí tohoto tématu je také popis toho, jakou motivaci narátoři k vykonávání zaměstnání mají a jaké jsou jimi preferované podmínky pro to, aby práce odpovídala jejich potřebám a představám včetně možnosti být otevřený ohledně své diagnózy.

Z výpovědí narátorů můžeme vysuzovat, že vykonávání zaměstnání vnímají jako důležitou **součást procesu zotavení (3.2.1)**. Práce představuje příležitost pro navracení se do běžného života po absolvované hospitalizaci a také možnost se zapojit do společnosti prostřednictvím kontaktu s lidmi bez duševního onemocnění. Kromě této dlouhodobé dimenze pak práce na každodenní bázi strukturuje den a udržuje člověka aktivního. S vykonáváním práce jsou samozřejmě spojené další benefity, které jsou popsány v následujícím tématu 2.2 (Proč pracuji).

Pro Irenu práce představovala určitý první krok po prodělání hospitalizace směrem zpět k běžnému životu, jehož zvládnutí umožnilo se orientovat na další cíle v životě.

A taky jako nějakým zakotvením v životě, který se mi povedlo začít se znova budovat osobnost, znovu pracovat, znovu se zapojovat do společnosti se mi povedlo hrozně brzo, že vlastně hned po tý 3. hospitalizaci jsem asi 2 měsíce potom začalo pracovat v Cafe na půl cesty. ... No, no a vlastně tam jsem byla rok, pak už jsem šla do další práce a po tý další práci jsem šla studovat vejšku. ... No, takže u mě jako hodně stabilizovalo vlastně ten nějak jako řekněme normální život, no. (Irena)

V případě chráněných pozic je výhodou, že jsou jednotlivé kroky postupné. Jedinec tak zprvu může pracovat v kolektivu lidí, kteří se rovněž potýkají s duševními obtížemi. Současně se zde počítá se zvýšenou podporou zaměstnanců v podobě terapeutického vedení.

Jo tak hrálo to úlohu, že se, že to byla moje první práce, vlastně po hospitalizaci, že tam byl i nějaký jako doprovodný terapeutický program. Prostě tam se dělaly třeba každé měsíc rehabilitační plány, kam si člověk psal, co chce změnit v práci, co chce změnit já

nevím v oblasti bydlení, co chce změnit v oblasti vztahů a tak, a to se, pokud vzpomínám, vyhodnocovalo každý měsíc, to já jsem si hrozně pochvalovala (Irena)

Vykonávání práce rovněž povzbuzuje sebepojetí a může mít pozitivní vliv na identitu jedince. Vykonávání zaměstnání představuje po prodělání akutní fáze onemocnění velkou výzvu, jejíž zvládnutí Ireně připomínalo, že něco zvládne a není jen „invalidní důchodce“

Tenkrát mi to stačilo, asi bych ani na víc neměla, ale to, že jsem dokázala pracovat. Ono jako když někde pracujete, tak to tý vaší identitě vlastně přidá nějaký bod navíc. A není to jenom, že jsem invalidní důchodce. To člověk potkával lidi, potkával lidi, který nebyli třeba v blázinci. Člověk potkával lidi, který jsou na tom hodně špatně, taky se s nima spřátelí. Ale třeba pak, když jde do první, takhle jako bych třeba chráněný práce, tak už tam zase potkává lidi, který jsou trochu zotavenější, takže postupně, jako se společně posouváte kousíček jako dál k nějakému lepšímu stavu, lepšímu ze sebe. (Irena)

Často se opakujícím tématem pro narátory je, že vykonávání práce nějakým způsobem strukturuje den a vytváří jeho naplnění. Vykonávání práce také v určitém ohledu odvádí pozornost od člověka samotného a jeho problémů a směřuje pozornost na vnější podněty.

Pro mě práce je něco, co mě udržuje funkčního, protože jsem si zažil období, kdy jsem třeba měsíce nepracoval a jenom jsem se díval na filmy a jedl chipsy, jo, a tak jsem se rozplynul, a tak tak mi to nevyhovovalo, že jsem zjistil, že já musím být neustále zaměstnán. Takže já mám polovinu jako výkonu pryč, jsem ten invalidní důchodce, ale neumím si představit, že bych byl jenom jako bez práce, a nic nevykonával. Zároveň moje práce mě udržuje ... Nejhorší je se zastavit a nic nedělat, jo, prostě tak jako někdy to, tak někdy to tak musí bejt. Někdy nejsem schopnej vůbec nic, ale ta práce mě postupně zase uschopňuje a postupně začínám těma krůčkama se zase vracet do toho režimu, takže pro mě je to určitě nějaký i režim a nastavení. (Milan)

... abych vlastně něco dělal, že prostě abych jenom neležel v posteli a nezoufal si, jak je život hroznej. Ale abych abych měl nějakou jako to práci, že mi přijde důležitý mít nějakou práci a nějak jako ten čas využít. (Daniel)

... chtěla bych nějaký denní režim, jako nechtěla bych zůstat doma, válet se v posteli, protože prostě na to nejsem zvyklá. (Pavčina)

U předešlého tématu narátory hovoří o tom, jak jim vykonávání práce pomáhá specificky v kontextu onemocnění a procesu zotavení. Současně existuje mnoho dalších motivů, které narátory vedou k vykonávání práce. Téma důvodů a motivace pro vykonávání zaměstnání je pojmenované jako **Proč pracuji** (3.2.2). Přestože bychom mohli řadu z těchto důvodů očekávat i u lidí z majoritní populace, pro narátory se však mohou lišit v jejich důležitosti s ohledem na to, že se oproti lidem bez duševního onemocnění nacházejí v odlišné životní situaci. Možnosti, jak například získat ocenění a využít své přednosti nebo vytvářet sociální kontakty jsou pro některé narátory omezené a právě zaměstnání umožňující jejich dosažení popisují jako velice přínosné.

Často se opakujícím motivem pro vykonávání zaměstnání je **seberealizace**. Pro některé se jedná o úspěch a ocenění výsledků práce a možnost uplatnit své dovednosti. Z jednotlivých výpovědí je cítit jakási zdravá pýcha a schopnost ocenění sama sebe. Jak ale někteří zmiňují, vykonávat takto naplňující práci mohou díky tomu, že jsou materiálně dostatečně zajištěni.

... takže pro mě ty peníze fakt nejsou důležité. A pokud netrpím nouzí, tak to neřeším. No a vlastně mě baví, baví mě tu práci dělat a dělám to i kvůli těm ostatním lidem, který to dělají se mnou. No a vlastně taky trochu kvůli výsledkům té práce, třeba co se týče těch, tý mediální práce. A taky kvůli těm projektům a nějakým vykazováním něčeho v těch projektech. (Irena)

... mi vždycky šlo jako naslouchat lidem, to to to byla nějaká jako taková jako věc, kterou jsem uměl, jsem jako těžkej introvert, tak pro mě je těžký jako oslovovat lidi a tak, ale někoho vyslechnout, to mi šlo a pak vlastně v tom volnočasovym klubu (Daniel)

To se někomu nepovede celý život jako v té tvorbě, jako já jsem si toho tak strašně vážil, jako když jsme tam mohli být na té premiéře a že jsem tam jako slyšel nějaký svoje texty, prostě nějak třeba pozměněný, ale prostě věděl jsem, že to je hra, která je inspirovaná tou knihou. ... Tak jsem byl z toho nadšenej úplně. A prostě už tehdy, což je podle mě pro mě strašně důležitý si fakt jako vážit těchhle chvil, kterých není moc (Jakub)

... mi říkali, že bych jako mohla tady právě učit tu angličtinu a němčinu. Tak to mě jako na tom láká, že vlastně bych jako mohla využít to, co už umím. (Pavčina)

Důležitým motivem je také možnost **pomoci druhým**. Tento aspekt může být pro tuto skupinu obzvláště relevantní. Vzhledem k tomu, že v souvislosti s onemocněním v minulosti mnoho narátorů potřebovalo pomoc od okolí, sami jsou k této hodnotě citliví a možná ji dokáží více

ocenit než člověk bez zkušenosti se schizofrenií. Přestože o tom takto explicitně nehovoří, dosažení stavu, kdy dokáží pomáhat druhým, pak také může být pro narátory samotné důkazem toho, že nemoc již v nějakém ohledu překonali.

Mi to dává smysl života, mi to dává, že někomu pomáhám, což je můj smysl života, pomoc druhým taky jo. Má to, má to svoji hodnotu a nemusí to bejt ten hlavní smysl. ... pomoc druhým je strašně odměňující. (Milan)

Tak já jsem to začal dělat z toho důvodu, že jsem chtěl pomáhat lidem. (Daniel)

Motivem, který bychom nejspíše očekávali i u lidí z běžné populace je to, aby zaměstnání narátory **bavilo**. Objevuje se i ve výpovědích narátorů. Současně jej zmiňovali jako spíše druhořadý důvod pro vykonávání zaměstnání.

... vlastně mě to bavilo, no ono je to... to bylo až paradoxní, jak mě to bavilo, že jsem si hledala třeba jsem se těšila, když pojedete nějaký velký nákup. Že se, mě bavilo to pípání prostě, a tak mě bavilo si pamatovat kódy těch rohlíků. (Irena)

Co mě baví nejvíc na té práci, jsou ty konzultace. To mluvení s těma lidma. A tak tam je to vždycky jako unikát, že jsem nepotkal stejného člověka dvakrát, i když třeba mají stejnou diagnózu, tak tak fakt jako jsou hrozný rozdily v tom, jaký ten člověk je. A tak tak tohleto mě baví, tohleto mě fakt jako na té práci baví, to se nezměnilo za 4 roky ... vedu skupinu s adiktoložkou a s terapeutkou pro duální diagnózy a to to jsem si přibrál, a to mě třeba hrozně nabíjí. ... Hlavně kvůli tomu, že jsou tam supr lidi jako hrozně zajímavý to lidičky, se kterýma se mi dobře povídá, dobře přepracuje. (Daniel)

Milan a Daniel pak také oceňují na své práci, že se díky ní mohli vzdělávat a osvojit si tak nové **dovednosti** a získat **zkušenosti**.

Dělal jsem v peer klubu nejdřív jako pomocník, jako mentor, pak jsem tam byl vedoucí. Mezi tím mi domluvili z Bohnic kontakt na Nudzu, tak jsem začal pracovat v destigmatizaci, a z destigmatizace potom později, když po 5 letech končila, už jako zkušený peer lektor a všechno možný, tak jsem nastoupil do metropolitního zdravotnického servisu minulej rok. (Milan)

Ještě máme nějaký další kurzy, že to Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví dělá i následný kurzy pro peery, něco o komunikaci, o svépomocných skupinách a o takovejhle jako individuálních tématech. Jsou to dvoudenní kurzy, tak to mám za sebou taky. A ještě

jsem vlastně dělal kurz Care ... a pak vlastně v tom volnočasovym klubu jsem se od svých kolegů naučil i nějak jako s těma lidma pracovat a pomáhat nějak jako efektivně (Daniel)

Dalším důležitým motivem je možnost **se potkávat s lidmi** a vytvářet si přátele. Někteří z narátorů žijí spíše o samotě, a práce může být jednou z mála možností, jak se potkávat s lidmi nebo si kolem sebe dokonce vytvořit určitou „rodinu“. Toto téma získává ještě specifickou podobu u peer pracovníků, kteří se potkávají v rámci zaměstnání s lidmi s podobnými zkušenostmi a vytvářejí tak přirozeně určitou komunitu.

No právě, no tak já nemám ani děti a беру to jako takovou rodinu. Že že se tam hlásím k takový jako mateřský úloze. (Irena)

Že vlastně pracuju 3 roky s jedním kolegou a 2 roky s jednou kolegyní a oni jsou jako super jak jako na úrovni toho tý práce, tak na nějaký jako kamarádský nebo přátelský úrovni, že prostě je mám rád, jsou to super lidi. (Daniel)

Já jsem tam rád mezi lidma, protože doma jsem sám. (Zbyněk)

V odlišné situaci se však nachází František, který není v souvislosti s insolvenčí materiálně zajištěný. Jeho možnost hledat zaměstnání, které jej bude naplňovat, jsou omezené a musí se především ohlížet na to, aby byla práce zaplacená. Milan tímto způsobem uvažuje do budoucnosti v případě, že by ztratil momentální zaměstnání.

No a právě... a taky to byl krátkej úvazek a za málo peněz, že jo. Já na tý insolvenci, tak mám málo prostě prd. ... Já koukám hlavně na peníze. Ale kdybych dělal něco, co mě baví, tak to je velké plus no. ... Takže v podstatě nemám ani na bydlení. Příští měsíc, tenhle ještě jo. Ale příště už ne, takže já potřebuju nastoupit někde co nejrychlejc. (František)

Velkou otázkou jsou ty peníze, protože pokud by mě to nedokázalo uživit, tak budu muset, a tak taky je to dost možný, že se to stane, že skončím kariéru, kterou umím, toho experta, peera specialisty a budu muset dělat prostě cokoliv, co mi přinese peníze na nájem. (Milan)

Pro některé je finanční ohodnocení důležité, i když nehraje zásadní roli. Většina narátorů pobírá invalidní důchod, což tvoří určitý základ, který pak mohou dále navýšit mzdou ze zaměstnání.

Vyšší finanční ohodnocení by narátorům zajistilo větší jistoty, přesto je z výpovědí patrné, že zvýšení životního standardu není pro narátory důležitým cílem, o který by aktivně usilovali.

Problém tam je s tím, že tam neexistuje možnost nějakého finančního vyššího finančního ohodnocení, protože jsme placeni z grantů a z příspěvků úřadu práce, takže tak tam nefunguje prostě možnost toho člověka, když dělá toho víc ho nějak ocenit. (Irena)

Hmm teď, teďkon právě mám jako partnerku asi rok a půl tak a ta má děti, z toho důvodu těch peněz potřebuji víc, když prostě ten jako životní styl zase trošku zdražil, takže to, že dostávám dobře zapláceno za tu práci, je důležitý (Daniel)

No je to slabý. Ale já nevím jako letos je to, letos je to ještě dobrý, protože ještě dobíhají projekty, který mě dřív bavily, ale příští rok to bude horší. No jako já mám víceméně mám důchod, trojku, to je prostě něco, že jo, není to moc, nějakých 12000 a pak mám jako k tomu jsem zaměstnaná v jedné organizaci, kde dělám časopis. ... Celkem jako slušný, ale to prostě končí... (Jakub)

Takže finančně vycházím. Ale na nějaký... že bych žil na vysoký noze, to se říct nedá. (Zbyněk)

Preferované prostředí (3.2.3) je kategorie popisující podmínky, které by nejvíce odpovídaly potřebám narátorů. Jedná se buď o aspekty momentální práce, které narátoři hodnotí pozitivně či naopak o podmínky, které jim v současném či minulém zaměstnání chybí a s výkonem práci by jim pomohly.

Narátoři často hovoří o tom, že preferují mít možnost práce z domova, díky které si ji mohou flexibilně rozložit práci na základě toho, jak se momentálně cítí.

Já právě mám teďka skvělou práci, že můžu částečně dělat z domova home office ... takže mně to strašně vyhovuje, že si práci skládám, jak potřebuju, jsem nezávislej v tomhle. ... jak mám během tejdne různý jako potíže a takhle, je jedno jestli si udělám svojí práci a napíšu si ten článek nebo ty maily v 8 večer nebo v 8 ráno. (Milan)

Já jsem dělala korektury anglických textů pro společnost Ipsos a to byla práce z domova, což jako právě práci z domova, opravdu bych mohla dělat i na volném trhu práce. (Irena)

No ale jakože nemám v tom žádnéj moc rád. Ten průměrnej čas je takovej jako průměrnej ... ale i teď jako já si třeba v noci se vzbudím, jak jsem říkal, nespím, takže jdu třeba v 11 spát, ale už v půl 2 jsem vzhůru no a pustím si počítač. Vidím, že mám nějaký maily začnu, takže klidně pracuju (Jakub)

S ohledem na nižší výkonnost narátorů se jako důležitá potřeba jeví menší množství pracovních hodin a částečné úvazky. Jak narátoři zmiňují, vyšší množství práce by pro ně mohlo být nadměrně zatěžující. Vykonávání zaměstnání na částečný úvazek je podmíněné tím, že pobírají invalidní důchod, který zajišťuje určitý základ pro finanční zajištění. Někteří narátoři hovoří o možnosti pracovat na částečný úvazek díky nově přiznanému invalidnímu důchodu jako o pozitivním posunu, který bude více odpovídat jejich možnostem. To můžeme hodnotit jako důležitý moment, neboť pracování v zatěžujících podmínkách může představovat riziko relapsu onemocnění (viz. téma 3 Když jsem unavenej, přijdou hlasy).

Já třeba vím, že nemůžu dělat jedna celá úvazek, 168 hodin měsíčně. Já můžu dělat jenom 80, a abych uživil tu rodinu, protože za 80 hodin neuživíš jako rodinu úplně jako za nájem a takhle ... tak já dělám takový mikro úvazky, já mám 80 hodin někde a pak si dělám třeba na třeba 8, 10 hodin měsíčně jinde a na 10 hodin jinde. (Milan)

No vlastně lidi s duševním onemocněním obecně nepracujou na plnej úvazek, zvlášť když mají invalidní důchod, tak se to moc jako ani nedoporučuje kvůli tomu důchodu. Pracuju na půl úvazek, nicméně u nás je to takový jakoby volnější i v tom, že třeba když nenaplním plnej ten půl úvazek, tak je to v pohodě. Že se to vlastně nijak jako nepočítá přímo ty hodiny. (Irena)

... stejně pracuju na poloviční úvazek, ale jsem za to rád jako, přijde mi lepší pracovat na poloviční úvazek než se drát nějak k tomu, abych abych pracoval víc. Takže je to, je to jako velká změna, ale teď jsem v tý práci spokojenej a ten poloviční úvazek mi naprosto vyhovuje. ... A ale jako fyzicky jsem často hodně vyčerpanej po tý jedný směně. Tak jsem vlastně rád, že ty směny mám jenom 3 do tejdne a že že si můžu z toho nějak jako vyležet a vyspat a tak. Jako asi bych zvládnul pracovat víc, nevím, jestli bych zvládnul plnej úvazek. ... Mám nějaký prostě limity, kolik jako jsem schopnej odpracovat, tak se snažím držet trošku to... nějak rozumně. (Daniel)

Zbyněk a Pavlína přisuzují poslední hospitalizaci vlivu příliš zatěžující práce a oba se rozhodli požádat o přidělení invalidního důchodu. Právě díky tomu nyní si „mohou dovolit“ vykonávat nebo hledat práci na částečný úvazek.

To mám vlastně ten snížený úvazek od ledna tohoto roku. Před tím jsem pracoval na plný úvazek. ... No v té době jsem byl v Bohnicích a požádal jsem si o invalidní důchod, protože jsem věděl, že už na tu práci přestávám psychicky stačit. Tak vlastně jak jsem žádal, tak přišlo rozhodnutí, že mně ten důchod přidělejí. (Zbyněk)

Mně se dařilo pracovat s těma změnami na plný úvazek, ale s tím já jsem fakt jako tu práci měnila strašně často, že tam byly jako ty ty obavy o to, že tu práci ztratím, jo, že prostě jsem nebyla jako v té práci úplně v pohodě, že... ale teď vlastně ten poslední půl rok jsem vlastně byla nemocná, to už se mi ten půl rok předtím moc nedařilo. Teď vlastně jsem v invalidním důchodu a hledám si práci na částečný úvazek, jo. Takže to nakonec dopadlo takhle ... Já právě jsem v invalidním důchodu, takže vlastně si ten částečný úvazek můžu teďkom dovolit, tak teď jako hledám něco na částečný úvazek, abych nemusela chodit do práce na celý 8 hodin. (Pavlína)

František je kvůli finančním obtížím nucený si hledat zaměstnání na plný úvazek, ač by si sám přál pracovat na menší úvazek. Jeho hledání je vázané také na práci na volném trhu a omezené možnosti úlev.

Představoval jsem si v 6 hodin, ale vzhledem k tomu, abych něco vydělal, tak bych musel zkousnout asi ty osmičky. ... No kdybych šel na ten chráněný trh, tak asi tam jsou nějaké úlevy, třeba přestávka po 2 hodinách na 10 minut. Ale na tom trhu klasickým, tam to asi nefunguje. (František)

Dalším aspektem, který narátorům usnadňuje fungování v rámci práce, jsou právě určité úlevy. Nemusí se však nutně jednat o snížená očekávání výkonu, ale mnohdy jde spíše o pochopení momentálního psychického rozpoložení pracovníka. Tento aspekt je také spojený s možností být otevřený ohledně vlastní diagnózy a charakteru obtíží, se kterými se narátor potýká.

A tak jsem začal dělat poloviční úvazek, začal jsem dělat chráněnější práci a taky práci, kde jsem mohl sdělit, že jsem duševně nemocnej a oni kvůli tomu mohli dávat úlevy a už to prostě bylo nevyhnutelný a musel jsem už jít do tohohle oboru. ... No a já bych teda sděloval svou diagnózu z toho důvodu, že vlastně já potřebuju za zaprvý pochopení, pro to, že několikrát za rok nebudu fungovat. Jo, že už budu nemocnej, co se objevuje a je

to pravidlo. A aby mě nevyhodili, abych nebyl ve stresu a zároveň bych komunikoval jako ... jako koordinátor projektů a péče o duševní zdraví, tak jako já třeba mám tejdén, kdy jsem depresivní, tak to oznámím. Oni mi dávají míň práce, můžu dělat home office, vyjdou mi vstříc, jo, prostě v Nudzu to samý. Já jsem prostě kolikrát byl třeba supermanickej a ani jsem to o sobě nevěděl a oni říkali: „hele Milane zbrzdi se, ted' si dej pauzu, jo?“ ... jako nejhorší je v normální práci, že to máš 10 schůzek. 10 nějakých reportů odevzdat. A nikdo ti nedá úlevu. A ono se to hroutí, ono to na tebe padá a takže víš, že tě vyhoděj a víš, že nezaplátíš nájem a budeš na ulici, což je šílený strašák, takže seš z toho ještě víc v depresi. ... v tom neziskovém sektoru tam jako oznámíš důvod, proč to nemůžeš splnit, nebo se na tebe tlačí a oni ti to ulevěj, nebo to předaj někomu jinýmu a ty se můžeš v pohodě zaléčit a za tejdén, dva, už si zase dobřej a pokračuješ. A necejtíš to jako největší hovínko u cesty jako. (Milan)

No, určitě mě hodně vyčerpává, když musím bejt dlouho mezi lidma. Vím, že bych asi jakoby nemohla dělat jinou práci. Nemohla bych dělat jinou práci z vícero důvodů. Jeden je, že prostě potřebuju na to, na tu práci nějaký klid a nějaký nějaký respektující prostředí. ... potřebuju, aby bylo otevřený, aby byla jakoby, aby věděli ty lidi, že mám nějaký problémy a třeba i jaký. (Irena)

3.3 Když jsem unavenej, přijdou hlasy

Téma pojmenované jako „Když jsem unavenej, přijdou hlasy“ vytváří určitý příběh toho, jak se může stát zaměstnání z pozitivní součásti procesu zotavení popsané u 2. tématu naopak zdrojem zátěže, která zhoršuje projevy onemocnění. Této označení tématu je rovněž přímou citací výpovědi Zbyňka, který hovořil o tom, že přepracování u něj zhoršuje psychotické projevy. V této kapitole jsou popsána omezení ve výkonnosti narátorů, která je činí zranitelnými v nadměrně zatěžujícím pracovním prostředí. Dále jsou popsány případy toho, kdy vykonávání zaměstnání skutečně zhoršilo psychický stav narátorů a v krajních případech vedlo až k hospitalizaci. Specifickým druhem stresoru je pak obava ze ztráty zaměstnání, která rovněž narátory vystavuje obavám ohledně budoucnosti.

Závažnost projevů a jejich vliv na pracovní výkonnost (3.3.1) je kategorie popisující to, s jakými obtížemi se narátoři potýkají a do jaké míry omezují možnosti jejich fungování a to jak v každodenním životě, tak také z hlediska jejich pracovní výkonnosti.

Projevy onemocnění akutní fáze onemocnění jsou si u jednotlivých narátorů podobné a sdílí řadu shodných rysů. Rozdíl však lze spatřovat v závažnosti projevů, se kterými se potýkají nyní, v každodenní realitě mimo akutní fázi.

U některých narátorů je patrné, že závažné projevy onemocnění jsou stále silně přítomné. Jedná se o sluchové halucinace, paranoidní ladění nebo celkovou psychickou zranitelnost. Jak říkají narátoři, běžné fungování je náročné a musejí se každodenně snažit udržovat svou psychickou rovnováhu. Často se jedná o nepříjemné stavy spojené se strachem či zvýšenou citlivostí a zranitelností.

... já mám dva prožitky, který teďka nějak si všímám, buď mám slyšiny ... pak když o něčem uvažuju a pobaví to tu entitu, tak se to usměje mejma...mojí pusou prostě a já si připadám, že se neusmívám já, protože v mysli mi něco běží, co ji pobaví. ... no když jsem šel do schodů, a říkám si, co kdybych ten klíč zahodil prostě někam do hajzlu. A ono ji to pobavilo na chvílku, tak se jenom tak usmála. Jinak no pak mám slyšiny většinou v noci, ale ne moc silný. (František)

Další jako já mám strachy z lidí a z prostoru, to znamená já třeba jedu metrem nebo tak a strašně, špatně se mi tam funguje a musím mít pořád sluchátka s hudbou aspoň na jednom uchu. ... jako já třeba nesnesu, když někdo mi řekne něco špatně, nebo se nějak pohádáme, tak mně paranoidně z toho se vyvine strašná kauza. Přitom to tak drsný není

a já mám pak pocit, že končím, nebo že budu hospitalizovanej nebo že přijdu o všechno nebo tak, jakože moje psychika mě mučí nejhoršíma scénářema. (Milan)

A ten strach ze strachu pořád nemám vyřešenej, takže ho řeším jako každěj den. Furt čekám na nějakou zázračnou myšlenku, která mě toho zbaví. Protože já hodně přemejšlím a vlastně pracuju s tím problémem pomocí jako uvažování. ... No a jinak teda jakoby mívám ještě sociální paranoiu. To je náš takovej asi jako interní pojem, prostě mezi bláznama, to znamená paranoiu z toho, že mě někdo třeba špatně vnímá, nebo že jsem někoho nějak neblaze ovlivnila. (Irena)

Tak jako takový to jako někdy ty stavy, jo, že prostě člověk má třeba sebevražedný myšlenky nebo nebo mu je prostě jen blbě, má málo energie. (Jakub)

Současně mnoho narátorů hovoří o potížích s koncentrací, zvýšenou únavností či problémy se zvládním stresu. Tyto obtíže zasahují samozřejmě do běžného života, současně však snižují pracovní výkonnost. To je relevantní z hlediska tématu práce, neboť představují významné omezení toho, jaké zaměstnání mohou narátoři vykonávat a v jakých podmínkách.

Pak jsem odtamtad' utek ... Takovej nápor jako už...nápor tý zodpovědnosti měl trochu dohnal, no, protože jsem měl objednávat věci a pak to zapisovat do tabulky a s penězma manipulovat. ... No já jsem trošku unaveněj, když tady s váma sedím a něco produkuju. (František)

Milan si svých omezení všímá a uvědomuje si, že mu již neumožňují pokračovat dále ve studiu architektury. Společně s dalšími narátory mluví o omezených kognitivních funkcích jako je například zhoršená paměť.

... nebudu moct nikdy dělat takhle náročný povolání, jako je třeba herec nebo architekt nebo doktor nebo někde nějaký zaměstnání, kde je třeba pozornosti a nesmím něco zkazit, protože na tom závisí život dalších nebo tak, to dělat nebudu... Kdybych chtěl studovat architekturu, tak už to prostě pro mě není úplně vůbec možný z toho důvodu, že těma elektrošokama mně se změnilo vnímání a mně se změnila funkce mý paměti. To znamená, já se naučím, jak derivovat tyhle rovnice, ale druhěj den to nevím. (Milan)

Bylo těžký sehnat zaměstnání, který bych zvládala zvlášť těsně po první hospitalizaci, kdy mi nasadili tak silný prášky, že jsem nemohla myslet. Tak jako jsem si vyhledávala práce, ještě jsem neměla důchod, ani tak jsem si vyhledávala práce jakoby který nebyly

hlavou. To znamená, že jsem šla pracovat třeba na pokladnu do nějakýho toho Julius Meinl tenkrát ... Prostě jak nemůžu jako se uvolnit a potom jakoby z těch úzkostí pramení nevím, jestli s tou medikací, asi to bude v kombinaci zvýšená únava prostě. Zvýšená potřeba odpočívat. (Irena)

Tam je těžký rozpoznat, co jsou ty prášky a co je to onemocnění. Jako nějaký jako kognitivní funkce jsou horší, než bejvávaly, že třeba paměť mám fakt jako špatnou. Blbě, blbě si pamatuju to, co mi lidi říkaj, špatně si pamatuju lidi, se kterejma třeba pracuju a který se vrátěj do jako hospitalizace, znova je potkávat, tak tohle je hodně nepříjemný, pak jako trošku poruchy pozornosti, že jsem třeba hodně četl předtím a teďkon s tím mám jako problém, že jsem schopnej přečíst nějakých třeba 30 stránek a mám dost a dávám si pauzu. A poslední věc je ... Mám nějaký prostě limity, kolik jako jsem schopnej odpracovat, tak se snažím držet trošku to... nějak rozumně. (Daniel)

Pro Irenu a Pavlínu je však nejvíce omezující úzkostlivost a snížená schopnost se vyrovnávat se stresem.

Mám takovou trošku sociální fobii, nebo i jakoby to stigma způsobovalo, že mi to stěžovalo tu schopnost vykonávat práci třeba učitele, takže jsem učila jakoby omezeně a jenom jednotlivce. ... zvlášt' ve chvíli, kdy jsem měla hodně sociálních úzkostí a musela jsem to maskovat, různě překonávat během toho vyučování, takže to pro mě nebyla cesta (Irena)

... já jsem hodně střídala zaměstnání. Já jsem si vždycky, nebyla jsem si tou prací úplně jistá a bála jsem se o ní a i jsem se jako bála, že nepadám do kolektivu a jak o mně lidi přemýšlej a hodně jsem vlastně nad tím jako přemýšlela. Takže jestli asi tímhle tím, že, že jsem vlastně hodně hodně měnila tu práci, právě proto, jako se z preventivních důvodů, když to řeknu úplně blbě jako, že jsem se bála vlastně, abych o ní, abych o ní nepřišla, protože nezapadám do kolektivu ... vlastně já to všechno měla napojený na práci. Jo že, když jsem měla nějaký větší stres v práci, tak se mi rozjeli docela velký úzkosti ... Ted' asi jako úplně jako.... já bych strašně ráda měla práci, která mě bude naplňovat, ale nevím, jestli je to vlastně v tý situaci, ve který jsem, reálný, jo. Když to řeknu úplně natvrdo. (Pavlína)

Já jsem zase si myslela, že se o mně lidi baví, že je ... prostě jako mě nějak jako hodně řešej a měla jsem kvůli tomu hodně velký úzkosti a vlastně jsem jako potom ten

magisterský, tu magisterskou část toho oboru pak už nedodělala, no, že jsem vlastně dodělala bakaláře a to magisterský studium už potom ne. (Pavčina)

Získání náhledu je mechanismus umožňující zvládat projevy onemocnění. Roli v tomto mechanismu hraje to, že narátoři již projevy znají a lépe se jim je tedy daří takto rozpoznávat.

Určitě ano, ono je tam klíčový slovo náhled. ... mě napadaj neskutečný věci, bavím se s mrtvejma, vidím bludy, sledujou mě agenti a tak dále. Rozdíl je v tom, že já podle toho nejednám a že dokážu jakoby to odfiltrovávat. ... teď, když začla zase válka jako před rokem, nebo jak dlouho, před více jak rokem, tak já jsem teď měl podobný pocity, ale už jsem věděl, jak se s tím vyrovnat (Milan)

Daniel při tom náhled označuje jako určitou dovednost, na které pracoval a snažil se jí osvojit v rámci terapie.

Přijde mi, že to je dovednost a že se na tom dá nějak pracovat. ... a pak já neznám vlastně jinou formu pomoci než to, že se to člověk naučí jako rozpoznávat a začne to nějak jako rozklíčovat a začne s tím nějak pracovat. Tak takže jo, vnímám to jako dovednost. ... Jojo, ten náhled vlastně, s tím jsem nějak jako pracoval už na tý terapii v těch prvních 5 let toho onemocnění, že jsem se učil jako identifikovat bludy a potom na to reagovat nějakým jako zdravým způsobem, tak to se mi překlenuje i do té části života, ve kterým беру ty léky a tak, že vlastně náhled mám a jsem s ním vědomej toho, že se jako odehrávaj nějaký divný věci, který třeba vnímám jenom já a ne moje okolí. (Daniel)

Další podstatným momentem je zvědomení si důležitosti dodržování léčebných procesů a určitého režimu, který pomáhá předcházet relapsu onemocnění. Součástí toho je rovněž pravidelné navštěvování lékaře a nevysazování léků či docházení na psychoterapii.

A vlastně ta nemoc se vrací každé tejdne, každé měsíc. Akorát já si umím po doporučení psychiatra, že jsem se to naučil zvyšovat různý léky, upravovat si to fungování, starat se o sebe ... a dalších 10, 20 věcí, který musím prostě dodržet a není to jednoduchý. ... Takže vlastně já třeba nejsem už 12. rok nebo 13. hospitalizovanej, protože s tím nějak pracuju. A někdy to je na odvoz, ale umím s tím, jsem jako zkušeněj v tom, že s tím umím pracovat. (Milan)

Jinak se snažím co nejvíc dělat nějaký jako aktivity, který mi pomáhají, takže chodím na terapii, chodím na svépomocnou skupinu každé tejdne, což je taky super. (Daniel)

Léčit jsem se začal až před 3 lety, kdy to začalo bejt jako hodně aktuální, že jsem taky měla stres z práce vlastně, se kterým to bylo spojený, protože jsem vlastně měla záskok za kolegyni, která si zlomila ruku a byla několik měsíců vlastně mimo. Takže jak jsem měla jako hodně práce a bylo hodně stresu, tak se mi právě jako rozjely nejdřív ty úzkostný stavy a pak to přešlo prostě až do těch do těch atak no. Já to mám, já myslím, že to mám fakt jako navázaný na ty stresy v tý v tý práci, jo. ... poslední práce, kterou jsem dělala a tam jako fakt to bylo úplně mimo mimo to, co umím, protože já neumím moc pracovat s číslama ... A teď jsem si myslela, jestli to všechno doučím taky a s těma číslama mi to právě moc nešlo, takže mě to jako stresovalo, stresovalo o to víc. ... Asi to hodně vyvstalo z tý terapie, jak jsme se bavili, a částečně jsem si to asi uvědomovala sama, že já vlastně jsem se jako třeba to, že jsem byla hospitalizovaná vlastně asi kvůli tomu stresu z práce hodně, tak to jsem si podle mě uvědomila jako docela brzo. A ten zbytek to už potom byly ty terapie, no. (Pavčina)

Pro Františka, Milana a Zbyňka je zaměstnání náročné svými celkovými nároky na odpovědnost. Zmiňují také délku jednotlivých směn.

No já si myslím, že jsem se zcvoknul z tý kuchyně. ... nápor tý zodpovědnosti mě trochu dohnal, no, protože jsem měl objednávat věci a pak to zapisovat do tabulky a s penězma manipulovat ... No já jsem byl na neschopence. A myslím, že ta zodpovědnost mě dohnala. Spíš nejvíc ty peníze, že jo, protože mě to pak nějak nevycházelo a pak jsem nechtěl mít k tomu prostě odpovědnost, vysvětlovat tohle nadřizený. (František)

A ty osmihodinový směny jako myslíte, že byste to zvládnul, nebo že už by to bylo hodně? (Výzkumník) Nevím. Budu muset. ... No pokud mě vezmou, tak se ze mě bude asi kouřit a lejt. Lejt pot a kouřit z hlavy nebo nevim. (František)

Ale nevýhodu to mělo. Já jsem neměl skoro áčka, já jsem tam musel bejt od pondělí do pátku. A v pátek jsme končili až v 6 nebo v 7 nebo v 8 a já tam byl od rána od 9 do 5, do 6, do 7 někdy i dýl a já jsem prostě... mě to zatěžovalo jako zdravotně. Že prostě jak jsem bral ty léky, tak se mi ráno nechtělo vstát, nebo jako ale musel jsem, já jsem se strašně přemáhal ... ale po 5 letech takovýhle práce já jsem začal být vyhořelej, protože oni za mě chtěli 100% výkonu a to se nedá dělat dlouhodobě a já jsem řešil problémy tím, že jsem pil alkohol, že jsem vysazoval léky. (Milan)

No že jsem kolikrát fyzicky i psychicky unavenej. A když jsem pak unavenej, tak pak přijdou, tak pak přijdou ty hlasy a už je to prostě špatný. Tak proto pracuju už jenom na půl úvazku a vždycky když je středa, ten poslední, poslední den, co jsem v práci, že kolem 10. hodiny ranní si musím dát kávu, protože pak už fakt nemůžu. ... No náročný je pro mě ten den, co jdo práce, vstát, protože vstávám ve 3 hodiny ... To bylo z přepracování, právě ty hlasy se objevily zase. (Zbyněk)

Narátoři také v rozhovorech tematizovali strach ze ztráty zaměstnání jako další zdroj stresu spojený se zaměstnáním, který může zhoršovat průběh onemocnění. Součástí těchto obav je také to, že vzhledem ke specifickým potřebám může být pro narátory obtížnější si práci najít. Někteří by při ztrátě zaměstnání čelili nedostatečnému finančnímu zajištění, což činí tuto obavu více naléhavou.

Zítřka mám pohovor a nevím, nevím, jestli to budu dávat, pokud by to vyšlo ale ... víte, mám základku. To je jeden defekt. Pak mám trochu problém se žádama. Ale už to je lepší. No a pak mám insolvenční, že jo. Takže to je docela v prdeli, protože já jsem skončil teďka v práci, myslel jsem, že něco hnedka najdu. ... No ale teďka musím během... prostě během tejdne jí musím sehnat konečně, to je jako zlý to se mnou. ... A momentálně nemám ani hovno. Pardon. (František)

A jako takže vlastně jako mě to peerství baví, ale nevím, jestli nás do budoucna uživí. Protože ono... ona ta reforma skončila a třeba peerům v nemocnici platí málo. (Milan)

... bylo to do teďka placený z grantů a vždycky je to každé rok velký napětí, jestli to bude dál podpořený. A v tom Studiu 27 jsem měl taky problém, že tam jsem měl psát články a že poslední dobou už ty moje články byly takový zmatený, tak už jsme je ani nepublikovali ... jakože musím pořád přemýšlet i o práci, třeba bych mohl učit šachy. Dost lidí se mi ozývalo, ale mně se to prostě nechce úplně to dělat, no, ale možná k tomu donuceně finančníma důvodama ... Ještě chvíli čekám, ale jako vím, že to budu muset nahrazovat. J z úspor bych vydržel třeba rok, ale nechci to tak dělat. Nechci, nechci se prostě znova stát závislej na rodičích.. (Jakub)

Pro Zbyňka je obava ze ztráty zaměstnání spojená se zhoršujícím se fyzickým zdravím, které je pro jeho práci sanitáře podmínkou. Tuto práci vykonává již dlouho a hledání jiné práce pro něj představuje značnou obavu.

Spíš se trochu obávám budoucnosti, protože mám teďka poslední dobou problém s koleny. Bojím se toho, že přijde doba, kdy nebudu schopen po fyzický stránce tu práci vykonávat a bojím se toho, co přijde. ... Já se celkov v budoucnosti bojím, ale nenapadá mě nic a toho, že nic nenapadá, já se právě bojím. (Zbyněk)

3.4 Peerství

Pozice peer pracovníků zážívá v souvislosti s reformou péče o duševní zdraví výrazný boom. Přestože byla v průběhu výzkumu část narátorů oslovována prostřednictvím metody sněhové koule v peerské skupině a účast velkého počtu peerů ve výzkumném souboru tak není překvapivá, může být velké zastoupení peer pracovníků ve výzkumu do jisté míry ilustrativní právě pro nárůst popularity této pozice. Kromě toho, že má peerská pozice poskytovat lidem s duševním onemocněním podporu od osob s podobnými zkušenostmi s onemocněním, však také nabízí možnosti pracovního uplatnění pro osoby s duševním onemocněním. Tím, že je tato pozice konstruována tak, aby respektovala potřeby osob s duševním onemocněním, v mnoha ohledech naplňuje preference narátorů a svými podmínkami předchází rizikům nadměrné zátěže popsáním v předešlém tématu (Když jsem unavenej, přijdou hlasy).

Tím, že pozice peera se v rámci zdravotnického systému momentálně formuje, peer pracovníci působící v této oblasti reflektují v rozhovorech **systémové proměny peerství** (3.4.1).

Jedním z témat je nejen vývoj v možnostech uplatnění na peer pozicích, ale také samotný posun ve vnímání osob s duševním onemocněním na úrovni celé společnosti.

Dřív bylo daleko míň možností prostě, jakoby různých možností, protože vlastně v tomhleto směru se ta atmosféra vlastně hodně změnila. Že to lidem s duševním onemocněním jsou davaný kvalifikovanější pozice. Err ono asi i dřív to tak bylo, ale ten člověk se musel, musel za sebe mnohem víc bojovat, aby třeba dělal v oboru, ve kterým se byl vzdělanej a vlastně teďka tím, že vznikla ta pozice peera, tak se to hodně změnilo vlastně dělat peera a že jako pracovat tou hlavou a dělat i jakoby peer novináře třeba je taky pracovat hlavou a dřív se tak předpokládalo, že blázen prostě má tu hlavu tak zničenou a zdemolovanou, že může dělat jenom rukama a vyrábět nějakou keramiku.
(Irena)

Ale jako je to teď fajn, že že fakt jako si myslím, že to je soudržná komunita lidí. ... myslím si, že tohle se fakt posunulo. Nevím, na kolik je to třeba zásluha toho, že jsme se fakt reálně snažili s tím studiem, že i jiný lidi se snažili, nakolik je to naše zásluha. ... A takže ta peerská komunita podle mě jako dobrý, jakože lidi to chtěj dělat, jestli je tam spousta lidí, co chtěli vždycky pomáhat lidem třeba nebo... a nevěděli, jak a najednou

jo, taky znám dost peerů, nevím kolik, který vlastně pracovali jinde. A i byly schopný pracovat jinde, ale prostě tohle jim dává pak větší smysl. (Jakub)

Jak uvádí Irena, zásadním smyslem nabídky peer pozic je kromě samotné podpory osob s duševním onemocněním, umožnit pracovat a vracet se tak zpět do běžného života již krátce po absolvování hospitalice.

Jsmo tam všichni na stejný úrovni. My tam máme vlastně asi 40 peerů dohromady, snad nepřeháním, ale máme tam různý projekty. ... jsme velmi velké nízkoprahových, co se týče jako zaměstnávání lidí, takže zaměstnáme někoho klidně, kdo je jakoby čerstvě po hospitalizaci, nebo někdo, kdo je na tom hodně špatně a většinou ta zkušenost je taková, že ty lidi se hodně rychle zotaví v tý organizaci. Že vlastně je to taková metoda spíš pomoci lidem tím zaměstnáváním, než je zaměstnat a něco po nich chtít, jakože jasně něco se po nich chce, ale hlavním cílem toho zaměstnání je ten samotnej člověk, aby aby se jako zotavil. No a pak jakoby každě dělá, na co stačí (Irena)

Práce peer pracovníků při tom nemusí vůbec spočívat v poskytování přímé terapeutické podpory, ale dle možností pracovníka může obnášet vedení dílen či organizaci volnočasového programu. Tudiž nejsou nároky na peerskou pozici příliš vysoké a může ji potenciálně vykonávat velké množství osob.

Poskytuju nějakou nějakou jako volnočasový program lidem, kteří jsou hospitalizovaní. Potom máme tam projekt víkendové aktivity, kdy ty pacienti o víkendu, když nejdou na propustku, tak nemají co dělat. Takže my jim tam děláme jako docela zajímavěj program. Potom máme spoustu jako různěch webových projektů, třeba děláme Web of the roads.cz a časopis Nascestí a potom ještě děláme web Právo na intimitu (Irena)

Přesto je patrné, že peerská pozice je stále relativně novou záležitostí a zdravotnický systém ji doposud ne vždy zcela integroval do svého systému. Součástí tohoto problému je zatím také poměrně nízké platové ohodnocení peer pracovníků.

... mi nedávali moc prostoru, nebo jako vlastně žádněj prostor. Byl jsem tam jenom, abych si poslechl, co oni říkaj. Tak to byla jedna věc, druhá věc byly sestřičky, protože já jsem vlastně neměl nějakou jako kancelář nebo něco takovýho, ale byl jsem na sesterně. Tak tak ty sestry mě třeba jako úkolovaly. A než jsem se jako ozval, že od toho tam nejsem, tak to bylo jako nepřijemný, že jsem se musel nějak vymezovat vůči těm

sestrám ... jsem tam neměl nějaký jako místo vlastně, protože jsem musel využívat těch obecných prostor jako i pro ty konzultace s těma lidma. (Daniel)

... je důležitý, aby pracovní pozice peera byla ohodnocená adekvátně a adekvátní neznamená, že jim Bohnice dají 8000 za měsíc. Z toho se nedá žít a neodpovídá to tomu úsilí, který tomu ten peer věnuje. (Irena)

Tím, že je pozice peer pracovníků skutečně šitá na míru potřebám osobám s duševním onemocněním, reflektuje řadu témat popsanych také touto diplomovou prací. Kromě odpovídajícího pracovního prostředí naratoři pracující na peer pozicích zmiňují další **výhody práce na pozice peera** (3.4.2).

Práce peer terapeutů samozřejmě umožňuje být otevřený ohledně své diagnózy a charakteru svých obtíží, které zaměstnavatel může respektovat v podobě různých úlev. Současně peeri spolupracující v rámci jedné organizace v nějakém ohledu sdílejí podobný osud člověka s duševním onemocněním a vytvářejí určitou sounáležitou komunitu. Mohou si zde být zcela rovnocenní, což by na volném pracovním trhu nemuseli zažívat.

A tak jsem začal dělat poloviční úvazek, začal jsem dělat chráněnější práci a taky práci, kde jsem mohl sdělit, že jsem duševně nemocnej a oni kvůli tomu mohli dávat úlevy a už to prostě bylo nevyhnutelný a musel jsem už jít do tohohle oboru. Totiž sociální práce a tý psychiatrie, kde to jako berou. ... v Bohnicích to všichni věděli a najednou začali dávat úlevy. Jo, prostě začalo se mi dejchat líp a tam jsem nebyl tlačenej. Tam je asi nejhorší, protože ty běžný zaměstnání jsou vysoce stresový. ... takže za mě jako duševně nemocnej jsem utekl jakoby do ochrany toho, že když mám na to papír a léčím se u psychiatra, tak lidi prostě se musej ke mně naučit, a já je to musím naučit, jak se ke mně chovat, abych nebyl nemocnej. (Milan)

No já vlastně pracuju v docela specifický organizaci, která zaměstnává peery, jako je to hodně taková alternativní organizace. Takže já se tam cejtím dobře, protože si jsme tam všichni na stejný úrovni. No právě, no tak já nemám ani děti a beru to jako takovou rodinu. Že že se tam hlásím k takový jako mateřský úloze. (Irena)

Pracuju na půl úvazek, nicméně u nás je to takový jakoby volnější v tom, že třeba když nenaplním plnej ten půl úvazek, tak je to v pohodě. Že se to vlastně nijak jako nepočítá přímo ty hodiny. ... Jo právě že tady je to hrozně tolerantní v tomhle směru. Samozřejmě,

když to někdo začne zneužívat nebo jakoby to přehání fakt s tím, že si bere sick day moc často, tak se snažíme mu jako říct, jestli by přece jenom neměl nějakou jakoby možnost to zkusit překonat víc. Takže a je tam fakt velkej rozdíl výkonnosti mezi různějma lidma, že některý toho zvládnou míň, takže s těmi jsou jako dělaný větší úlevy, a tak vlastně, kdo si věří na víc práce. ... No jakože tam nikdo nedělá něco, co by ho stálo, jakoby ne větší množství, nepřiměřený množství energie (Irena)

Současně peer pracovníci věnující se psaní článků na web či do časopisů tímto způsobem bojují za práva lidí s duševním onemocněním a mohou tak rozšiřovat povědomí veřejnosti o této skupině a zasazovat se tak o snižování stigmatizace. Díky tomu zažívají pocit určitého zplnomocnění. Irena a Jakub, kteří na peerských pozicích pracují již dlouho, tak mohou posun společnosti směrem k většímu přijetí duševního onemocnění skutečně připisovat vlastním aktivitám.

Máme spoustu jako různějch webových projektů, třeba děláme Web of the roads.cz a časopis Nascestí ... Potom ještě děláme web Lidé mezi lidmi, děláme rozhovory s lidma. ... Jako zvlášť, zvlášť teďka už to je tak jako daleko lepší od té doby, co probíhají nějaký destigmatizační programy, kterých se účastním aktivně, ale určitě je v tom roce 2001, až nevím, kdy začli fungovat peeri. Třeba to bylo myslím rok 2010, tak do té doby ta stigmatizace byla jakoby silná. (Irena)

... to byl obrovskej rozdíl, když my jsme psali v roce 2011, 2012 knihu, byl strašnej problém sehnat někoho, kdo by byl ochotnej mluvit o svym příběhu. Byl tam s křestním jménem, ale se svým, ale jako i to byl problém. Byly třeba destigmatizační fotky, kde byl někdo vyfocen od kolen k ramenou, prostě nechtěl bejt prostě na fotce, tak si myslím, že tohle se fakt posunulo. Nevím, na kolik je to třeba zásluha toho, že jsme se fakt reálně snažili s tím studiem, že i jiný lidi se snažili ... Myslím si, že lidi se míň bojejí prostě mluvit. Jo, že fakt tady bylo dřív takový prostě vražedný ticho, no. (Jakub)

Zkušenost s onemocněním se při práci na peer pozici rázem stává svým druhem „vzdělání“. Možnost pomoci druhým prostřednictvím vlastní zkušenosti tomuto utrpení propůjčuje určitý smysl, což může být samo o sobě léčivé.

Ještě než byly projekty v duševním zdraví, tak jsem si hledala práci na volném trhu práce, a tak jsem měla problém jako dát dohromady životopis, třeba protože jsem tam nemohla napsat ty mezery, jako jsem tam měla mezery ... jsem se hlásila na pozici peera

v psychiatrické nemocnici Bohnice a uváděla jsem do životopisu zkušenost s duševním onemocněním a najednou všechny ty prázdné místa byly plné, takže mi to přišlo tak krásný, že to najednou není negativum, ale že je to nějaký vlastně druh vzdělání, no. (Irena)

to, že nějak jako vaše vlastní zkušenost může být užitečná vlastně někomu dalšímu. To se mi líbí. (Pavčina)

Díky tomu, že lidé s duševním onemocněním znají práci zdravotnického personálu či sociálních pracovníků, ke kterým si mohli vybudovat pozitivní pouto, práce v tomto sektoru může být lákavá i pro tento pozitivní vztah a obeznámenost s tímto prostředím.

No já právě mně i nabízeli, že bych mohla možná dělat ve Fokusu peera. To by se mi jako hodně líbilo ... že by se mi to jako práce asi líbilo. Jak vlastně potkávám ty lidi, sociální pracovníky, tak se mi líbí, jak s náma pracují, takže by se mi to asi jako práce líbilo. (Pavčina)

Pro svou pestrost nabídky peer pozic si mohli nárotoři najít náplň, která odpovídá jejich dovednostem, a díky tomu umožňuje zcela plnohodnotnou seberealizaci včetně kreativní, organizační či psychologicky orientované práce. Díky tomu jsou s působením na peer pozicích dlouhodobě spokojeni.

No no to je zajímavý, no tak jakoby vlastně bych řekla, že podobně jako to tvrdí můj přítel, že je duševní onemocnění ovlivnilo naši kariérní dráhu spíš pozitivně. Jako v tom smyslu že, teda můžeme pracovat s tím duševním onemocněním, že je to na naše jakoby specializace profese ... No já tomu jako úplně nešéfuju nějak oficiálně, tam jakoby vícero členů jakoby vlastně. To je hodně velká už organizace a něčemu šéfuju, něčemu ne, ale jako hodně vymejším ty ty granty, takže možná taky proto a taky jako vlastně jsem tam v minulosti dělala peer mentorku. Takže jsem jakoby vedla ty ostatní peery. (Irena)

Tak já jsem to začal dělat z toho důvodu, že jsem chtěl pomáhat lidem, ale trvalo mi strašně dlouho, než jsem se to vůbec jako naučil a byl to takové jako zvláštní proces, že mi vždycky šlo jako naslouchat lidem, to to to byla nějaká jako taková jako věc, kterou jsem uměl (Daniel)

... ten časopis mi dělá radost, no, to je časopis Na zcestí a nepíšu tam sám a dělám tam jako důležitou práci jako nejsem jako šéfredaktor toho časopisu, ale dělám hodně do toho článků, rozhovorů a plus podporuju část lidí, co tam píšou v tom jako, jak tam píšou a aby psali a dělá mi to jako radost, že si myslím, že to je fakt dobrý časopis na to, že vlastně nemáme žádný extra zdroje. (Jakub)

Na stranu druhou někteří narátoři o peerství hovoří také ve smyslu „**Už nemůžu dělat nic jinýho**“ (3.4.3). Toto pojmenování obnáší dva aspekty. Jedním z nich je, že v roli peer terapeutů narátoři vystupovali v různých veřejně dohledatelných dokumentech a tudíž si může kdokoliv u jejich jména dohledat jejich zkušenost se schizofrenií. Druhým aspektem je, že práce na peerských pozicích jsou skutečně do značné míry přizpůsobené potřebám pracovníků a možnost práce v potenciálně méně přívětivé jiné oblasti je pro ně obtížně představitelná.

Vzhledem k tomu, že řada osob se schizofrenií skutečnost své diagnózy říká pouze opatrně, jedná se o citlivé téma. Pokud by se tedy peer pracovníci, u kterých je zkušenost se schizofrenií veřejně dohledatelná, hlásili na jakoukoliv pozici na volném trhu, tuto skutečnost by museli komunikovat a s ohledem na rozsáhlou stigmatizaci v české společnosti by toto potenciálně mohlo snižovat jejich šance na přijetí do nového zaměstnání

... a myslím si, musel bych to komunikovat. Já bych to nezatajoval a ani by to vlastně nešlo, protože už se to o mně dá dohledat. (Milan)

... už nemůžu dělat jinou práci mimo duševní zdraví, protože už jsem se nějak mediálně proflákla ve dvou dokumentech, který byly docela široce sdílený na internetu. (Irena)

Ne, ale bohužel, ono je to jako snažší si mě vygooglit a během chvilky, se člověk koukne na tu diagnózu, protože tam jsou nějaký jako rozhovory, se mnou a tak. Protože já bych to neříkal, ale předpokládám, že kdyby někdo jako byl trošku důslednější, tak si to o mně okamžitě najde, ale jako neříkám to vždycky. (Daniel)

Pokud by byli narátoři nuceni si hledat práci v jiném sektoru, museli by si zvykat na jiné, možná méně přívětivé a chápající prostředí. Pro některé narátory jsou tyto podmínky na peerských pozicích natolik důležité, že je obtížné si pro ně představit pracovat v jiném sektoru.

Takže když já to vezmu, tak je vlastně pro mě... já jsem trochu jako pastí, že já budu muset dělat peera, protože to je chráněný a nebo v sociální práci, kde to jako pochopěj.

Myslím, že i sociální pracovníci a neziskovky to pochopěj. Ale jako normální komerční sféra, tam, tam to vidím bledě. (Milan)

A to si myslím, že jako nikde jinde moc nenajdu. Kromě snad jako já nevím nějakých specifických center duševního zdraví, kde je dobrý tým prostě, potřebuju pro práci dobrý tým a přátelskou atmosféru a potřebuju, aby bylo otevřený, aby věděli ty lidi, že mám nějaký problémy a třeba i jaký ... No, určitě mě hodně vyčerpává, když musím být dlouho mezi lidma. Vím, že bych asi jakoby nemohla dělat jinou práci. Nemohla bych dělat jinou práci z vícero důvodů. Jeden je, že prostě potřebuju na to, na tu práci nějaký klid a nějaký nějaký respektující prostředí. (Irena)

Současně však téma nutnosti hledat práci i mimo peerské pozice je do jisté míry pro narátory aktuální. Jedním důvodem je to, že je řada peerských pozic financovaná z časově omezených projektů. Druhý moment popisuje Jakub, když říká, že jako peer terapeut intenzivně používal svůj vlastní příběh jako pracovní nástroj a tento přístup jej po jisté době vyčerpával a přestat být „zajímavý“. Do jisté míry možná člověka také vyprávění vlastního příběhu může držet v momentální fázi procesu zotavení a bránit vyhlídkám na úplné vyléčení a uzavření kapitoly schizofrenie, ač samozřejmě projevy onemocnění u mnoha osob přetrvávají velice dlouho či celoživotně.

nevím, jestli nás do budoucna uživí. Protože ono... ona ta reforma skončila a třeba peerům v nemocnici platí málo. Na projektech je to trochu víc, ale prostě, pokud by se ukázalo, že třeba nebudou mít otevřený dveře někde nebo prostě nebudu to moct dělat pod nějakým projektem, ... tak budu muset, a tak taky je to dost možný, že se to stane, že skončím kariéru, kterou umím, toho experta, peera specialisty a budu muset dělat prostě cokoliv, co mi přinese peníze na nájem. (Milan)

bylo to do teďka placený z grantů a vždycky je to každej rok velký napětí, jestli to bude dál podpořený. (Jakub)

2012 už jsem byl zaměstnaný někde a 2013 ty peerský, takže už určitě 10 let, minimálně 10 let, což je jako bohužel je zdrojem nějakýho vyhoření, jo, že, že mě to vlastně přestalo... já jsem tam viděl takovej jako problém, že vlastně člověk používá svůj vlastní příběh jako pracovní nástroj a že nejdřív se mi to líbilo, protože jako můžu sem jít a

řeknu, já jsem ten, ten, dostal, jsem schizofrenii, teď jsem se uzdravil a dejte mi najíst a dejte mi peníze a to jako je hezký ale ve chvíli, kdy už pak jako ten můj celý život vypadá, že jako zaplacený, jakože že jako typu třeba: je mi špatně a zjistím, že mi pomáhá si zpívat a pak to budu říkat někde na kurzu? Jo, že najednou se mi to úplně přesmyklo a přišlo mi to celý jako práce a že to je vlastně trošku moc používat svůj vlastní příběh, pak už nemůžu dělat taky nic jako jako nějak vrcholně iracionálního, nebo vlastně je to celý takovej prostě, což je jako veřejně, jak se tomu říká majetek. ... Musíte říct nějaký příběh a na konci říct a vlastně mi to všechno dává smysl a jsem za tu nemoc rád a je to celý prostě jako struktura, která musí běžet pořád stejně. (Jakub)

4. Diskuse

Záměrem výzkumu bylo odpovědět na otázku: Jaké jsou zkušenosti jedinců se schizofrenií v oblasti pracovního uplatnění? Na základě takto formulované otázky byl vytvořený scénář rozhovoru a narátoři se v rámci výzkumných interview vztahovali právě k tomuto tématu.

Z těchto výzkumných rozhovorů pak byla v průběhu analýzy takto získaných dat za použití přístupu interpretativní fenomenologické analýzy (Smith, Flowers & Larkin, 2009) identifikována 4 hlavní témata, která představovala jádro výpovědí narátorů. Byla pojmenována jako Vztah k onemocnění (1), Nebýt jen invalidní důchodce (2), Když jsem unavený, přijdou hlasy (3) a Peerství (4). Tato nadřazená témata byla tvořena jednotlivými subtématy.

Z výpovědí narátorů vyplývá, že nástup onemocnění představuje zásadní životní zlom, který mnohdy přerušil dosavadní pracovní kariéru, studium či celý životní styl. Toto zjištění odpovídá tomu, že schizofrenie je považována za velmi vážné onemocnění s ohledem na náročnost a širší psychických funkcí, které postihuje (APA, 2024). Hospitalizace, kterou zažili alespoň jednou všichni z narátorů výzkumu, tento životní zlom umocňuje tím, že člověka vrhne do cizího prostředí. Někteří z narátorů usilují o návrat k životu před propuknutím onemocnění, pro jiné představuje propuknutí schizofrenie natolik předělový moment, že od té doby jdou po nové životní cestě.

I po zvládnutí akutní fáze onemocnění totiž u mnoha narátorů psychotické obtíže přetrvávají, což odpovídá běžné klinické praxi (Orel et al., 2020). Někteří narátoři hovoří o získání náhledu jako důležité dovednosti, díky které dokáží rozpoznat projevy onemocnění jako nereálné, což jim umožňuje podle těchto projevů nejednat. Náhled v širším slova smyslu obnáší také chápání důležitosti dodržování režimu, který předchází relapsu onemocnění. Samotný medicínský přístup ostatně označuje vybudování takovéto spolupráce jako zásadní aspekt léčby (Jarolímek, 2021). Narátoři díky náhledu dokáží fungovat dlouhodobě bez nutnosti hospitalizace i se stále přítomnými příznaky onemocnění. Z výzkumu tak vyplývá, že jako znak onemocnění nemusíme považovat pouze absenci symptomů, ale také získání určitého náhledu na symptomy onemocnění.

Právě dodržování určité péče o sebe samého a citlivost k projevům onemocnění je přístup, který by měl být dodržován i v rámci pracovním uplatnění. Z hlediska procesu zotavení je žádoucí, aby osoby se schizofrenií byly podporovány v reflexi toho, zda není pracovní proces příliš zatěžující a nestává se tak rizikem pro relaps onemocnění. Psychologická

podpora zaměstnanců se schizofrenií ostatně je ve výzkumech identifikována jako základní předpoklad úspěšného vykonávání práce (Bjørkedal, Torsting & Møller, 2016; Carmona et al., 2019). Výzkum v rámci diplomové práce však ukazuje, že nejde jen o efektivitu vykonávání zaměstnání, ale že je ve hře přímo duševní zdraví osob se schizofrenií.

Několik narátorů výzkumu totiž skutečně zažilo, že příliš zatěžující práce zhoršovala projevy jejich onemocnění a v krajních případech vedla až k hospitalizaci. Narátoři se potýkají s řadou obtíží, které snižují jejich pracovní výkonnost. Často se v rozhovorech objevovalo téma snížení kognitivního výkonu, zvýšená únavnost, ale také citlivost na stres a zátěž. V momentech, kdy se pro narátory práce stávala nadlimitní a její nároky dlouhodobě přesahovaly možnost narátorů, začali se u nich výrazněji projevovat psychotické projevy jako bludy či halucinace. Zásadním zjištěním výzkumu tedy je, že vykonávání příliš zatěžujícího zaměstnání, které nerespektuje individuální možnosti jedince se schizofrenií, se stává skutečným rizikem pro relaps onemocnění, jehož předcházení by při tom mělo být jedním z hlavních cílů léčby. Toto zjištění je v souladu s odbornou literaturou, která popisuje dlouhodobé projevy onemocnění a sníženou výkonnost (Austin et al., 2015). Současně studie označují stres jako rizikový faktor pro zhoršení stavu onemocnění (Fusar-Poli et al., 2017). Oblast příliš zatěžujícího pracovního prostředí jako rizika pro zhoršení onemocnění tuto skupiny je však oblast výzkumně neprobádaná a představuje směr, kterým by se měl další výzkum orientovat. Zjištění o možném vlivu pracovního přetížení na zhoršování psychotických obtíží jednoznačně podtrhuje důležitost vytvoření podpůrných opatření, která budou respektovat individuální možnosti jedince a současně umožní rozpoznání stavu, kdy se práce stává nedlimitní. Jedním z takových mechanismů může být například individuální či skupinová supervize.

Na straně druhé však nátoři jednoznačně potvrzují zjištění mnoha studií uvedených v teoretické části, že vykonávání zaměstnání je spojené s řadou benefitů, které pomáhají se zvládnutím projevů onemocnění a zvyšují celkovou kvalitu života (Baldwin, 2016; Bouwmans et al., 2015). Mezi benefity zaměstnání uváděné narátory patří možnost zažívat úspěch a rozvíjet své dovednosti (Dunn, Wewiorski & Rogers, 2008), získání sebedůvěry a budování vlastní identity, strukturace dne, možnost dát smysl vlastnímu utrpení prostřednictvím pomoci druhým (Eklund et al., 2019), příležitost k vytváření sociálních interakcí a vztahů či zvýšení materiálního zajištění (Charzyńska, Kucharska & Mortimer, 2015). Význam zaměstnání, které tyto benefity umožňuje je značný, neboť osoby se schizofrenií mají mnohdy omezené možnosti, jak jich dosáhnout jiným způsobem.

Výzkum tak indikuje, že vykonávání zaměstnání by mělo být jedním z cílů péče o tuto a součástí procesu zotavení skupinu (Drake et al., 2013; Matthewson, Langworthy & Higgins, 2015). Narátoři v rozhovorech také poměrně konkrétně popisovali, jaké pracovní podmínky potřebují pro to, aby odpovídaly jejich potřebám. Jako velmi důležitá se jeví možnost pracovat pouze na částečný úvazek a flexibilita práce včetně možnosti pracovat z domova. Dále náročnost zaměstnání snižují případné možnosti úlev (Carmona et al., 2017) a důležitým tématem pro narátory je také otevřenost ohledně vlastní diagnózy (Chaudoir & Fisher, 2011). Řada narátorů tuto skutečnost tají, protože se obává odsouzení ze strany okolí, možnost o svých problémech hovořit otevřeně by jim však usnadnilo komunikaci s ostatními a pomohlo k lepšímu pochopení ze strany okolí.

V konečném důsledku se ukazuje, že pracovním potřebám osob se schizofrenií do velké míry odpovídá pozice peer pracovníků, která v souvislosti s probíhající reformou péče o duševní zdraví zažívá značný rozvoj (MZČR, 2013). Práce na peerské pozici se jeví jako určitá syntéza předešlých témat výzkumu. Jejím záměrem je prostřednictvím vykonávání zaměstnání pomoci lidem s duševním onemocněním s návratem do běžného života. S ohledem na variabilitu možných forem uplatnění si jedinec může vybrat náplň, která odpovídá jeho preferencím a pracovní výkonnosti. Díky tomu je práce pro narátory výzkumu na peerské pozici naplňující a jsou s ní dlouhodobě spokojeni. Současně je pozice konstruovaná tak, že počítá s možností úlev, díky kterým usiluje právě o předcházení toho, aby byl výkon práce příliš zatěžující. Je tedy pochopitelné, že pro osoby s duševním onemocněním se jedná o lákavou možnost uplatnění. Určitým rizikem však je to, že si peer pracovník zvykne na přívětivé prostředí a představa práce mimo tuto sféru se může stávat nepříjemnou. To, že narátoři zůstávají na peerských pozicích velmi dlouhou dobu, patrně značí, že podmínky na volném trhu takovýto respekt k potřebám osob se schizofrenií zatím bohužel nenabízí. Rizikem peerské pozice je také to, že se pracovník mediálně zviditelní a je tak možné si jeho osobu včetně skutečnosti onemocnění schizofrenií vyhledat na internetu.

Zkušenosti osob se schizofrenií se v oblasti pracovního uplatnění mohou lišit napříč různými státy (Bouwman et al., 2015), s ohledem na odlišné prostředí včetně míry stigmatizace duševního onemocnění, která je v České republice obzvláště vysoká (Winkler et al., 2015). Výzkum tak představuje určitou sondu do specificky českého prostředí, kde je toto téma prezentované spíše formou různých metodik než vědeckých výzkumů. Současně se výzkumu zúčastnilo několik peer pracovníků a práce tak nahlédnout na vývoj této pozice v kontextu aktuálně probíhající reformy péče o duševní zdraví (MZČR, 2013). Zjištění o rizikovém vlivu

příliš zatěžující práce z hlediska relapsu onemocnění doposud není výzkumně dostatečně probádaná a představuje podnět pro další výzkumné směřování.

Naopak omezení výzkumu souvisí se samotnou podstatou kvalitativní metodologie a jejím důrazem na homogenitu výzkumu (Smith, Flowers & Larkin, 2009). Výzkumné rozhovory byly realizovány s osobami, jejichž obtíže nejsou natolik závažné, a mohou tedy zaměstnání vykonávat. Naopak dva narátoři byli z výzkumného souboru vyloučeni s ohledem na to, že negativní projevy onemocnění omezovaly jejich schopnost souvisle hovořit a připisovat vlastním zkušenostem význam. Tudíž je nutné mít na paměti, že zkušenosti prezentované narátory výzkumu není možné zobecnit na celou skupinu osob se schizofrenií v České republice. Osoby s více závažným průběhem onemocnění by patrně přinášeli značně odlišné zkušenosti s pracovním uplatněním. Značnou část výzkumného souboru také tvořili peer pracovníci. Zkušenosti osob se schizofrenií působících na otevřeném trhu práce představuje další možný směr výzkumu, neboť zjištěné riziko spojené s vykonáváním zaměstnání by zde mohlo být ještě více se objevujícím tématem. Ostatně narátoři tohoto výzkumu o rizicích zhoršení zdravotního stavu hovořili především v kontextu práce na volném trhu, ze kterého se někteří přesunuli do více respektujícího prostředí peerské práce.

5. Závěr

Diplomová práce se zaměřila na problematiku pracovních zkušeností a pracovního uplatnění osob se schizofrenií, z jejich vlastní subjektivní perspektivy. Na základě teoretické rešerše byl vytvořený scénář výzkumného rozhovoru tak, aby pokrýval všechny relevantní oblasti. Polostrukturované rozhovory pak byly realizovány se 9 narátory, analyzováno bylo 7 rozhovorů prostřednictvím postupů interpretativní fenomenologické analýzy.

Analýza takto získaných dat identifikovala 4 hlavní témata rozhovorů: Vztah k onemocnění (1); Nebýt jen invalidní důchodce (2); Když jsem unavenej, přijdou hlasy (3) a Peerství (4). Zjištěním práce je, že vykonávání zaměstnání může být pro osoby se schizofrenií spojené s řadou benefitů, které přispívají k zapojování do společnosti a navracení do běžného života. Jakožto příležitost pro vytváření sociálních vazeb, budování vlastní identity, strukturaci dne či zlepšení materiálního zajištění můžeme zaměstnání chápat jako součást procesu zotavení. Z tohoto důvodu by podpora možností zaměstnanosti osob se schizofrenií měla být důležitým cílem zdravotnického a sociálního systému.

Současně však výzkum upozorňuje na to, že příliš zatěžující zaměstnání může u osob se schizofrenií zhoršovat projevy jejich onemocnění a v krajním případě až přispět k hospitalizaci. Osoby se schizofrenií jsou totiž zranitelnou skupinou s tím, že se řada narátorů výzkumu potýká s projevy onemocnění, které omezují jejich běžné fungování i pracovní výkonost i mimo akutní fázi onemocnění. Z tohoto důvodu se jeví jako zcela zásadní vytvoření podpůrného prostředí, které pomáhá snižovat či zvládat zátěž spojenou s vykonáváním práce.

Inspiraci pro vytváření takových pracovních podmínek, které osobám se schizofrenií pomáhají při návratu do běžného života, a současně nepředstavují riziko pro svou přílišnou náročnost, můžeme spatřovat na peerských pozicích. Pracovní náplň je zde konstruovaná tak, aby odpovídala možnostem osob se schizofrenií. Peer pracovníci mohou pracovat na pozicích, jejichž náplň nepřesahuje možnosti jedince a současně je možné využít úlevy v případě špatného zdravotního stavu. Tím, že také mohou být otevření ohledně vlastní diagnózy, stávají se součástí komunity lidí s podobnými zkušenosti a prostřednictvím pomoci druhým dávají smysl vlastnímu utrpení, jsou osoby pracující na peerských pozicích s touto prací spokojeni. Současně je pro ně však obtížně představitelné, že by pracovali na volném pracovním trhu, kde by již takto respektující pracovní podmínky nemusely být zajištěné.

Reference

- American Psychiatric Association. (2024, březen) *What is Schizophrenia?*
<https://www.psychiatry.org/patients-families/schizophrenia/what-is-schizophrenia>
- Alonso, J., Croudace, T., Brown, J., Gasquet, I., Knapp, M. R., Suárez, D., & Novick, D. (2009). Health-related quality of life (HRQL) and continuous antipsychotic treatment: 3-year results from the Schizophrenia Health Outcomes (SOHO) study. *Value in Health, 12*(4), 536-543.
- Areberg, C., Björkman, T., & Bejerholm, U. (2013). Experiences of the individual placement and support approach in persons with severe mental illness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 27*(3), 589-596.
- Art Movement (2019) Paralelní životy: brožura pro zaměstnavatele [brožura]
https://www.artmovement.cz/wp-content/uploads/2020/10/artmovement_P4-brozura-pro-zamestnavatele.pdf
- Austin, S. F., Mors, O., Budtz-Jørgensen, E., Secher, R. G., Hjorthøj, C. R., Bertelsen, M., ... & Nordentoft, M. (2015). Long-term trajectories of positive and negative symptoms in first episode psychosis: a 10 year follow-up study in the OPUS cohort. *Schizophrenia research, 168*(1-2), 84-91.
- Baker, A. E. Z., & Procter, N. G. (2014). Losses related to everyday occupations for adults affected by mental illness. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 21*(4), 287-294.
- Baldwin, M. L. (2016). *Beyond schizophrenia: Living and working with a serious mental illness*. Rowman & Littlefield.
- Bankovská Motlová, L., & Španiel, F. (2017). *Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, Terapie pro 21. století* (3., přepracované a doplněné vydání). Mladá fronta.
- Becker, D., Whitley, R., Bailey, E. L., & Drake, R. E. (2007). Long-term employment trajectories among participants with severe mental illness in supported employment. *Psychiatric Services, 58*(7), 922-928.
- Besse, C., Poremski, D., Laliberté, V., & Latimer, E. (2017). Changes in the nature and intensity of stress following employment among people with severe mental illness

receiving individual placement and support services: An exploratory qualitative study. *Journal of Mental Health*, 26(4), 312-317.

- Fokus (2017) (Ne)možnost pracovního uplatnění: Podpora změny paradigmatu péče o duševního zdraví [brožura]
https://www.fokus-cr.cz/images/Brozura_Nemoznost_pracovniho_uplatneni.pdf
- Bjørkedal, S. T. B., Torsting, A. M. B., & Møller, T. (2016). Rewarding yet demanding: client perspectives on enabling occupations during early stages of recovery from schizophrenia. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 23(2), 97-106.
- Blank, A. A., Harries, P., & Reynolds, F. (2015). 'Without occupation you don't exist': occupational engagement and mental illness. *Journal of Occupational Science*, 22(2), 197-209.
- Bobes, J., Arango, C., Garcia-Garcia, M., & Rejas, J. (2009). Prevalence of negative symptoms in outpatients with schizophrenia spectrum disorders treated with antipsychotics in routine clinical practice: findings from the CLAMORS study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 70(3), 15446.
- Boček (2022, leden) Z nemocnic zpátky do života. Reforma psychiatrické péče naráží na nedostatek psychiatrů, peněz i bytů.
https://www.irozhlas.cz/zpravy-domov/reforma-psychiatricke-pece-psychiatrie-psychologie-psychoterapie_2201030500_jab
- Bolo, C., Sareen, J., Patten, S., Schmitz, N., Currie, S., & Wang, J. (2013). Receiving workplace mental health accommodations and the outcome of mental disorders in employees with a depressive and/or anxiety disorder. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 55(11), 1293-1299.
- Bond, G. R., Drake, R. E., & Becker, D. R. (2012). Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. *World Psychiatry*, 11(1), 32-39.
- Bouwmans, C., de Sonnevile, C., Mulder, C. L., & Hakkaart-van Roijen, L. (2015). Employment and the associated impact on quality of life in people diagnosed with schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2125-2142.

- Boyer, L., Aghababian, V., Richieri, R., Loundou, A., Padovani, R., Simeoni, M. C., ... & Lancon, C. (2012). Insight into illness, neurocognition and quality of life in schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 36(2), 271-276.
- Braff, D. L., Ryan, J., Rissling, A. J., & Carpenter, W. T. (2013). Lack of use in the literature from the last 20 years supports dropping traditional schizophrenia subtypes from DSM-5 and ICD-11. *Schizophrenia Bulletin*, 39(4), 751-753.
- Brohan, E., Evans-Lacko, S., Henderson, C., Murray, J., Slade, M., & Thornicroft, G. (2014). Disclosure of a mental health problem in the employment context: qualitative study of beliefs and experiences. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 23(3), 289-300.
- Campbell, K., Bond, G. R., & Drake, R. E. (2011). Who benefits from supported employment: a meta-analytic study. *Schizophrenia Bulletin*, 37(2), 370-380.
- Carmona, V. R., Gomez-Benito, J., Huedo-Medina, T. B., & Rojo, J. E. (2017). Employment outcomes for people with schizophrenia spectrum disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 30(3), 345.
- Cassidy, R. M., Yang, F., Kapczinski, F., & Passos, I. C. (2018). Risk factors for suicidality in patients with schizophrenia: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression of 96 studies. *Schizophrenia bulletin*, 44(4), 787-797.
- Correll, C. U., & Schooler, N. R. (2020). Negative symptoms in schizophrenia: a review and clinical guide for recognition, assessment, and treatment. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 519-534.
- Česká správa sociálního zajištění (n.d) *O jaký důchod se zajímáte?*
<https://www.cssz.cz/web/cz/invalidni-duchod>
- Dauwan, M., Begemann, M. J., Heringa, S. M., & Sommer, I. E. (2016). Exercise improves clinical symptoms, quality of life, global functioning, and depression in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 42(3), 588-599.

- De Hert, M., Correll, C. U., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Cohen, D. A. N., Asai, I., ... & Leucht, S. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry, 10*(1), 52.
- De Pablo, G. S., Catalan, A., & Fusar-Poli, P. (2020). Clinical validity of DSM-5 attenuated psychosis syndrome: advances in diagnosis, prognosis, and treatment. *JAMA Psychiatry, 77*(3), 311-320.
- Dunn, E. C., Wewiorski, N. J., & Rogers, E. S. (2008). The meaning and importance of employment to people in recovery from serious mental illness: results of a qualitative study. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 32*(1), 59.
- Drake, R. E., Frey, W., Bond, G. R., Goldman, H. H., Salkever, D., Miller, A., ... & Milfort, R. (2013). Assisting Social Security Disability Insurance beneficiaries with schizophrenia, bipolar disorder, or major depression in returning to work. *American Journal of Psychiatry, 170*(12), 1433-1441.
- Eklund, M., Hermansson, A., & Håkansson, C. (2012). Meaning in life for people with schizophrenia: Does it include occupation?. *Journal of Occupational Science, 19*(2), 93-105.
- Elkad-Lehman, I., & Greensfeld, H. (2011). Intertextuality as an interpretative method in qualitative research. *Narrative Inquiry, 21*(2), 258-275.
- Fairclough, S., Robinson, R. K., Nichols, D. L., & Cousley, S. (2013). In sickness and in health: Implications for employers when bipolar disorders are protected disabilities. *Employee Responsibilities and Rights Journal, 25*, 277-292.
- Foitova, Z., Heřt, Z., Pinkasová, M. V., Rolenc, V., Růžicková, B. M., Soldánová, P. S., & Zajíčková, M. A. (2016). Zapojení peer konzultantů do komunitní a lůžkové péče o duševní zdraví. *Praha: CRPDZ*.
- Fokus Praha. (n.d) *Historie Fokusu Praha*.
<https://fokus-praha.cz/kdo-jsme/o-nas/historie/>

- Follmer, K. B., & Jones, K. S. (2018). Mental illness in the workplace: An interdisciplinary review and organizational research agenda. *Journal of Management*, 44(1), 325-351
- FOSA. (n.d) *Podporované zaměstnání*.
<https://www.fosaops.org/nase-sluzby/podporovane-zamestnavani/>
- Freeman, A. M., Tribe, R. H., Stott, J. C., & Pilling, S. (2019). Open dialogue: a review of the evidence. *Psychiatric Services*, 70(1), 46-59.
- Fulford, D., Piskulic, D., Addington, J., Kane, J. M., Schooler, N. R., & Mueser, K. T. (2018). Prospective relationships between motivation and functioning in recovery after a first episode of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 44(2), 369-377.
- Fusar-Poli, P., McGorry, P. D., & Kane, J. M. (2017). Improving outcomes of first-episode psychosis: an overview. *World Psychiatry*, 16(3), 251-265.
- Fusar-Poli, P., Tantardini, M., De Simone, S., Ramella-Cravaro, V., Oliver, D., Kingdon, J., ... & McGuire, P. (2017). Deconstructing vulnerability for psychosis: meta-analysis of environmental risk factors for psychosis in subjects at ultra high-risk. *European Psychiatry*, 40, 65-75.
- Gaebel, W., Riesbeck, M., & Wobrock, T. (2011). Schizophrenia guidelines across the world: a selective review and comparison. *International Review of Psychiatry*, 23(4), 379-387.
- Gard, D. E., Sanchez, A. H., Cooper, K., Fisher, M., Garrett, C., & Vinogradov, S. (2014). Do people with schizophrenia have difficulty anticipating pleasure, engaging in effortful behavior, or both?. *Journal of Abnormal Psychology*, 123(4), 771.
- Giugiaro, M., Crivelli, B., Mingrone, C., Montemagni, C., Scalese, M., Sigaudò, M., ... & Rocca, P. (2012). Cognitive function and competitive employment in schizophrenia: relative contribution of insight and psychopathology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(4), 553-561.
- Greenberg, J., Trávníčková, L., & Trávníček, L. (2022). *Neslibovala jsem ti procházku růžovým sadem* (3. vydání). Stanislav Juhaňák - Triton.

- Gromer, J. (2012). Need-adapted and open-dialogue treatments: empirically supported psychosocial interventions for schizophrenia and other psychotic disorders. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 14(3), 162-177.
- Haddad, P. M., & Correll, C. U. (2018). The acute efficacy of antipsychotics in schizophrenia: a review of recent meta-analyses. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 8(11), 303-318.
- Harris, L. M., Matthews, L. R., Penrose-Wall, J., Alam, A., & Jaworski, A. (2014). Perspectives on barriers to employment for job seekers with mental illness and additional substance-use problems. *Health & Social Care in the Community*, 22(1), 67-77.
- Haslett, W. R., McHugo, G. J., Bond, G. R., & Drake, R. E. (2014). Use of software for tablet computers to promote engagement with supported employment: results from an RCT. *Psychiatric Services*, 65(7), 954-956.
- Hendl, J. (2023). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace* (Páté, přepracované vydání). Portál.
- Hofer, A., Bodner, T., Kaufmann, A., Kemmler, G., Mattarei, U., Pfaffenberger, N. M., ... & Fleischhacker, W. W. (2011). Symptomatic remission and neurocognitive functioning in patients with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 41(10), 2131-2139.
- Holthausen, E. A., Wiersma, D., Cahn, W., Kahn, R. S., Dingemans, P. M., Schene, A. H., & van den Bosch, R. J. (2007). Predictive value of cognition for different domains of outcome in recent-onset schizophrenia. *Psychiatry Research*, 149(1-3), 71-80.
- Howes, O. D., McCutcheon, R., Owen, M. J., & Murray, R. M. (2017). The role of genes, stress, and dopamine in the development of schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 81(1), 9-20.
- Charzyńska, K., Kucharska, K., & Mortimer, A. (2015). Does employment promote the process of recovery from schizophrenia? A review of the existing evidence. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 28(3), 407-418.

- Chaudoir, S. R., & Fisher, J. D. (2010). The disclosure processes model: understanding disclosure decision making and postdisclosure outcomes among people living with a concealable stigmatized identity. *Psychological Bulletin*, 136(2), 236.
- Charette-Dussault, É., & Corbière, M. (2019). An integrative review of the barriers to job acquisition for people with severe mental illnesses. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 207(7), 523-537.
- Choi, J., & Medalia, A. (2010). Intrinsic motivation and learning in a schizophrenia spectrum sample. *Schizophrenia Research*, 118(1-3), 12-19.
- Choi, K. H., Fiszdon, J. M., & Bell, M. D. (2013). Beyond cognition: a longitudinal investigation of the role of motivation during a vocational rehabilitation program. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(3), 173-178.
- Chow, C. M., & Cichocki, B. (2016). Predictors of job accommodations for individuals with psychiatric disabilities. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 59(3), 172-184.
- Chrtkova, D. (2016). Resolving mental illness stigma: should we seek recovery and equity instead of normalcy or solidarity?. *The British Journal of Psychiatry*, 209(5), 433-433.
- Immonen, J., Jääskeläinen, E., Korpela, H., & Miettunen, J. (2017). Age at onset and the outcomes of schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Early intervention in psychiatry*, 11(6), 453-460.
- Jablensky, A. (2010). The diagnostic concept of schizophrenia: its history, evolution, and future prospects. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 12(3), 271-287.
- Jardri, R., Thomas, P., Delmair, C., Delion, P., & Pins, D. (2013). The neurodynamic organization of modality-dependent hallucinations. *Cerebral Cortex*, 23(5), 1108-1117.
- Jarolímek, M. (2021). *O nemoci, která se nazývá schizofrenie: příručka pro pacienty, jejich blízké a jejich terapeuty*. Vyšehrad.
- Jones, A. M. (2011). Disclosure of mental illness in the workplace: A literature review. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 14(3), 212-229.

- Jongsma, H. E., Gayer-Anderson, C., Lasalvia, A., Quattrone, D., Mulè, A., Szöke, A., ... & Kirkbride, J. B. (2018). Treated incidence of psychotic disorders in the multinational EU-GEI study. *JAMA Psychiatry*, 75(1), 36-46.
- Kane, J. M., & Correll, C. U. (2010). Past and present progress in the pharmacologic treatment of schizophrenia. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(9), 13909.
- Kring, A. M., & Barch, D. M. (2014). The motivation and pleasure dimension of negative symptoms: neural substrates and behavioral outputs. *European Neuropsychopharmacology*, 24(5), 725-736.
- Ladea, M., Bran, M., & Claudiu, S. M. (2016). Online destigmatization of schizophrenia: A Romanian experience. *European Psychiatry*, 33, S276.
- Larkin, M., Watts, S., & Clifton, E. (2006). Giving voice and making sense in interpretative phenomenological analysis. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 102-120.
- Latimer, E. A., Lecomte, T., Becker, D. R., Drake, R. E., Duclos, I., Piat, M., ... & Xie, H. (2006). Generalisability of the individual placement and support model of supported employment: results of a Canadian randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 189(1), 65-73.
- Leahy, C. P. (2021). The afterlife of interviews: explicit ethics and subtle ethics in sensitive or distressing qualitative research. *Qualitative Research*.
- Lexen, A., Hofgren, C., & Bejerholm, U. (2013). Reclaiming the worker role: Perceptions of people with mental illness participating in IPS. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20(1), 54-63.
- Lim, Y., Millington, M., & Mpofu, E. (2014). The evidentiary basis for supported employment practice for workers with schizophrenia: A thematic analysis. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 17(2), 93-113.
- Marwaha, S., Johnson, S., Bebbington, P. E., Angermeyer, M. C., Brugha, T. S., Azorin, J. M., ... & Toumi, M. (2009). Predictors of employment status change over 2 years in people with schizophrenia living in Europe. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 18(4), 344-351.

- Marwaha, S., & Johnson, S. (2004). Schizophrenia and employment. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 39(5), 337-349.
- Marwaha, S., Johnson, S., Bebbington, P., Stafford, M., Angermeyer, M. C., Brugha, T., ... & Toumi, M. (2007). Rates and correlates of employment in people with schizophrenia in the UK, France and Germany. *The British Journal of Psychiatry*, 191(1), 30-37.
- Marwaha, S., Johnson, S., Bebbington, P., Angermeyer, M. C., Brugha, T., Azorin, J. M., ... & EuroSC Study Group. (2008). Correlates of subjective quality of life in people with schizophrenia: findings from the EuroSC study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(2), 87-94.
- Matthewson, M., Langworthy, J., & Higgins, D. (2015). Psychological predictors of vocational success for people with psychotic illness. *The Australian Journal of Rehabilitation Counselling*, 21(1), 29-64.
- McCutcheon, R. A., Marques, T. R., & Howes, O. D. (2020). Schizophrenia—an overview. *JAMA Psychiatry*, 77(2), 201-210.
- Medalia, A., & Brekke, J. (2010). In search of a theoretical structure for understanding motivation in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 36(5), 912-918.
- Miyamoto, S., Miyake, N., Jarskog, L. F., Fleischhacker, W. W., & Lieberman, J. A. (2012). Pharmacological treatment of schizophrenia: a critical review of the pharmacology and clinical effects of current and future therapeutic agents. *Molecular Psychiatry*, 17(12), 1206-1227.
- Misiak, B., Stramecki, F., Gawęda, Ł., Prochwicz, K., Sasiadek, M. M., Moustafa, A. A., & Frydecka, D. (2018). Interactions between variation in candidate genes and environmental factors in the etiology of schizophrenia and bipolar disorder: a systematic review. *Molecular Neurobiology*, 55(6), 5075-5100.
- Modini M, Tan L, Brinchmann B, Wang M-J, Killackey E, Glozier N, et al. (2016). Supported employment for people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis of the international evidence. *Br J Psychiatry*. 2016;209(1): 14–22.

- Mohr, P. (2012). Schizofrenie: diagnostika a současné terapeutické možnosti. *Medicina pro Praxi*, 9(8), 9.
- Möller, H. J., & Czobor, P. (2015). Pharmacological treatment of negative symptoms in schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 265, 567-578.
- Moutier, C. (2018). Debunking the myth of violence and mental illness. *American Foundation for Suicide Prevention*.
- Murray, R. M., Bhavsar, V., Tripoli, G., & Howes, O. (2017). 30 years on: how the neurodevelopmental hypothesis of schizophrenia morphed into the developmental risk factor model of psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 43(6), 1190-1196.
- MZČR (2013, říjen) Strategie reformy psychiatrické péče [brožura]
<https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Strategie%20reformy%20psychiatrick%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8D.pdf>
- MZČR. (2019, duben) *Reforma péče o duševní zdraví potřebuje nadresortní spolupráci, tu definuje nový národní akční plán*.
<https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/reforma-pece-o-dusevni-zdravi-potrebuje-nadresortni-spolupraci-tu-definuje-novy-narodni-akcni-plan/>
- Nasar S. (1994, 13. listopad). The lost years of a Nobel laureate. *New York Times*.
<https://www.nytimes.com/1994/11/13/business/the-lost-years-of-a-nobel-laureate.html>
- Nithsdale, V., Davies, J., & Croucher, P. (2008). Psychosis and the experience of employment. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 18(2), 175-182.
- Orel, M. (2012). *Psychopatologie*. Grada.
- O'Brien, G. V., & Brown, M. S. (2009). Persons with mental illness and the Americans with Disabilities Act: implications for the social work profession. *Social Work in Mental Health*, 7(5), 442-457.
- Pańczak, A., & Pietkiewicz, I. (2016). Work activity in the process of recovery-an interpretive phenomenological analysis of the experiences of people with a schizophrenia spectrum diagnosis. *Psychiatr Pol*, 50(4), 805-26.

- Pandya, A., Bresee, C., Duckworth, K., Gay, K., & Fitzpatrick, M. (2011). Perceived impact of the disclosure of a schizophrenia diagnosis. *Community Mental Health Journal, 47*, 613-621.
- Páv, M. M., Pomajzlová, B. J. P., & Šťastná, M. J. (2017). Možnosti psychosociální rehabilitace v psychiatrické nemocnici. *Psychiatrie pro Praxi, 18*(2), 69-74.
- Persch, A. C., Cleary, D. S., Rutkowski, S., Malone, H. I., Darragh, A. R., & Case-Smith, J. D. (2015). Current practices in job matching: A Project SEARCH perspective on transition. *Journal of Vocational Rehabilitation, 43*(3), 259-273.
- Peters, H., & Brown, T. C. (2009). Mental illness at work: An assessment of co-worker reactions. *Canadian Journal of Administrative Sciences/Revue Canadienne des Sciences de l'Administration, 26*(1), 38-53.
- Peterson, D., Currey, N., & Collings, S. (2011). " You don't look like one of them": disclosure of mental illness in the workplace as an ongoing dilemma. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 35*(2), 145.
- Powers III, A. R., Kelley, M. S., & Corlett, P. R. (2017). Varieties of voice-hearing: psychics and the psychosis continuum. *Schizophrenia bulletin, 43*(1), 84-98.
- Priebe, S., Warner, R., Hubschmid, T., & Eckle, I. (1998). Employment, attitudes toward work, and quality of life among people with schizophrenia in three countries. *Schizophrenia Bulletin, 24*(3), 469-477.
- Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., & Ptáček, R. (2015). *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Hogrefe - Testcentrum.
- Reddy, L. F., Llerena, K., & Kern, R. S. (2016). Predictors of employment in schizophrenia: the importance of intrinsic and extrinsic motivation. *Schizophrenia Research, 176*(2-3), 462-466.
- Renwick, L., Lyne, J., Donoghue, B. O., Owens, L., Doyle, R., Hill, M., ... & Clarke, M. (2015). Prodromal symptoms and remission following first episode psychosis. *Schizophrenia Research, 168*(1-2), 30-36.

- Rinaldi, M., Perkins, R., Glynn, E., Montibeller, T., Clenaghan, M., & Rutherford, J. (2008). Individual placement and support: from research to practice. *Advances in Psychiatric Treatment, 14*(1), 50-60.
- Rodríguez-Sánchez, J. M., Ayesa-Arriola, R., Pérez-Iglesias, R., Periañez, J. A., Martínez-García, O., Gómez-Ruiz, E., ... & Crespo-Facorro, B. (2013). Course of cognitive deficits in first episode of non-affective psychosis: a 3-year follow-up study. *Schizophrenia Research, 150*(1), 121-128.
- Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Masarykova univerzita.
- Salesse, R. N., Casties, J. F., Capdevielle, D., & Raffard, S. (2021). Socio-Motor Improvisation in Schizophrenia: A Case-Control Study in a Sample of Stable Patients. *Frontiers in Human Neuroscience, 15*, 676242.
- Sanghani, S. N., Petrides, G., & Kellner, C. H. (2018). Electroconvulsive therapy (ECT) in schizophrenia: a review of recent literature. *Current Opinion in Psychiatry, 31*(3), 213-222.
- Saperstein, A. M., Fiszdon, J. M., & Bell, M. D. (2011). Intrinsic motivation as a predictor of work outcome after vocational rehabilitation in schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 199*(9), 672-677.
- Seeman, M. V. (2016). Gendering psychosis: the illness of Zelda Fitzgerald. *Medical Humanities, 42*(1), 65-69.
- Shankar, J., Liu, L., Nicholas, D., Warren, S., Lai, D., Tan, S., ... & Sears, A. (2014). Employers' perspectives on hiring and accommodating workers with mental illness. *Sage Open, 4*(3), 2158244014547880.
- Schlier, B., Lange, P., Wiese, S., Wirth, A., & Lincoln, T. (2016). The effect of educational information about treatments for schizophrenia on stigmatizing perceptions. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 52*, 11-16.
- Silverstein, S.M., (2010). Bridging the gap between extrinsic and intrinsic motivation in the cognitive remediation of schizophrenia. *Schizophr. Bull. 36* (5), 949–956.

- Singh, A., Mattoo, S. K., & Grover, S. (2016). Stigma associated with mental illness: conceptual issues and focus on stigma perceived by the patients with schizophrenia and their caregivers. *Indian Journal of Social Psychiatry*, 32(2), 134.
- Smith, D. L., Atmatzidis, K., Capogreco, M., Lloyd-Randolfi, D., & Seman, V. (2017). Evidence-based interventions for increasing work participation for persons with various disabilities: a systematic review. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 37(2_suppl), 3S-13S.
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research*. Sage.
- Stenkrona, P., Matheson, G. J., Halldin, C., Cervenka, S., & Farde, L. (2019). D1-dopamine receptor availability in first-episode neuroleptic naive psychosis patients. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 22(7), 415-425.
- Takahashi, H., Ideno, T., Okubo, S., Matsui, H., Takemura, K., Matsuura, M., ... & Okubo, Y. (2009). Impact of changing the Japanese term for “schizophrenia” for reasons of stereotypical beliefs of schizophrenia in Japanese youth. *Schizophrenia Research*, 112(1-3), 149-152.
- Tandberg M, Ueland T, Andreassen OA, Sundet K, Melle I. (2012). Factors associated with occupational and academic status in patients with first-episode psychosis with a particular focus on neurocognition. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012;47(11):1763–73,
- Taskila, T., Steadman, K., Gulliford, J., Thomas, R., Elston, R., & Bevan, S. (2014). Working with schizophrenia: Experts' views on barriers and pathways to employment and job retention. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 41(1), 29-44.
- Tohen, M., Khalsa, H. M. K., Salvatore, P., Zarate Jr, C. A., Strakowski, S. M., Sanchez-Toledo, J. P., & Baldessarini, R. J. (2016). The McLean-Harvard first-episode project: early course in 114 cases of first-episode nonaffective psychoses. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 77(6), 7282.
- Toresini, L., Mezzina, R., & Lintymerová, K. (2017). *Za zdmi: deinstitucionalizace v evropských příkladech dobré praxe*. Fokus.

- Tripathi, A., Kar, S. K., & Shukla, R. (2018). Cognitive deficits in schizophrenia: understanding the biological correlates and remediation strategies. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 16(1), 7.
- Úřad práce ČR (2022, srpen) Možnosti získání příspěvku pro zaměstnavatele <https://www.uradprace.cz/web/cz/moznosti-ziskani-prispevku>
- Úřad práce ČR. (2023, březen) *Aktivní politika v zaměstnanosti*. <https://www.uradprace.cz/aktivni-politika-zamestnanosti-1>
- Úřad práce ČR (n.d) *Pracovní rehabilitace* <https://www.uradprace.cz/pracovni-rehabilitace-5>
- Üçok, A., Gorwood, P., & KaradayI, G. (2012). Employment and its relationship with functionality and quality of life in patients with schizophrenia: EGOFORs Study. *European Psychiatry*, 27(6), 422-425.
- Valle, R. (2020). Schizophrenia in ICD-11: Comparison of ICD-10 and DSM-5. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental (English Edition)*, 13(2), 95-104.
- Venclíková, S., & Ustohal, L. (2016). Vliv zaměstnání na kvalitu života u pacientů trpících schizofrenií. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 112(4).
- Wang, J., Patten, S., Currie, S., Sareen, J., & Schmitz, N. (2011). Perceived needs for and use of workplace accommodations by individuals with a depressive and/or anxiety disorder. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 1268-1272.
- Westermeyer, J. (2006). Comorbid schizophrenia and substance abuse: a review of epidemiology and course. *American Journal on Addictions*, 15(5), 345-355.
- WHO (2022, leden) *Schizophrenia*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Winkler, P., Csémy, L., Janoušková, M., Mladá, K., Motlová, L. B., & Evans-Lacko, S. (2015). Reported and intended behaviour towards those with mental health problems in the Czech Republic and England. *European Psychiatry*, 30(6), 801-806.

- Yen, S. Y., Huang, X. Y., & Chien, C. H. (2020). The self-stigmatization of patients with schizophrenia: A phenomenological study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 34(2), 29-35.
- Zhou, Y., Rosenheck, R., Mohamed, S., Ning, Y., & He, H. (2017). Factors associated with complete discontinuation of medication among patients with schizophrenia in the year after hospital discharge. *Psychiatry Research*, 250, 129-135.
- Zhu, X., Song, H., Chang, R., Chen, B., Song, Y., Liu, J., & Wang, K. (2021). Combining compensatory cognitive training and medication self-management skills training, in inpatients with schizophrenia: A three-arm parallel, single-blind, randomized controlled trial. *General Hospital Psychiatry*, 69, 94-103.

Seznam příloh

Příloha č. 1: Scénář výzkumného rozhovoru

Příloha č. 2: Žádost o etické posouzení projektu

Příloha č. 3: Vyjádření Komise pro etiku výzkumu

Příloha č. 1: Scénář výzkumného rozhovoru

Dobrý den,

Jmenuji se Matěj Nykl a jsem studentem Psychologie na pražské Filosofické fakultě Univerzity Karlovy. Pracuji na diplomové práci s tématem pracovního uplatnění osob se schizofrenií. Kvůli tomu jsme se dnes také setkali. Prostřednictvím organizace (...) jsem na Vás dostal kontakt a poslal Vám email s pozvánkou k rozhovoru, na kterou jste reagoval. Chtěl bych Vám moc poděkovat za to, že máte zájem se mnou udělat rozhovor o Vašem pracovním uplatnění v souvislosti s duševním onemocněním.

Rozhovor zabere zhruba 45 minut až hodinu. Budu se Vás ptát na to, jakým způsobem Vaše onemocnění ovlivnilo Vaši pracovní dráhu. Je možné, že se dotkneme v průběhu rozhovoru také některých vzpomínek či skutečností spojených s Vaším onemocněním. Pokud by Vám obsah rozhovoru v jakýkoliv moment nebyl příjemný, je možné rozhovor kdykoliv přesušit nebo se přesunout k jinému tématu. Je to naprosto v pořádku a nemusíte se mi bát o nějakých nepříjemných pocitech říct, naopak to ocením.

Současně bych se Vás chtěl zeptat, jestli by Vám nevadilo, kdybych si rozhovor nahrával? Nahrávání je pro mě důležité proto, abych co nejvěrněji zaznamenal Vaše zkušenosti. Mohu Vám slíbit, že ihned po přepsání rozhovoru záznam vymaži. Práce bude sepsaná takovým způsobem, aby nebylo možné Vás jakkoliv rozpoznat – budete označen*a pouze pseudonymem a uvedeny žádné informace o Vás. Ochrana anonymity je více popsána v informovaném souhlasu, který Vám za chvíli předložím. Účel výzkumu je pouze pro využití v rámci diplomové práce. Zde je informovaný souhlas, ve kterém jsou všechny tyto informace detailně uvedené. Pokud se vším souhlasíte, poprosil bych Vás o jeho podpis. Máte nějaké otázky či nejasnosti? Pokud ne, jste připraven*a začít?

Úvod

Před tím, než začneme rozhovor nahrávat, na úvod bych se Vás rád zeptal na něco o Vás, abychom se alespoň trochu poznali. Mohl*a byste mi prosím říct, jak se dnes cítíte a jaká byla třeba Vaše cesta sem na naše setkání?

Průběh onemocnění a léčba

Jaké je to pro Vás je, žít s duševním onemocněním?

- 1) Mohl*a byste mi prosím povědět, kdy jste poprvé pocí'oval*a, že něco není v pořádku a jak to zhruba vypadalo, jaké byly první hlavní projevy Vašeho onemocnění?
- 2) Absolvoval*a jste hospitalizaci? Jaká to pro Vás byla zkušenost?
- 3) Mohl*a byste mi povědět jako příběh, jaký byl další vývoj Vašeho onemocnění?
- 4) Vnímáte se u sebe momentálně nějaké obtíže?
- 5) Jak vypadá momentálně Vaše léčba? Berete nějakou medikaci?
- 6) Setkal*a jste se někdy s tím, že by Vás někdo odsuzoval, sociálně vylučoval nebo Vám projevoval nenávisť na základě Vašeho onemocnění?

Děkuji a teď bychom se přesunuli k tématu vzdělání a práce

Zaměstnání a vzdělání

Jak podle Vás ovlivnilo onemocnění Vaší kariérní dráhu?

- 7) Jaké je Vaše vzdělání? (Co vás na tomto oboru baví)
- 8) Myslíte si, že onemocnění ovlivnilo to, jakého vzdělání jste dosáhl*a? Pokud ano, jak?
- 9) Měl*a jste původně jiné ambice?
- 10) Vykonával*a jste před propuknutím onemocnění nějaké zaměstnání?
- 11) Mohl*a byste mi prosím říct, zda v současné chvíli vykonáváte nějaké zaměstnání?

(Pokud ano) Jaké to pro Vás je, vykonávat zaměstnání?

- 12) Jak dlouho ji vykonáváte, jaký má charakter a náplň práce?
- 13) Jak vypadá Váš typický pracovní den? Jedná se o práci v korporátní společnosti nebo spíše rodinné firmě, neziskovce, či organizace přímo zaměstnává osoby s duševním onemocněním?
- 14) Myslíte si, že má Váš současný psychický stav vliv na Vaší pracovní výkonnost?
- 15) Jak vycházíte s kolegy? Vědí o vašem onemocnění? Ví váš nadřízený o Vašem onemocnění?
- 16) Jakým způsobem jste jim o něm případně sdělil? V čem je/by byla výhoda možnosti kolegům říci o svém onemocnění?
- 17) Vnímáte to jako důležité, sdělit svému okolí o svém onemocnění? Je v tomto ohledu pracovní prostředí odlišné od jiných sociálních situací?
- 18) Daří se Vám práci úspěšně vykonávat, jaká je Vaše hlavní motivace pro vykonávání zaměstnání?
- 19) Co je naopak největší obtíž?
- 20) Máte možnost si snížit množství práce, když Vám není dobře. Nebo máte flexibilní pracovní dobu či nějakého asistenta?
- 21) Jak obtížné pro Vás bylo si práci najít?
- 22) Je to pro Vás důležité nějaké zaměstnání vykonávat?

(pokud ne) S čím si spojujete představu toho, že vykonáváte nějaké zaměstnání?

- 23) Příklad* byste si nějaké zaměstnání vykonávat? Nebo například dobrovolnickou činnost?
- 24) Máte nějakou pracovní zkušenost z minulosti z období po propuknutí onemocnění? Jakou?
- 25) Zkoušel* jste si v nedávné době práci najít? Jaký to mělo průběh?
- 26) Z čeho máte největší obavy při představě docházení do práce?
- 27) Co myslíte, že by Vám v tomto ohledu nejvíce pomohlo?
- 28) Jaké myslíte, že by byly hlavní benefity docházení do práce?

Jaké je Vaše vysněné zaměstnání a myslíte, že máte možnost udělat něco pro to, abyste se k tomu přiblížil* a?

- 29) Jaký typ práce z hlediska pracovní náplně či délky úvazku pro sebe vnímáte jako nejpřívětivější?
- 30) Navštěvoval* jste také nějaké dodatečné či rekvalifikační kurzy?
- 31) Máte nějaké plány do budoucnosti spojené se zaměstnáním? Co byste si nejvíce přál* a vykonávat?

- 32) Je něco, co byste doporučil jiným lidem s vaší diagnózou proto, aby se jim v práci dařilo?

V tuto chvíli jsem Vám položil, které jsem měl připravené. Napadá Vás ještě něco, co souvisí s tématem rozhovoru a rád byste o tom mluvil* a? Jak jste se během rozhovoru cítil* a?

Příloha č. 2: Žádost o etické posouzení projektu

Žádost o etické posouzení projektu

Popis projektu

Název	Pracovní zkušenosti osob se schizofrenií
Financován	
Hlavní řešitel	Bc. Matěj Nykl
Základní součást	
Kontaktní e-mail	matejnykl@seznam.cz
Telefon	605527143
Popis (max. 2000 znaků)	<p>Cílem diplomové práce s názvem Pracovní zkušenosti osob se schizofrenií je prostřednictvím kvalitativních rozhovorů zjistit, jaké jsou zkušenosti zástupců této skupiny s participací na trhu práce a do jaké míry koresponduje současná nabídka a charakter zaměstnaneckých pozic s pracovní uplatnitelností osob se schizofrenií. Takto obecně formulovaný záměr obsahuje řadu různých specifických témat. Jedná se především o projevy stigmatizace duševních onemocnění v pracovním prostředí či v rámci přijímacího řízení, strategie (ne)odhalování svého onemocnění osob se schizofrenií v rámci pracovního kolektivu, vliv projevů nemoci na pracovní kompetence a uplatnitelnost obecně, identifikaci hlavních překážek pro vykonávání určitého zaměstnání a naopak největší benefity pracovního uplatnění na cestě k zotavení a dosažení naplněného života, možnosti vyjednání určitých úlev oproti ostatním zaměstnancům či spolupráce s organizacemi pomáhajícím také s hledáním práce.</p> <p>Jedná se o téma aktuální v souvislosti s probíhající reformou péče o duševní zdraví, jež usiluje o poskytnutí možností a podpory osobám s duševním onemocněním k dosažení maximálně soběstačného života. Práce může pomoci k nastolení větší pozornosti vůči zkušenostem osob se schizofrenií, pro které je dosažení možnosti docházet do zaměstnání důležitým aspektem zotavení se z onemocnění, současně se však mnohdy setkávají s projevy nepochopení či stigmatizace, což jim v dosažení tohoto cíle brání. Výpovědi respondentů přispějí k pochopení toho, jaké problémy osoby se schizofrenií v rámci pracovního procesu zažívají a mohou také přispět ke zviditelnění této skupiny, která mnohdy z obavy ze stigmatizace okolí své onemocnění veřejně nepřiznává. Současně je nutné vést v patnosti, že situace osob s duševním onemocněním a míra jejich participace na trhu práce se může mezi jednotlivými státy významně lišit, a tak výpovědi respondentů přispějí především k pochopení toho, s jakými podmínkami se tato skupina setkává právě v České republice.</p>

Otázky na etické aspekty projektu

1. Zahrnuje váš výzkum lidské účastníky?

ANO

Pokud ANO:

a. Účastní se výzkumu na základě vlastního rozhodnutí?

ANO

Potenciální respondenti budou osloveni prostřednictvím organizací, které s touto cílovou skupinou osob pracují. Účast na výzkumu však bude samozřejmě dobrovolná a ze strany spolupracujících organizací nebude vyvíjen jakýkoliv nátlak na participaci na rozhovorech. Dané organizace nemají totiž de facto žádný vlastní zájem na účasti svých klientů na participaci ve výzkumu. Na straně druhé nemají potenciální respondenti žádný vztah k mé osobě a nemůže tak například dojít k pocitu závazku k tomu, se výzkumu účastnit. V případě souhlasu respondenta s účastí bude kritériem pro zařazení do výzkumného souboru deklarovaná diagnóza schizofrenie a skutečnost, že se jedinec momentálně nenachází v akutní fázi onemocnění – tj. nebyl v nedávné době hospitalizován, ani nedošlo k signifikantnímu zhoršení případných projevů onemocnění. Informovaný souhlas bude dopředu danému účastníkovi odeslán prostřednictvím emailu a podepsán na počátku samotného výzkumného rozhovoru.

b. Jedná se o účastníky, kteří nemohou poskytnout informovaný souhlas (včetně dětí a mladistvých)?

NE

Výzkum bude probíhat na osobách ve stabilizované fázi onemocnění a lze tak tedy předpokládat, že budou orientováni v tom, co bude souhlas s účastí na výzkumu obnášet na základě informací poskytnutých ve zvacím emailu a informovaném souhlasu. Čas mezi vyjádřením souhlasu s účastí prostřednictvím emailu a realizací samotného rozhovoru poskytne čas na zvážení, zda nechtějí svůj původní záměr ještě změnit.

c. Patří účastníci mezi zvláště zranitelné osoby nebo skupiny?

ANO

Jedná se o vulnerabilní skupinu z hlediska řady aspektů popsanych níže. Jedná se o riziko vyvolání v průběhu rozhovoru potenciálně traumatických zážitků a vzpomínek spojených s onemocněním, například hospitalizací. Setkání nicméně bude zaměřené primárně na omezení vztahující se k participaci na trhu práce spíše než na průběh onemocnění jako takového. Pocit psychické nepohody, ztráty sebedůvěry či studu mohou vyvolat také vzpomínky na reakce sociálního okolí na okolnosti spojené s propuknutím onemocnění. V úvodu rozhovoru budou účastníci na toto riziko upozorněni a budou také seznámeni se svobodou se jakémukoliv potenciálně traumatickému obsahu ve vyprávění vyhnout. V případě momentálního zhoršení psychického stavu v důsledku konfrontace s nezpracovanými bolestivými vzpomínkami bude rozhovor přerušen a případně pokračovat až po odeznění tohoto stavu. Respondentovi bude také nabídnuto předání kontaktu na odbornou psychologickou pomoc.

Citlivým může být také samotné odhalení diagnózy, které mnoho členů této skupiny cizím lidem vůbec nesdělují. V tomto ohledu by mohla napomoci k větší míře důvěry směrem k mé osobě skutečnost, že bude prvotní kontakt probíhat ve spolupráci

s organizacemi, se kterými respondenti spolupracují. V případě obav respondenta z rozhovoru je rovněž možné, aby byl u rozhovoru přítomný také odborný pracovník dané organizace, který se s daným klientem zná. Současně však může mít rozhovor pro účastníky terapeutický potenciál, kdy jim při popisování své situace mohou dojít některé nové souvislosti. Současně může mít pozitivní dopad pocit, že svou účastí alespoň částečně přispěli ke zlepšení situace osob se schizofrenií na trhu práce.

Účastníci budou oslovováni prostřednictvím organizací pracujících s touto cílovou skupinou formou oslovovacího emailu (viz. příloha). Kritériem pro zařazení do výzkumu bude deklarovaná diagnóza schizofrenie. Naopak to, zda v současné chvíli daný člověk vykonává nějaké zaměstnání či nikoliv, není z tohoto hlediska podstatné. Do výzkumu budou zařazeny pouze osoby, které se nenacházejí v akutní fázi onemocnění. Výběr toho, jaké klienty prostřednictvím zvacího emailu oslovit s nabídkou účasti, bude konzultován s pracovníky daných organizací. Informovaný souhlas (viz. příloha) bude poté respondentovi předložen na začátku samotného výzkumného rozhovoru s možností se na jakékoliv nejasnosti doptat. Další podmínkou pro účast na výzkumném rozhovoru je zletilost daného respondenta.

d. Jsou účastníci pacienti?

ANO

Jedná se o skupinu osob s diagnózou schizofrenie. Tato skutečnost nebude nikterak věcně ověřována, nicméně důvěryhodnost této deklarace je zajištěna tím, že je daný člověk klientem organizace, která s touto cílovou skupinou pracuje. Jedná se však o osoby, které se nenacházejí v akutní fázi onemocnění a nebyli tedy v nedávné době hospitalizováni. Účastníci budou oslovováni prostřednictvím zvacího emailu, ve kterém bude výzkum a podmínky účasti v roli respondenta popsány. Výběr potenciálních účastníků oslovených prostřednictvím emailu bude proveden na základě konzultace s pracovníky organizace, jejichž jsou tito lidé klienty. Informovaný souhlas bude předložen a případně podepsán na začátku výzkumného rozhovoru. Pro účast na rozhovoru není podstatné, zda daný člověk v současné chvíli vykonává nějaké zaměstnání či nikoliv.

2. Pracuje váš výzkum s osobními daty účastníků? Shromažďuje a zpracovává tato data?

ANO

Součástí informovaného souhlasu je rovněž souhlas s nahráváním rozhovoru. Po jeho přepsání do textové podoby bude nahrávka smazána. V samotné diplomové práci budou pozměněny a anonymizovány všechny údaje, které by potenciálně mohly vést k identifikaci daného respondenta. Pokud by byly uvedeny nějaké specifické zkušenosti, u kterých by nebylo možné upravit dílčí informace, aniž by nedošlo ke změně významu dané výpovědi, a popis dané události by současně mohl vést k identifikaci daného respondenta, nebude daný úsek rozhovoru prezentován v žádném veřejně dostupném výstupu.

Oslovování respondentů bude probíhat prostřednictvím emailové adresy vytvořené pouze za účelem této diplomové práce a přístup k ní bude mít pouze samotný realizátor výzkumu/student. Současně budou rozhovory přepsané do textové podoby

uloženy pouze na osobním počítači studenta a po obhájení diplomové práce budou smazány. Data budou využita pouze pro účely diplomové práce. Průběžná záloha dat bude probíhat prostřednictvím flash disku bezpečně uloženého doma u studenta.

Nejvíce citlivými údaji jsou jednak informace o zdravotním stavu a popis průběhu onemocnění včetně chování, ke kterému v důsledku akutní fáze nemoci mohlo dojít a které by mohlo být vnímané jako společensky nevhodné. Druhým tématem jsou zkušenosti s participací na trhu práce a reakcemi sociálního okolí na projevy onemocnění či samotnou skutečnost duševního onemocnění. Tyto výpovědi se mohou vztahovat i na pracovní prostředí, ve které se aktuálně daný respondent pohybuje. Především u těchto dvou témat je naprosto zásadní zajistit, aby nebyl žádný potenciální čtenář práce schopný identitu daného respondenta odhalit.

d. Zahrnuje výzkum sledování nebo pozorování účastníků? (např. sledování pohybu osobo, údaje o poloze, IP adresy apod.)?

NE

e. Bude váš výzkum zpracovávat již dříve získané osobní údaje?

NE

3. Budou získaná data poskytnuta dalším subjektům?

NE

4. Další otázky k doplnění.

Příloha č. 3: Vyjádření Komise pro etiku výzkumu



FILOZOFICKÁ FAKULTA
Univerzita Karlova

Komise pro etiku ve výzkumu

V Praze dne 11. dubna 2023

Č. j.: UKFF/179194/2023

POSUDEK PŘEDLOŽENÉHO NÁVRHU PROJEKTU

Komise pro etiku ve výzkumu FF UK posoudila etickou přípustnost předloženého návrhu projektu *Pracovní zkušenosti osob se schizofrenií* a to z hlediska jeho celkového zaměření, plánovaných postupů a nástrojů výzkumu, dostatečnosti předpokládané informovanosti účastníků výzkumu a opatření pro ochranu jejich práv a

neshledala žádné rozpory a nedostatky

vzhledem k požadavkům vyplývajících z právních předpisů České republiky, vnitřních a dalších předpisů univerzity a fakulty a specifických požadavků poskytovatele finančních prostředků a dalších orgánů a institucí, které provedení tohoto posudku nárokují.


předseda komise
Mgr. Jíří Lukavský, Ph.D.

člen komise

Komise pro etiku ve výzkumu
Filozofická fakulta Univerzity Karlovy
nám. Jana Palacha 2, 116 38 Praha 1
IČ: 00216208
DIČ: CZ00216208

kev@ff.cuni.cz

<http://www.ff.cuni.cz/fakulta/organy-fakulty/komise-ff-uk/komise-pro-etiku-ve-vyzkumu/>