

UNIVERZITA KARLOVA

HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Integrace klientů se schizofrenií do společnosti

Integrating clients with schizophrenia into society

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Autor:

RNDr. Jana Lontovyčová, CSc.

Tereza Pokorná

Praha 2018

Poděkování

Ráda bych v této části poděkovala především své vedoucí bakalářské práce paní profesorce RNDr. Janě Leontovyčové, za obrovskou podporu během mého psaní a za všechny užitečné rady, které mi poskytla.

Také bych chtěla poděkovat všem, kteří se mnou udělali rozhovor a dali mi tak velmi důležité poznatky pro moji praktickou část, bez kterých bych svoji práci nemohla dokončit.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci „Integrace klientů se schizofrenií do společnosti“ vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 9. dubna 2018

Tereza Pokorná

Anotace

Bakalářská práce “Integrace klientů se schizofrenií do společnosti” se věnuje problematice schizofrenie ze sociálního hlediska. Zaměřuji se zde na problematiku pohledu na takto nemocné, jaké mají možnosti integrace a také na stigma, které je spojeno snad s každou duševní chorobou.

V první části mé práce se zaměřuji na teoretickou stránku. Snažím se seznámit čtenáře s tím, co to vlastně schizofrenie je, zaměřuji se na destigmatizaci a některé společnosti, které pomáhají svým klientům s integrací do nového života.

Abych co nejautentičtěji zachytila tuto problematiku a celkově se dověděla o nemoci více, provedla jsem ve své empirické části tři hloubkové rozhovory s osobami s diagnózou schizofrenie.

Klíčová slova

Duševní onemocnění, schizofrenie, integrace, společnost, stigma

Annotation

The bachelor thesis "Integrating Clients with Schizophrenia into Society" deals with schizophrenia from a social point of view. I focus on the issue of looking at the sick, the possibilities of integration and the stigma associated with each mental illness.

In the first part of my thesis I focus on the theoretical aspect. I'm trying to inform the reader about what schizophrenia is, I'm focusing on destigmatization and some companies that help their clients integrate into a new life.

In order to capture this problem in the most authentic way and generally to learn more about this disease, I conducted three deep interviews with people diagnosed with schizophrenia in my empirical section.

Keywords

Mentally ill, schizophrenia, integration, society, stigma

OBSAH

Seznam použitých zkratk	7
Úvod	8
1. Historický vývoj schizofrenie	9
2. Definice schizofrenie	9
2.1.Klasifikace schizofrenie	10
2.2.Formy schizofrenie	11
3. Diagnostika	12
4. Symptomatologie	13
4.1.Pozitivní příznaky	13
4.2.Negativní příznaky	15
4.3.Kognitivní dysfunkce	15
4.4.Afektivní příznaky	15
5. Vznik, průběh a prognóza	16
5.1. Vznik a vývoj schizofrenie	16
5.2. Relaps	17
5.3.Rizikové faktory	17
6. Léčba schizofrenie	18
6.1.GAPS	19
7. Integrace a resocializace	20
7.1. Organizace, zaměřující se na integraci	21
7.1.1.Green doors	21
7.1.2.Fokus Praha	22
7.1.3.Baobab	23
8. Stigma schizofrenie	24
8.1. Stigmatizace ze strany okolí	26
8.2.Osobní stigma a sebestigmatizace	26
8.3.Zvládání sebestigmatizace u psychických poruch	27
8.3.1.Narativní přístup	27
8.3.2.Psychoedukace	28
8.4. Destigmatizace	29
8.4.1. Destigmatizační aktivity v České republice	29
9. Metodika	32
9.1. Cíl výzkumu	32
9.2.Otázky rozhovoru	32

9.3. Charakteristika zkoumaného vzorku	32
9.4. Metoda výzkumu	33
9.5. Způsob provedení výzkumu	33
9.6. Seznámení s respondenty	34
10. Interpretace výsledků rozhovoru	35
11. Pohled z druhé strany	40
12. Pohled ze strany terapeuta	41
13. Shrnutí	43
14. Závěr	45
15. Seznam použité literatury	46
16. Resumé	48
17. Summary	48
18. Seznam příloh	49
Příloha 1.	49
Příloha 2.	63
Příloha 3.	64

Seznam použitých zkratk

MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
DMS	Diagnostický a statistický manuál
APA	Americká psychiatrická asociace
GAPS	GUT and PSYCHOLOGY SYNDROME
WHO	World Health Organization
WPA	The Works Progress Administration
SZO	Světová zdravotnická organizace

Úvod

Téma své bakalářské práce pro mě bylo poměrně dlouhou dobu záhadou. Věděla jsem, že bych se ráda zabývala duševními nemocmi ale ne pouze z obecného hlediska, ale zaměřit se na určitou problematiku, která je s duševními nemocmi spojená. Také jsem si nebyla úplně jistá jaký konkrétní typ si vybrat. Až pak jsem viděla filmy Čistá duše a Prokletý ostrov, kde jsou právě hlavními hrdiny postavy, které mají schizofrenii. A právě od té doby jsem se začala o tuto nemoc zajímat a zajímala mě až do té míry, že jsem se o ní rozhodla napsat svoji bakalářskou práci.

Jediným problémem, kterému jsem se ještě před psaním a vlastně i v průběhu měla vyvarovat, bylo riziko sklouznutí z osy a přílišné zaobírání se lékařskou stránkou, která je zajiště velmi důležitá a celý obor psychiatrie na ní stojí. Já jsem ale text chtěla pojmout ze sociálního hlediska a tak jsem si zvolila téma “Integrace klientů se schizofrenií do společnosti” které, jak už název napovídá, se zaměřuje právě na problematiku sociální.

A proč jsem si vybrala právě téma integrace? Společnost se během posledních let naučila přijímat většinu fyzických onemocnění jako běžnou součást našeho světa, nad kterou již nekroučí očima nebo raději nepřejdou na druhý chodník, aby nemuseli jít vedle takto postiženého člověka. Bohužel o duševních chorobách se takto hovořit nedá, stále zde převažuje myšlenka, že jsou to “blázni, cvoci, magoři” a kvůli nevědomosti se jich lidé většinou bojí, ba dokonce štítí. A tak to je se spoustou věcí, z nevědomosti většinou vychází strach.

Už při rozmýšlení struktury práce jsem se utvrdila v tom, že mým výzkumem i teoretickou částí bych nechtěla informovat pouze potenciálního čtenáře, ale i sama sebe. Svoji práci jsem tedy rozdělila na několik pomyslných částí. Tou první je obecný popis, co vlastně je schizofrenie, druhou částí je již zmíněná integrace a s tím spojené stigma a nakonec praktická část, ve které chci do problematiky proniknout co nejhlouběji a dovědět se co nejvíce o lidí, kteří o této záležitosti vědí nejvíce - se samotnými nemocnými.

1. Historický vývoj schizofrenie

O schizofrenii, jako o onemocnění, se psalo již v období antiky. První pojmenování této nemoci byl pojem “dementia praecox”, poprvé použit v roce 1896 Emilem Kraepelinem. Ten shrnuje různé psychotické syndromy. Vymezuje tři základní druhy demence praecox: katatonní, hebefrenní a paranoidní. (Malá, 2005)

Název “schizofrenie” byl pak použit až v roce 1911 významným švýcarským psychiatrem Eugenem Bleuerem. Ten zavedl také pojem “primární symptom”, kam zařadil: poruchy asociací, poruchy efektivity, autismus a ambivalence. Dle Brauera je možno volně překládat název schizofrenie jako “rozštěp mysli”, s tím souvisí i že je podle něj hlavním příznakem právě rozštěp hlavy. K dělení podle Kraepelina přidává 4. typ - schizofrenii simplexní. Tyto čtyři symptomy jsou dodnes akceptovány jako základní schizofrenní syndromy. (Doubek, 2012, str. 244)

Tabulka č. 1 Historický růst a různé etapy vymezení pojmu schizofrenie (Kaplan, Sadock, 1982)

1860	Morel	dementia praecox
1870	Hecker	hebefrenie
1871		
1863–1868	Kahlbaum	katatonie
1874		
1861	Griesinger	primäre Verrücktheit
1868	Sander	paranoid
1896	Kraepelin	dementia praecox

2. Definice schizofrenie

Schizofrenie se řadí mezi duševní onemocnění, konkrétně psychotické onemocnění, jejíž diagnostikování je velmi obtížné a zásadním způsobem ovlivňuje kvalitu života nemocného. Pojem jde nejjednodušeji vysvětlit jako rozdělené myšlení, jinak jde ale o poruchu mnoha duševních funkcí. Jedná se o závažné duševní onemocnění, které je sice léčitelné, ale svým průběhem a dopadem na pacienta mění nejenom jedince samotného, ale i jeho vztahy s okolím a prožívání sám sebe. Svět společnosti ustupuje do pozadí a místo něj se staví svět bludů, fantazií a halucinací. Nemocný je přesvědčen o tom, že slyší nebo

vidí něco, co ostatní ne, jeho řeč a chování jsou pro společnost divné a nepochopitelné. Dochází k poruchám koncentrace, špatně zvládají stresové situace a ztrácejí schopnost srozumitelně jednat a chovat se v souladu s okolními událostmi. V současnosti se odborníci domnívají, že jedinec, který schizofrenií onemocní, má specifickou biologickou náchylnost, která vlivem zátěže vyústí až v propuknutí příznaků.

Schizofrenie patří mezi jedno z nejzávažnějších psychických onemocnění: „*Schizofrenie je diagnostikovaná zhruba u 25 % pacientů psychiatricky hospitalizovaných a 50 % pacientů přijatých do psychiatrických zařízení za rok. Onemocnění má sklon k chronickému průběhu a často vede k trvalé invaliditě, celosvětově patří mezi deset nejvýznamnějších příčin úplné invalidity.*“ (Češková, 2012, str. 11) - to je zhruba 1, až 1,5% populace.

2.1. Klasifikace schizofrenie

Schizofrenie má sama o sobě řadu variant, a to jak v psychopatologickém obraze, tak i v průběhu a v neposlední řadě i v míře funkčního postižení. Proto byl pojem schizofrenie, již od začátku používání tohoto výrazu, uváděn vždy v množném čísle a také se hovoří o pojmu “skupina schizofrenní”. To znamená, že se pod pojmem schizofrenie sdružuje řada dalších onemocnění, které mají společné některé psychopatologické charakteristiky, ale mohou se lišit průběhem a okolnostmi vzniku onemocnění. (Doubek, 2012, str. 250)

V současnosti jsou platné dvě klasifikace duševních poruch - 10. revize Mezinárodní klasifikace (MKN 10) a Diagnostický a statistický manuál ve IV. vydání (DMS IV.). Tyto klasifikace vypracované Světovou zdravotnickou organizací (SZO) a Americkou psychiatrickou asociací (APA) jsou založené na přesně popsaných kritériích. Oba systémy definují schizofrenii podobě. Hlavní rozdíl je potom v době trvání příznaků. DSM IV požaduje šest měsíců, MKN QP jeden měsíc. Spolehlivost diagnostiky je vysoká, stabilita diagnózy je nejvíce proměnlivá na začátku onemocnění. (Češková, 2012, str. 19)

Na základě převažující psychopatologie se schizofrenní poruchy dělí na několik klinických forem, ty se ale mohou různě překrývat:

- F 20.0 - Paranoidní schizofrenie - charakterizovaná převážně bludy
- F 20.1 - Hebefrenní schizofrenie - nejčastěji svými projevy karukuje pubertální období
- F 20.2 - Katatonní schizofrenie - v popředí jsou poruchy hybnosti
- F 20.3 - Nediferencovaná schizofrenie - nemívá obvykle vyhraněnou podobu

- F 20.4 - Postschizofrenní deprese - je vyčleněna pro postpsychotickou depresi
- F 20.5 - Reziduální schizofrenie - chronický stav po ústupu akutních příznaků
- F 20.6 - Simplexní schizofrenie - změny chování, vyplývající z postupného stažení se do sebe

2.2. Formy schizofrenie

Paranoidní schizofrenie je nejčastějším typem schizofrenie, který je poměrně snadno diagnostikovatelný. Dominují bludy (relativně stálé, nejčastěji paranoidní), které jsou obvykle doprovázené halucinacemi (nejčastěji sluchovými). Nemocný slyší hlasy, které se mu snaží našeptávat a doprovází ho na každém kroku. Nemoc se navenek projevuje především tím, že je dotyčný přehnaně vztahovačný a podezřívavý vůči svému okolí.

Hebefrenní schizofrenie (v DSM-IV se nazývá dezorganizovaná schizofrenie) se začíná projevovat nejčastěji v dospívání a rané dospělosti. Projevuje se pubertálním chováním, které je neodpovědné, nevhodné a afektivní se ztrátou zábran v sociálním chování. Často jsou hlavními příznaky již zmíněné přehnané projevy nedospělosti. Svoboda (2015) ji charakterizuje takto: *“Karikuje pubertální projevy, charakteristické je nepřiléhavé chování (chování je neodpovědné a nepředvídatelné, časté bývá manýrování) a emoce, inkoherentní verbální projev. Americká klasifikace nazývá tuto formu dezorganizovanou. Bludy a halucinace, pokud jsou přítomny, jsou proměnlivé a fragmentární, nejsou dominantními projevy.”*

Katatonní schizofrenie - pro tuto formu jsou typické poruchy psychomotoriky. Jedná se jak o poruchy ve smyslu zvýšené až bezcílné motorické aktivity nebo naopak ve smyslu stuporu (tj. neproduktivní forma). Končetiny i celé tělo zůstává v nepřírozených polohách a při pohybu je patrná tzv. vosková ztuhlost. Velmi časté je stereotypní chování nebo projevy.

Nediferencovaná schizofrenie *“neodpovídá žádnému z výše uvedených typů, což vystihuje již její název. Zahrnuje symptomatologii více forem a nelze rozhodnout, která je v popředí.”* (Češková, 2012, str. 22)

Reziduální schizofrenie je charakteristická dlouhodobou převahou především negativních příznaků, které velmi málo a špatně reagují na léčbu antipsychotiky. Češková (2012, str. 22) ji definuje následovně: *“Prezentuje chronický stav přetrvávající po odeznění a dezaktualizaci akutních příznaků schizofrenní ataky. Projevuje se podivínstvím, zanedbáváním sebe i okolí.”*

Simplexní forma schizofrenie je charakteristická pomalým nástupem příznaků. Je považována za méně častou formou schizofrenie, zato patří mezi velmi závažné formy. Nemoc neprobíhá v epizodách, ale jedná se o pozvolný proces, který je často zakončen trvalou změnou osobnosti dotyčného. Podle Vágnerové (2008, str. 349) se tito lidé uzavírají sami do sebe, dostávají se do izolace od ostatních. Nevidí v ničem, včetně svého života smysl, nedbají o sebe. Jejich intelektuální schopnosti se mohou pomalu snižovat, až dosáhnou hranice demence.¹

Postschizofrenní deprese je stav, který může přetrvávat. Zahrnuje fázi depresivních nálad, které vznikají po odeznění hlavní epizody schizofrenie. Některé symptomy - ať pozitivní či negativní - jsou stále přítomny, ale nejsou již v popředí klinického obrazu. Tyto stavy jsou velmi často spojeny se zvýšeným rizikem sebevraždy. Často je velmi těžké rozhodnout, které příznaky souvisejí s depresivním laděním, které patří k psychotickému onemocnění a které jsou výsledkem vedlejších účinků antipsychotické léčby.

3. Diagnostika

Diagnostika schizofrenie se opírá o zkoumání a zjišťování, zda a případně jaké jsou přítomné charakteristické skupiny příznaků nemoci. V současnosti neexistuje žádný laboratorní test, který by byl pro schizofrenii typický. Je nutné, aby psychiatr nemocného po vyšetření ještě po nějakou dobu sledoval, aby přítomnost charakteristických znaků buď potvrdil, nebo vyvrátil.

Příznaky schizofrenie můžeme rozdělit do tří skupin - na pozitivní, negativní a kognitivní. Pro laickou veřejnost to znamená, že pozitivní příznaky vyjadřují nadměrné nebo zkreslené vyjádření normálních funkcí a negativní naopak znamenají oslabení nebo ztrátu těchto funkcí. Kognitivní příznaky pak zahrnují oslabení schopnosti zapamatovat si, soustředit se, plánovat a následně řešit problém, a právě kognitivní příznaky jsou těsně spjaty s podstatou schizofrenie.

Velikou chybou v diagnostice je nerozpoznání psychózy. Pokud má okolí jedince i sebemenší podezření na její rozvoj, je důležité zahájit monitorování. Pozdní zachycení a s

¹ *“Do klasifikace DSM-IV nebyla simplexní schizofrenie zahrnuta a onemocnění, která jí odpovídají, jsou nejčastěji diagnostikována jako schizotypální poruchy osobnosti. Příznaky se rozvíjí plíživě a progresivně”* (Svoboda, Čížková, Kučerová, 2012, str. 186)

tím spojený i pozdní začátek léčby může v budoucnu ovlivnit další průběh onemocnění. Pro diagnostiku je tedy důležité si uvědomit, že u většiny nemocných je začátek velmi pozvolný a pouze u 15-20% začíná akutní fází. Pokud psychózu léčit nebudeme, dosáhneme pomalejšího odeznívání obtíží, funkčním narušením, užívání návykových látek, ztrátě rodiny a přátel, vyšší suicidy a nižší kvality života. (Češková, 2012, str. 102)

Tabulka č.2 Kritéria MKN 10 pro diagnostiku schizofrenní poruchy (Češková, 2012, str. 19)

Přítomnost minimálně jednoho z níže uvedených příznaků:	Přítomnost minimálně dvou z níže uvedených příznaků:
manipulace s myšlenkami (slyšení vlastních myšlenek, vkládání, odnímání, vysílání myšlenek)	formální poruchy myšlení (zárazy, inkoherence)
bludy ovládnutí (kontrolovatelnosti)	katatonní příznaky (vzrušenost, setrvávání v nastavených pozicích, vosková ohebnost, negativismus, mutismus, stupor)
sluchové halucinace (komentující chování nemocného)	negativní příznaky (apatie, ochuzení řeči, ochuzení emočních reakcí)
jiné bludy	jiné halucinace
	nápadné kvalitativní změny v chování (ztráta zájmů, bezcílnost, nečinnost, sociální stažení)

4. Symptomatologie

4.1. Pozitivní příznaky

Typické pozitivní příznaky jsou halucinace a bludy. Právě pozitivní (tj. psychotické) příznaky bývají nejčastěji příčinou hospitalizace. Zjednodušeně lze říci, že pozitivní příznaky jsou ty, které zdravý člověk nemá, a u nemocného jsou přebývající.

Halucinace jsou projevy zkresleného vnímání reality a svého okolí. Jedná se o falešné vjemy, které vznikají, aniž by byl člověku dán nějaký zevní podnět. Dotyčný slyší, vidí a cítí věci, které buď neexistují, nebo je ostatní nevnímají. Nejčastěji se jedná o halucinace sluchové, kdy člověk slyší jednotlivé zvuky (tikání hodin, zvonění...), nebo hlasy. Hlasy hovoří buď přímo k dotyčnému, nebo hovoří o něm a komentují jeho jednání. Zvláště nebezpečné jsou hlasy, které dávají dotyčnému příkazy. Při plnění těchto příkazů může být pak člověk nebezpečný jak sobě, tak svému okolí. Je také důležité zmínit, že hlasy se mohou odehrávat v hlavě a jsou to tedy ozvučené myšlenky, nebo jsou vnímány ušima.

Velmi často se stává, že halucinace se stanou stejně intenzivní nebo dokonce intenzivnější než skutečnost, to vede k tomu, že s nimi nemocní často komunikují.

Zvláštním druhem halucinace je *intrapsychická halucinace*, při které má nemocný dojem, že jeho vlastní myšlenky mu někdo z hlavy odnímá, nebo je tam naopak vkládá. Někdy má dotyčný pocit, že jeho myšlenky jsou zveřejňovány nebo komentovány někým zvenčí. S tím souvisí i pocit, že svoje vlastní myšlenky slyší a pak je opakuje nahlas.

Při halucinacích zrakových vidí nejrůznější barvy a tvary nebo osoby, ale také celé příběhy. Halucinace čichové jdou většinou ruku v ruce s chuťovými halucinacemi a bývají součástí bludů. Nemocný cítí různé pachy, vůně a chutně, většinou jsou ale nepříjemné, často pak nastává pocit, že mu někdo podal jed, a on to rozpoznal. Poslední tělesné halucinace jsou doprovázeny zvláštními pocity, jako je pálení, změny vlastností orgánů a doteky různě po těle - nejčastěji pak v oblasti genitálů. (Doubek, 2012, str. 248)

Bludy jsou mylná přesvědčení, která nemocný považuje za pravdivá a skutečná. Patří mezi poruchy myšlení. Mají časový vývoj, kdy nemocného nejprve napadají pouze myšlenky, které postupně vyústí až k bludnému přesvědčení, které se může dále vyvíjet až do propracovaného systému bludů. Nejprve dotyčný hůře rozumí lidem ve svém okolí a postupně se před nimi sám do sebe uzavírá. Do popředí se dostávají pocity, že člověka ostatní sledují, komentují nebo se mu posmívají. Doma zjistí, že mu někdo prohledal byt, protože nenašel věc na "svém" místě. Začíná se obávat o svůj život, v noci nespí, nezdržuje se ve svém bytě nebo naopak z něj vůbec nevychází ven, začíná podnikat různé bizarní zabezpečení (např. velké množství vchodových zámků, uzamykatelné potravinové nádoby atd.). Nejčastější obsahy bludů jsou pocity pronásledování a vztahovačnosti (*paranoidní a perzekuční bludy*), dále to mohou být ale i pocity naprostého přesvědčení, že má člověk nadpřirozené nadání až nadpřirozené schopnosti (*extrapotenční bludy*) nebo jde o bludy spojené s pocitem významného původu (*originární bludy*). Často se objevují také bludy s náboženským podtextem (*religiózní bludy*).

Mezi další poruchy myšlení patří **poruchy formy myšlení** což znamená, že myšlení nemocného je nesouvislé, nemocný není schopen udržet hovorovou linii, jeho projev je nelogický, kdy se zaměřuje na nepodstatné detaily. Někdy je to až v takové fázi, že člověk nerozumí jeho projevu.

4.2.Negativní příznaky

Mezi negativní příznaky se řadí zejména snížení a ochuzení citového prožívání, zahrnuje apatii, naprostou ztrátu motivace a je zřejmé i snížení mimiky v obličeji. Nemocný se jednoduše chová tak, jak by mu bylo všechno jedno a nic ho nezajímalo. S tím souvisí i nezáměr o komunikaci se svým okolím. Mezi negativní příznaky patří také porucha koncentrace, problémy s rozhodováním a zhoršená schopnost plánování. Negativní příznaky jsou typické pro první epizodu schizofrenní poruchy a považují se za primární.

K dalším negativním příznakům řadíme zhoršení nálady, to bývá velmi často spojeno s pocitem méněcennosti. Právě pocitem beznaděje mohou dovést jedince až k myšlenkám na sebevraždu, protože nevidí východisko a je přesvědčen, že se neuzdraví. Velmi zřídka se objevuje nadměrná veselost s vysokým sebevědomím. (Češková, 2012)

4.3.Kognitivní dysfunkce

Považuje se za hlavní - jádrový příznak, který je přítomný před projevem psychózy. Je spojena s negativními příznaky, které jsou typické pro regionální, strukturální a funkční abnormality. Kognitivní dysfunkce spočívá v narušení poznávacích schopností a skládá se z různých komponent, které jde měřit. Schizofrenie je typická tím, že nejvíce postiženou oblastí je paměť (schopnost uchovat informace a dále je používat) a exekutivní funkce (schopnost plánování a následné řešení úkolů). Velmi narušená je také schopnost učení - především pak verbální učení. Kognitivní dysfunkce se objevují před propuknutí choroby, je to trvalý stav, který se v remisi nevrací do fáze před onemocněním. U některých nemocných pak může progredovat. Občas se stává, že v případě dobré reakce na léčbu se některé komponenty kognitivních funkcí časem zlepšují. To se týká hlavně nemocných v první fázi schizofrenie. Zajímavostí je, že určitou míru kognitivní dysfunkce nalézáme také u některých příbuzných prvního stupně, kteří ale nikdy ne onemocní. (Vágnerová, 2008, str. 337)

4.4.Afektivní příznaky

U afektivních příznaků bývá velmi často přítomna deprese, především v počátečním průběhu onemocnění. Češková (2012, str. 20) uvádí: *“Depresivní komponenta se po odeznění psychotické symptomatologie dostává více do popředí (postpsychotická deprese).*

Dříve se udávalo, že až 10% nemocných se schizofrenní poruchou spáchá suicidium, v poslední době byly informace korigovány a uvádí se 5%.”

5. Vznik, průběh a prognóza

5.1. Vznik a vývoj schizofrenie

Onemocnění schizofrenií začíná nejčastěji během dospívání nebo rané dospělosti. Onemocnět mohou lidé i později a to kolem 15 až 45 let. Nemoc se v prvním stádiu svého propuknutí nemusí vůbec projevit, mohou být přítomny pouze poruchy kognitivních funkcí nebo povahové zvláštnosti. Pro nemoc je typický postupný rozvoj a prodromální příznaky (příznaky předcházející onemocnění). *“Prodromální příznaky zahrnují zvláštní chování, pocity, myšlenky, ochuzení řeči a mysli, vztahovačnost, změny ve vnímání a pocit cizosti.”* (Češková. 2012, str. 21) První projevy může okolí nemocného chápat jako normální chování dospívajících, a tak většinou po dlouhou dobu tolerují všechny výkyvy v jeho chování. Rodina a přátelé velmi často toto chování omlouvají a věří, že toto období brzy pomine. Pro období prodromálních příznaků je také typická častá bolest hlavy, poruchy spánku, pozornosti, bolesti svalů a zad a také zažívací potíže. Právě kvůli těmto příznakům pak nemocný často navštíví praktického lékaře, s chybnou diagnózou únavového syndromu nebo nedostatečně vyléčené tělesné onemocnění. To je pro rodinu vždy snáz přijatelné než diagnóza duševního onemocnění. Postupně, jak se nemoc prohlubuje, začínají se objevovat další příznaky, jako je hloubání nad detaily, maličkostmi a banalitami, zvláštnosti v oblékání, chování a jídle, podrážděnost, úzkost, neklid a nespavost. Následuje rozvoj bludů a halucinací a nakonec dojde k úplnému propuknutí akutních příznaků.

Vágnerová (2008, str. 351) rozlišuje několik možných způsobů průběhu onemocnění:

- epizodický: projevuje se tzv. atakou (epizodou), kdy jsou příznaky akutní, ale jde o relativně krátké období, po kterém přichází období útlumu a klidu
- opakovaný průběh: dochází k opakovaným atakám
- maligní: krátce po začátku onemocnění dochází k osobnímu defektu
- chronický: jedná se o opakované ataky
- reziduální: jde o fázi, kdy nemoc doznívá, zároveň ale přetrvávají některé negativní příznaky

5.2. Relaps

Pacienti se schizofrenií velmi často prožívají opakované psychotické epizody (tzv. relapsy), kdy se po nějaké době ústupu nemoci dostavují opět pozitivní příznaky, které byly již vyléčeny (bludy, halucinace). Jako spouštěč zde může opět figurovat stres, který má relaps na svědomí. Velmi vysoké riziko relapsu je i v případě, že je pacientovi špatně naordinovaná léčba, nebo když špatně (či vůbec) užívá předepsané léky.

Je zjištěno, že nejsilnějším indikátorem relapsu schizofrenie je kritické a nepřátelské postavení příbuzných a jejich nadměrná angažovanost po emoční stránce (tj. přehnané opečovávání a silná emoční vazba). Brown s kolegy (1927) faktory postoje a emoční angažovanosti sloučil do jednoho indexu “vyjadřovaných emocí” a dokázal, že pacienti žijící v rodině, která své emoce vyjadřuje velmi silně, mají do 9 měsíců po propuštění relaps mnohem častěji (50-60%) než ti pacienti, jež pocházejí z rodin se slabě vyjadřovanými emocemi (12-20%).

5.3. Rizikové faktory

K negenetickým rizikovým faktorům patří: vyšší věk otců, přítomnost protilátek vůči toxoplasmóze, hladovění v období těhotenství, dlouhodobé užívání konopí, porodní komplikace, život ve městě či narození v zimě nebo na jaře. Zároveň je ale s rozvojem schizofrenie spojena i vysoká migrace a s ní spojené faktory. Mezi které můžeme zařadit jak příslušnost k nižší sociálně ekonomické skupině a život v městských aglomeracích s větší hustotou zalidnění. *“Je prokázáno, že v industrializovaných zemích je více schizofreniků v nižších ekonomických třídách, počet hospitalizací pro schizofrenii je vyšší v městských než v zemědělských vesnických oblastech.”* (Češková, 2012, str. 16)

Toto tvrzení má podle Češkové dvě hypotézy a to konkrétně hypotézu “sociálního posunu” a “sociální příčiny”. Sociální posun spojuje právě s nižším sociálním statutem zejména proto, že většina schizofreniků vede omezený život a je finančně znevýhodněna. Na to navazuje i sociální příčina, která je spojena s ekonomickou deprivací. V současné době je upřednostňována spíše první hypotéza, ale není vyloučeno, že určitý vliv může mít obojí. Také zmiňuje, že vyšší pravděpodobnost se nachází u imigrantů - to je znatelné především u afroarabských imigrantů do Velké Británie. Právě stres a potíže s adaptací jsou v nové kultuře jakýmsi spouštěčem k rozvoji, propuknutí a relapsu.

Pokud bych chtěla otázku definice a “náchylných jedinců” shrnout, tak ten, který onemocní schizofrenií má pro toto onemocnění určitou specifickou biologickou náchylnost, která se vlivem zátěže dostane na povrch. Nejčastěji k tomu dochází v pubertě, která sama o sobě představuje pro jedince rizikové období života, charakterizované velkými změnami organismu. Náchylnost ale může být, jak jsem již zmínila vrozená, tak i získaná v časném vývoji jedince a to třeba tím, že matka během těhotenství prodělala virové onemocnění nebo měla porodní komplikace. Zvlášť stres je pro vypuknutí schizofrenie veliký spouštěč, ať už biologický nebo psychosociální.

6. Léčba schizofrenie

Nejprve je důležité zmínit, že schizofrenie není neléčitelné onemocnění. Během několika let dosáhl vývoj léčby duševních onemocnění veliký pokrok. V současnosti se léčba ale stále neobejde bez **farmakologické léčby** a tzv. antipsychotik (tj. léky, které dokáží potlačovat psychotické symptomy, hlavně halucinace a bludy). Léčebný plán by měl být vždy individuální a je velmi důležité, aby rodina a blízké osoby nemocného při všech fázích spolupracovali. Veliký vliv na léčbu má i samotná motivace jedince.

Rozlišujeme celkem tři fáze léčby (Raboch, 2012, str. 253)

- léčba akutních příznaků
- pokračující léčba ke stabilizaci stavu a dosažení uspokojivé remise
- udržovací léčba k zachování remise a prevence relapsu

Antipsychotika jsou léky, které mají za úkol léčit psychotické příznaky a jejich cílem je zklidnit nemocného, zmírnění úzkosti a navození spánku. Pokud je lék podáván pravidelně, myšlení se postupně srovnává, bludy a halucinace už nejsou tak časté nebo je dotyčný schopen jim už nevěnovat pozornost, a po nějaké době tyto jevy odezní úplně. Velmi důležité je podávat lék po dostatečně dlouhou dobu, tím zabraňujeme relapsu. Účinnost antipsychotik ale nemusí být účinná, naopak nelze dopředu určit, jaký vliv na pacienta bude lék mít. Aby lékař mohl zhodnotit účinnost léčby, klient musí spolupracovat a s lékařem komunikovat. I rodina má v této fázi svojí roli, nemocného podporuje v té konkrétní léčebné formě, která je navržena lékařem. (Raboch, 2012, str. 253)

Psychoterapie je léčba, která léčí pomocí psychologických prostředků. Zaměřuje se na období po odeznění akutních příznaků nemoci a jejím jádrem je zdravá část osobnosti.

Terapie se dělí na individuální, skupinovou a rodinnou. Pro pacienty je tento druh léčby velmi účinný. Psychoterapeut pomáhá nemocným obnovovat jejich přirozený pocit kontroly nad sebou samým a svými myšlenkami, pocity, emocemi a představami.

Další složkou léčby je zvolit vhodnou léčbu pro konkrétního pacienta. Je velmi důležité zhodnotit i somatický stav klienta, jelikož nesprávnou volbou můžeme stav zhoršit a dosáhnout rozvoje komplikací. Např. u obézního člověka, s diagnózou diabetes či hypertenze je nevhodné zvolit taková antipsychotika, která mají jako vedlejší účinek nárůst hmotnosti, naopak u mladé ženy, která si s partnerem přeje mít dítě je nevhodně použít takové antipsychotikum, jež je spojené se vznikem hyperprolaktinémie (tj. neplodnost, výtok z prsu, pokles libida atd.). (Češková, 2012, str. 103)

6.1.GAPS

O co se jedná? Jedná se o určitou formu diety nebo spíše způsob stravování. Jde o způsob alternativní léčby, kterou vymyslela doktorka Natash Campbell-McBride. V originále je zkratka GAPS doslova GUT and PSYCHOLOGY SYNDROME, což znamená, že naše střeva a bakterie, které v nich máme, mají velmi velký vliv na stav naší psychiky a přímo nebo nepřímo mohou ovlivňovat náš zdravotní stav. Znamená to, že jaký máme stav našeho zažívacího systému se přímo odráží na našem zdraví.

Na tento způsob stravování jsem se zaměřila právě z toho důvodu, že může jít o přelomovou léčbu schizofrenie bez užití léčiv. Ještě před tím, než se začali užívat antipsychotika, psychiatři často zaznamenávali, že krom psychických problémů měli pacienti problémy i fyzické. A právě mezi ně patří problémy s trávením, jak již bylo zaznamenáno v roce 1937 Hendersonem a Gillespiem. I v dalších výzkumech v následujících letech se opravdu prokázalo, že odpověď na problém se nachází v trávicí soustavě.

První faktor, který mají schizofrenici společný je, že jejich matky měly abnormální střevní flóru, kterou předaly svému dítěti, také že již jako batolata nebyla kojena a nadále jejich potrava nebyla vhodná. Je tedy zřejmé, že pacienti byli fyzicky nemocní dávno před tím, než se u nich rozvinula samotná schizofrenie. Z toho plyne, že onemocnění nevzniklo jen tak z ničeho ale je výsledkem stupňování fyzických problémů v těle dítěte. (Cambell-McBride, 2010, str. 68)

Jestli je tato dieta, která je založena na vynechání všech obilovin, rafinovaných cukrů a cukrů mléčných - tzn. laktózy a naopak plná kvalitních nasycených tuků v podobě kvalitního másla, sádla, kokosového oleje, ořechů, semínek a masa, cestou k naprostému uzdravení nevíme. Co ale víme je, že doopravdy dokáže pomoci a pokud člověk nadále k dietě užívá antipsychotika, jeho výsledky léčby mohou být o poznání lepší.

7. Integrace a resocializace

Integrace je ve společnosti již poměrně známým pojmem, obsahově však tak srozumitelný už není. Zjednodušeně řečeno, za integraci je považován nejvyšší stupeň socializace. Sociální integrace, která je odnoží integrace, je proces začleňování jedince do společnosti - jde tedy o přirozený jev a týká se každého člověka. Problémy ale nastávají u minoritních skupin nebo jednotlivých osob, které nejsou schopny sociální integrace dosáhnout. V tomto případě je nutné jejich integraci podporovat a vytvořit pro ně vhodné podmínky. (Slowík, 2016, str. 31)

Po vystoupení z ústavní péče je důležité klienta integrovat do běžného života. Tím je chápána jak otázka bydlení, práce ale také volného času. Zásadní roli zde hraje rodina a klientovi nejbližší, kteří mu pomáhají s vytvořením vhodného prostředí pro fungování. Je totiž známo, že většina pacientů po propuštění z psychiatrických léčeben bydlí se svojí rodinou a pokud toto možné není, rodina mu pomáhá s nalezením chráněného bydlení. Stává se tak jeho stabilní složkou, která ho podporuje v jeho uzdravování se. (Jarolímek, 1996, str. 22)

V rámci resocializace pacienta se zaměřujeme především na jeho aktivizaci a rozvoj jeho činností. Velmi důležitá je úprava soužití v rodině a zaměření se na problémy v určitém sociálním kontextu. Dalším krokem je vytvoření pravidelného denního režimu a programu. Sám postižený většinou není schopen této organizace sám a mívají spíše tendence být sami a izolovat se od ostatních. Za nejdůležitější je považováno zařazení do pracovního procesu, kde je sociální adaptace naprosto zásadní. Vzhledem k faktu, že schizofrenní pacienti bývají velmi často méně výkonní a indisponovaní, přicházejí o svá původní zaměstnání a i nyní se hůře adaptují. Zde se ale může objevit riziko, že nemocný práci nebude zvládat nebo se setká s negativní reakcí na svojí nemoc či na sebe samého. To může být velmi demotivující nebo to může vést k relapsu. (Vágnerová, 2008, str. 366)

7.1. Organizace, zaměřující se na integraci

Pro osoby, které trpí schizofrenií je zřízeno několik organizací, které se zabývají jak pomocí s integrací, tak i terapeutickou stránkou problému. Pomáhají lidem s nalezením práce případně i s tím, jak v té dané práci fungovat, stejně tak pomáhají udržovat dobré vztahy mezi klientem a jeho rodinou nebo s bydlením a volnočasovými aktivitami.

Nyní bych některé organizace chtěla vyjmenovat. Vzhledem k tomu, že pocházím z Prahy a i největší procento organizací v Praze sídlí, jsem se zaměřila hlavně na ty, které jsou z hlavního města. A druhým důvodem pro výběr následujících je, že podle mého názoru mají největší rozsah a navštěvuje je největší množství klientů.

7.1.1.Green doors

Organizace, která si dala za cíl pomáhat lidem s duševním onemocněním ve snaze vrátit se do zaměstnání. Podporuje ve zvládnání každodenních obtíží a zvládnání pracovních těžkostí. Jejich myšlenkou je, že když bude společnost o duševních chorobách dostatečně informována, tak pro nemocné bude návrat do "normálního" života mnohem jednodušší a snesitelnější.

V rámci již zmíněné osvěty o duševních chorobách zřídila organizace Green doors několik podniků, které jsou otevřeny pro širokou veřejnost a fungují jako tréninkové pracoviště pro ty, kteří s duševní chorobou mají vlastní zkušenost a pomáhají jim na cestě k nalezení si vlastního zaměstnání. Konkrétně je to:

Café Na půl cesty

Kavárna, která spojuje veřejnost a duševně nemocné. Pomáhá jim s integrací a zlepšuje dovednosti. Rehabilitace je zde už náročnější a pracovní vytížení je velmi podobné běžnému zaměstnání. Po ukončení pracovního a rehabilitačního programu v Café na půl cesty je možnost přestupu do restaurace Mlsná kavka, která je už svojí náplní práce srovnatelná s klasickým zaměstnáním pro zdravé jedince.

Restaurace Mlsná kavka

Nejvyšší stupeň terapie. Zde jsou klienti a zaměstnanci v jedné osobě vystaveni již nejvyššímu stupni zátěže a fungují jako v klasickém zaměstnání. Je zde kladem důraz na samostatnost a schopnost kvalitní obsluhy.

Kavárna V. kolona

Jedná se o kavárnu, která se snaží propojit bohnický areál se svými pacienty s okolním světem. Pokud by každé z těchto pracovišť mělo nějakou úroveň obtížnosti, tato by byla pro začátečníky. V. kolona se snaží své zaměstnance připravit na náročnější rehabilitační program.

Dále tato organizace nabízí pracovní stáže ve spřátelených firmách, kde si klient osvojuje znalosti práce s počítačem, komunikace se spolupracovníky, určitý pracovní řád a hlavně získává cenné zkušenosti do budoucna. Green doors dále nabízejí Kurzy Jobs setkání, kde se dozví návštěvník veškeré informace o zaměstnání - jak ho najít, jak vytvořit životopis/motivační dopis, pracovní pohovor nebo pracovně právní informace. Mají i Sociální poradnu, kam se můžeme obrátit s problémy, které se týkají paragrafů a jak jim rozumět, nebo PC kurzy a Podpůrnou skupinu. Na závěr je nutno podotknout, že všechna pracoviště a podpůrné skupiny sídlí v Praze.

7.1.2.Fokus Praha

Organizace, jež vznikla v roce 1990 a od té doby se zaměřuje na pacienty s diagnózou duševního onemocnění a právě pro tyto lidi nabízejí neústavní péči. Pomáhají zkvalitnit jejich každodenní život a vzdělávat jak odborníky tak i veřejnost. Mezi další činnosti patří pomoc v oblasti zaměstnání a následné uplatnění na trhu práce a v neposlední řadě je to pomoc s bydlením (organizace nabízí chráněné bydlení).

Fokus Praha se zabývá sociálním zaměstnáváním lidí s hendikepou, hlavně tedy pak s duševním onemocněním. V současnosti mají pod sebou několik firem a těmi jsou:

Júnův statek

V roce 1996 zde byla vybudována první sociální firma v České republice a sloužila jako ubytovací zařízení pro duševně nemocné. Od léta 2017 je jeho provoz výrazně omezen a připravuje se na prodej jinému majiteli. V současné době už Júnův statek nefunguje a areál je prázdný.

Prádelna u Mandelíků

V případě prádelny bychom jako zákazník nenašli jediný rozdíl mezi tou klasickou a právě Prádelnou u Mandelíků. Jsou zde poskytovány stejné služby, jako kdekoli jinde a

pro to i pro samotné zaměstnance je to vhodné pracoviště, jelikož se zde budou cítit jako v kterémkoli jiném zaměstnání.

Zahrada

Jedná se o chráněnou zahradnickou dílnu, která je vhodná především pro ty, kteří se ještě necítí na začlenění se do těžšího stupně práce. Jako je například prádelna nebo galerie.

Česká galerie

V roce 2017 byla založena redakce bulletinu Česká galerie.cz a zaměstnává, stejně jako ostatní firmy, lidi se zkušeností s duševním onemocněním.

Rukodělná

Společnost je zaměřena na ruční práce od šití, kompletací po balení balíčků a od roku 2013 funguje také jako sociální firma Fokus Praha.

7.1.3.Baobab

Stejně jako předešlé organizace se i Baobab zaměřuje na pomoc duševně nemocným v oblasti poradenství, tréninkového bydlení, podpoře při studiu, nácviku sociálních dovedností a vzdělávací aktivity. Jednoduše se snaží ulehčit cestu nemocným a dovést je až ke spokojenému plnohodnotnému životu. Služby Baobab Praha jsou:

Centrum sociálně rehabilitačních služeb

Příprava na samostatné bydlení, péči o domácnost a samu sebe. Centrum nabízí pobytovou, terénní a ambulantní formu.

Student

Je zde nabízena pomoc v oblasti vzdělávání se a přípravy na budoucí povolání.

Aktivizace a rozvoj sociálních dovedností

Tato služba je zaměřena na ty, kteří mají problém se zvládnutím běžných situací. Tato služba je buď skupinová, nebo individuální.

Pohybové a vzdělávací volnočasové aktivity

Zde se organizace zaměřuje na další složku našeho života a to na trávení volného času. Nabízí širokou škálu aktivit, při které se zlepšují jejich pohybové schopnosti, a zlepšuje se jejich komunikativnost ve skupině.

Rekondiční pobyty

V případě rekondičních pobytů je spektrum, na které se lektoři a terapeuti zaměřují, velmi široké. Pomáhá se zde jak zlepšit psychický stav a s ním spojené sociální dovednosti a izolovanost, tak se zaměřují i na zdravotní stav.

Zdravý životní styl

Jídlo je nedílnou součástí našich životů a je pravdou, že špatný životní styl negativně ovlivňuje mnoho dalšího, včetně našeho psychického stavu. Na tento problém se zabývá služba “Zdravý životní styl”, která se snaží informovat a změnit negativní životosprávu.

Skupiny s peer průvodci

Dle mého názoru velmi dobrá služba, která může doopravdy pomoc. O co jde? Jedná se o možnost sdílení své zkušenosti s duševní nemocí mezi dvěma nemocnými.

Organizací, které pomáhají jakýmkoli způsobem lidem s duševní nemocí je samozřejmě mnohem více, pokud bych měla vyjmenovat nějaké další, které například nesídlí v Praze nebo se jedná o menší spolky, byly by to:

- Spolek Kolumbus
- MENS SANA
- Čistá duše
- Občanské sdružení duševně nemocným v ČR
- Dotyk
- Práh
- Altan... a mnoho dalších

8. Stigma schizofrenie

Pojem stigmatizace znamená, že jedinec je označen negativní nálepkou, která je pro majoritní společnost z nějakého důvodu nepřijatelná. Jde o sociálně psychologický proces, s kterým se většina pacientů se schizofrenií setkává. A právě různé typy stigmatizace, sebestigmatizace a nálepkování mohou být pro jedince naprosto devastující. Lidé, kteří schizofrenií trpí, jsou stigmatizací a vyčleněním ze společnosti postiženi. Bohužel hlavním důvodem je informační deficit, který ale toto chování neomlouvá.

Podle Ociskové (Čes a slov Psychiatrie, 2014, 5, str. 251) se na stigmatizaci podílejí 3 základní faktory:

- neznalost (chybění dostatečného povědomí o podstatě duševních poruch)
- předsudky (negativní postoje)
- diskriminace (chování narušující nebo omezující práva a možnosti uplatnění jedince)

Dále stigma působí na třech úrovních:

- veřejné (tj. jakým způsobem je stigmatizace projevována v dané společnosti, kultuře, médiích, každodenních zvycích a postojích)
- strukturální (institucionální, tj. na úrovni fungování organizací, úřadů, zaměstnavatelů apod.)
- osobní (tj. jak pacient hodnotí sám sebe)

Zvnitřnění stigmatu může nastat už ve chvíli, kdy si dotyčný sám začne všimnout, že se k němu ostatní chovají jinak a díky tomu si začne uvědomovat předsudky, které k tomuto jednání vedou. Postupem času začíná sám věřit tomu, že chování a názory druhých jsou opodstatněné a ve finále tyto negativní předsudky vztahuje na sebe samého a v souladu s nimi i jedná. Bohužel stigma nezasahuje pouze nemocného jedince, ale je součástí celého jeho rodiny, kteří v souvislosti s tím mohou pacienta odrazovat od vyhledání psychiatrické pomoci.

Stigmatizace psychicky nemocných má za následek následující (Hinterhuber, 2001, str. 217):

- oddaluje nasazení adekvátní terapie
- zesiluje obranu nemocného proti tomu, aby akceptoval svou nemoc, která je ve veřejném mínění považována stereotypně za rys méněcennosti, zbytečnosti nebo nevyléčitelnosti
- oslabuje komunikaci
- oslabuje pocit vlastní osobní hodnoty, kdy postižený přebírá všeobecné mínění, takže ztrácí nad svým životem jakoukoli kontrolu a odmítá ji převzít, nebo sebe sám považuje za nevyléčitelného a trvale odkázaného na cizí pomoc
- vede k izolaci a sociálnímu handicapu s tím, že musíme počítat s výraznými stresory v pozadí, které ovlivňují léčbu jako uzavřený kruh: vulnerabilita, stres, paradigma reálné nebo obávané diskriminace
- zvyšuje riziko chronicity v důsledku opakovaných relapsů

8.1. Stigmatizace ze strany okolí

Naše společnost je zatížena spoustou předsudků, které vycházejí z dlouhodobě zakořeněných stereotypních pohledů na schizofrenii. Nemocní jsou považováni za nevypočitatelné až přímo agresivní, a tak se snadno dostanou do izolace od ostatních. S tím jde ruku v ruce odloučení od rodiny během hospitalizace, ztráta zaměstnání a blízkých, a všechno to umocňuje pocity osamělosti a vede k dalším potížím. Většina pacientů, kteří byli hospitalizováni na psychiatrii se schizofrenií často po propuštění říkají, že byli hospitalizováni kvůli depresi, jelikož ta je ze strany okolí mnohem snáze akceptovatelná. Pro lidstvo je typické, že všechny věci, které pro naši mysl nejsou pochopitelné, máme tendenci odsuzovat a vytvářet tak negativní postoje.

Velikým problémem je stigmatizace ze strany profesionálů. Přestože jsou budoucí lékaři během svého studia vzděláváni v oblasti duševních chorob a lepšímu porozumění pacientů, po dokončení studia je jejich pohled překvapivě spíše stigmatizující než nestigmatizující. Vzhledem k velké informovanosti mají pak tendence diagnostikovat a tím nadřazovat nemoc nad ostatní přednosti jedince.

8.2. Osobní stigma a sebestigmatizace

Marie Ocisková ve své knize zmiňuje výzkum E. Brohnana z roku 2010, ve kterém rozděluje osobní zkušenost lidí se schizofrenií do 3 oblastí (Brohnan et. al., 2010b cit. podle M. Ocisková, 2015, str. 58):

1. Vnímané stigma: to, co si jedinec myslí o tom, co si myslí společnost o stigmatizované skupině, ke které on patří
2. Zažívání stigma: vlastní zkušenost spojená se stigmatizací
3. Sebestigmatizace: zvnitřnění veřejného stigmatu

Výsledkem veřejného stigmatu je sebestigmatizace. To je stav, kdy se nemocný sám ztotožňuje s nálepkou nemocného a postupně nad sebou láme hůl. Negativní sebepojetí má za výsledek pasivitu, vyhýbání se svým známým a rodině, rezignace na navázání nového vztahu, zanechání studií či zaměstnání. Míra sebestigmatizace v průběhu nemoci různě kolísá a následky se projevují v různých úrovních. Na úrovni mezilidských vztahů dochází k rozvinutí sociální fobie, ztrátě sebedůvěry a nárůstu pochybností nad vlastním životem. Se sebestigmatizací je spojena i menší ochota spolupracovat v léčbě.

U pacientů v první fázi nemoci je sociální úzkost vždy stupňována tehdy, když očekávají nějaké dramatické zhoršení postavení ve společnosti a také zažívají větší pocit studu z jejich diagnózy. Vyšší hladina sociální úzkosti vede k horšímu průběhu psychóz, k častějším halucinacím, depresím, pocitům beznaděje a uzavírání se do sebe. Předsudky okolí často zvyšují pravděpodobnost, že jedinec začne zneužívat alkoholu a ostatních návykových látek. Další skupinou, která má za výsledek sebestigmatizaci jsou úzkosti. Těmi trpí zhruba 38% pacientů se schizofrenií a znamenají další zátěž, která vede ke zhoršení kvality života. (Čes a slov Psychiatrie, 2014, 5, str. 253)

Stát se pacientem psychiatrické léčebny je často doprovázeno ztrátou sebeúcty. V médiích a mezi veřejností je stále psychiatrie pojmenovávána jako “blázinec” nebo “cvokárna” a její pacienti jsou označováni jako nebezpeční a nevypočitatelní. Tato skutečnost je velmi těžká hlavně pro ty pacienty, na kterých jsou příznaky nemoci viditelné. Podobné předsudky jako o samotném místu pak panují o psychiatrické léčbě. To může vést až k tomu, že se jedinec léčbě vyhýbá, přestože je zjevné, že pomoc potřebuje.

8.3.Zvládání sebestigmatizace u psychických poruch

Během několika posledních let se převedla pozornost od problému veřejného stigma k jedincům, kteří jsou stigmatem sami postiženi. Zároveň bylo provedeno mnoho výzkumů, které ukazují zvyšování nebo naopak snižování dopadu stigmatu na jedince. Ocisková (2015, str. 267) ve své knize uvádí dva přístupy pro řešení tohoto problému:

- narativní přístup
- psychoedukace

8.3.1.Narativní přístup

V minulosti nebylo přikládáno vyprávění a poznatkům pacientů s duševní nemocí příliš velký význam, byly považovány za bludy. Velmi dlouho bylo jedinou léčbou pouze užívání léku a případně pracovní terapie. První, kdo měl snahu porozumět jejich toku myšlenek a naslouchal jim, byl až Sigmund Freud. Od té doby se mnoho změnilo a postupy v léčbě jsou stále inovativnější a psychiatrii a psychologové se, oproti minulosti, snaží naslouchat.

Narativní přístup se dostává do popředí v období postmoderny, kdy se zastává názor že *“realitu vytváří lidé v kontaktu se svým prostředím”*. (Ocisková, 2015, str. 268) Pokud

chceme toto tvrzení převést do reality a ukázat na příkladě, byl by to například člověk, který cítí, že směr svého života udává on sám nebo je naopak bezmocný a život nemá ve svých rukách. V případě, že svůj život řídí sám, jedná se o tzv. vnitřní kontrolu, v druhém případě je to kontrola vnější. Z toho plyne, že pacient s vnitřní kontrolou nad sebou samým, svým životem i svojí nemocí může být inspirací pro ostatní a pravděpodobně se ho stigma nedotkne. Pokud zastává vnější kontrolu, může se stát, že se uzavře do sebe, je přesvědčený že se mu vyléčit nikdy nepodaří a je naprosto bezmocný.

Základním pilířem jejich uzdravení je vytváření svého vlastního životního příběhu. Nezřídka se stává, že po kontaktu s psychiatrií přebírá jedinec za své to, co si myslí druzí - začne sebe posuzovat podle stereotypů. Když mu už tolik lidí řeklo, že je blázen, tak to přece musí být pravda a blázen je. Zásadním problémem ještě do nedávna bylo, že některé stereotypy zastávali samotní odborníci. Například se bralo jako samozřejmost, že lidé se schizofrenií nejsou schopni vytvořit smysluplný příběh svého života. To bylo naštěstí v nynější době již vyvráceno. Tito lidé jsou schopni získat kontrolu nad svým životem a dokáží ho formulovat, stávají se tvůrci svého osudu. Toto je již zmíněný základní pilíř jejich uzdravení. (Ocisková, 2015, str. 269)

8.3.2. Psychoedukace

Psychoedukace je osvědčený přístup při řešení problému stigmatizace. Hlavní příčinou je nevědomost. Proto je velmi důležité zvyšovat povědomí o duševních chorobách. Možností edukace je spousta, od médií po besedy. Je velmi důležité, aby se informace dostávali k cílové skupině přesně a pravdivě. Většinou se ve zprávách a novinách dozvíme, jak duševně nemocný někoho napadl nebo udělal “to a to”, místo nějaké osvěty nebo informace o prevenci. Většina lidí si pak myslí, že je takový člověk jednoduše zlý a nenapadne je, že realita je zcela jiná. Také je důležité, aby každý začal sám u sebe - je důležité se zajímat a nepřebírat názory druhých za své.

Hlavní myšlenkou psychoedukace je porozumění a zvýšení povědomí. Je jasné, že stereotypní názory a nálepkování se tímto nedá zcela vymýt. Ale je potřeba vědět, že na světě jsou miliony lidí, kteří trpí duševní chorobou a naučili se převzít nad ní kontrolu a jsou schopni žít plnohodnotný život, nejsou to tedy ti “blázni”. Jednou z hlavních skupin, na kterou je tento postup zaměřený je rodina. V té je psychoedukace cestou ke snížení míry prožívané zátěže.

8.4. Destigmatizace

Téma boje proti stigmatizaci se stalo v posledních letech celosvětově velmi významným. To vedlo až k rozvoji různých mezinárodních vzdělávacích programů, které mají za cíl rozšířit povědomí a najít způsoby řešení. Mezi dvě hlavní světové organizace, zaměřující se na destigmatizaci patří program “Fighting Stigma and Discrimination because of Schizophrenia” nebo program “Open-the-Doors”. V rámci těchto programů se zapojilo mnoho zemí světa s cílem přinést veřejnosti informace o duševních chorobách a snížit míru stigmatizace.

K zamezení stigmatizace můžou vést tři základní přístupy, kterými jsou: vzdělávání, protest a kontakt. Právě kontakt se podle Ociskové ukazuje jako nejúčinnější forma.

První možností destigmatizace je edukace, která vychází z předpokladu, že za předsudky, spojené se stigmatem je nevědomost a nedostatečné znalosti o nemoci. Druhou možností je protest, kdy se předpokládá, že lidé, kteří stigmatizují, to dělají způsobem podobným reklamě. V tomto případě se většinou užívá formy edukace a protestu zároveň. Bohužel zde se můžeme setkat i s opačným výsledkem a tím je “rebound” efekt (tzn. obnovení symptomů nebo nežádoucí aktivity). Poslední možností je kontakt, který se zakládá na předpokladu, že kontakt mezi veřejností a nemocnými, kteří jsou schopni o svém problému mluvit, vede ke snížení předsudků a k nástupu empatie.

Důležité je zmínit že veškeré destigmatizační opatření musí být vždy zaměřena na specifickou cílovou skupinu a nejlepší skupinou, kde může mít toto opatření vliv největší, jsou nejčastěji intervence na školách, které zvyšují povědomí o duševních chorobách.

Jako další možnost v pomoci proti tomuto problému jsou svépomocné skupiny. Ty mají jasný cíl - poskytovat psychickou podporu samotným postiženým a jejich rodinám. Jsou tu od toho, aby pomáhali s vyrovnáváním se se situací, která vzhledem k jejich zdravotnímu stavu nastala. (Ocisková, 2015, str. 258 a 259)

8.4.1. Destigmatizační aktivity v České republice

Jako nejvýznamnější organizace, která se u nás zabývá problémem stigmatizace, je Centrum pro rozvoj duševního zdraví, což je nevládní organizace založena již v roce 1995 a od roku 2004 je zapojena do projektu s názvem “Změna”, který je zaměřen na boj proti stigmatu a diskriminace duševně nemocných. Tento projekt je součástí celosvětového

programu WPA “Open Doors”, o kterém se zmiňuji již výše. Během několika let jejich fungování byla uspořádána řada akcí a kampaní, které se snaží o osvětu. Mohu zmínit například kampaň v pražském metru, tiskové a rozhlasové konference nebo pořady o duševním zdraví.

Mezi další velmi povedené akce patří festival “Mezi ploty”. Jedná se o propojení široké veřejnosti a pacienty s duševním onemocněním v areálech psychiatrických léčeben. Původně velmi malé seskupení lidí se rozrostlo do jednoho z největších festivalů v České republice, který je každoročně navštěvovaný obrovskou masou lidí. Jak jsem již řekla, jedná se o festival - konkrétně umělecký. Prezentuje se zde divadlo, hudba ale i výtvarné umění a jiné umělecké disciplíny, kdy na jednom jevišti figurují duševně nemocní a profesionální umělci.

Důležité je zmínit projekt organizace Fokus Praha s názvem “Blázníš? No a!”, jenž se zaměřuje na věkovou skupinu od 15 do 25 let a především nejvíce na středoškoláky. Daly se dohromady české, německé a slovenské školy a právě Fokus Praha a dohromady vytvořili tento velmi dobře promyšlený program, jehož cílem je prevence duševních nemocí a zachování si duševního zdraví. Myšlenkou je vytvoření jakési besedy, kde se dohromady sejde odborník, nemocný a mladí lidé.

Již po dobu 28 let se každoročně koná “Týden duševního zdraví”, během něhož se koná velké množství koncertů, besed, výstav a různých diskuzí právě na téma duševních onemocnění. V České republice máme nadací a organizací, které se zaměřují na destigmatizaci mnoho. Pokud bych mohla některé zmínit, byly by to organizace Green Doors, Práh, ESET-HELP a nebo Fokus Praha, který jsem již několikrát zmiňovala ve své práci výše. Další jsou různá občanská sdružení jako Baobab, Altan nebo Mens Sana - tyto organizace se také zapojují do aktivit a akcí s cílem informovat a zamezit stigmatu. Velmi zajímavý krok České psychiatrické společnosti je vytvoření ceny pro novináře, který má značné zásluhy na destigmatizaci.

Shrnutí destigmatizačních aktivit v ČR:

1. Destigmatizační kampaně:

“Týden duševního zdraví”

Projekt “Změna”

Festival “Mezi ploty”

2. Zapojení uživatelů v destigmatizaci

Poradenství poskytované samotnými pacienty psychiatrických léčeben

Možnost zaměstnání se v tréninkových kavárnách a obchodech (např. Green Doors)

3. Destigmatizační programy na školách

Projekt “Blázníš? No a!”

9. Metodika

9.1. Cíl výzkumu

Cílem mého výzkumu a vlastně celé mé bakalářské práce bylo zjistit, jak vnímají pohled na nemoc ti, kterým byla schizofrenie diagnostikována, zároveň jak to vnímají jejich blízcí a také možnosti integrace a jak je využívají. S tím souvisí i celkový pohled na život a jeho kvalitu.

9.2. Otázky rozhovoru

1. Jaký byl Váš život před propuknutí schizofrenie? (dosažené vzdělání, dětství, rodinný stav, zaměstnání, koníčky...)
2. Jak a kdy jste si všiml/a, že jste nemocný/á? Případně kdo si toho všiml jako první z Vašeho okolí?
3. Jak moc Vám schizofrenie ovlivnila života? (v čem/čím?) Případně dala Vám něco pozitivního?
4. Co Vaše rodina a přátelé? Jak se postavili k faktu, že jste nemocný - k Vám?
5. Setkal/a jste se někdy s negativní reakcí na Vaši nemoc? (kdy, proč, s kým...)
6. Jak byste hodnotil/a Vaši současnou kvalitu života?
7. Máte pocit, že se k Vám kvůli schizofrenii okolí otočilo zády?
8. Považuje za dobré rozhodnutí stát se součástí tohoto společenství/organizace a máte pocit, že Vám v něčem pomohlo/a nebo něco ulehčilo/a?
9. Co Vám pomohlo najít správnou cestu (v integraci)?
10. Cítíte se v organizaci/společenství příjemně? Doporučil/a byste toto rozhodnutí - stát se jejich součástí - nějakému známému se stejným osudem?
11. Přejete si něco do budoucna?

Všechny otázky jsem se snažila koncipovat tak, abych se nedotýkala lékařské stránky věci, jelikož o tom, jak jsem již několikrát zmínila, moje bakalářská práce není. Otázky jsem se snažila formulovat tak, aby byly srozumitelné pro všechny dotazované a také tak, abych je mohla během rozhovoru upravit do takové formy, aby nebyly dotyčnému nepříjemné.

9.3. Charakteristika zkoumaného vzorku

Mým původním úmyslem bylo, udělat rozhovor s jednotlivými klienty organizací, na které jsem se zaměřila ve své teoretické části. Bohužel byla naše komunikace, většinou po

prvotních emailech a zaslání mých otázek s tím, že se mi určitě ozvou, ukončena. Nikdy se neozvali. Obrátila jsem se tedy na menší organizace a také jsem vytvořila letáček, který jsem nechávala různě po školách, známých a některých pracovištích.

Nezávisle na sobě se mi ozvali tři dobrovolníci, ve věku od 28 do 57 let. Všichni byli seznámeni s mými otázkami předem a také jsem je upozornila na to, že celý náš rozhovor je anonymní a pokud by jim byla nějaká otázka nepříjemná nebo na ni nechtěli odpovídat, nic se neděje a jednoduše ji přeskočíme. Také jsem se zeptala, zda by jim nevadilo, že si rozhovor budu nahrávat. To jsme stvrdili podpisem.

Kvůli zachování anonymity jsem změnila jména klientů.

9.4. Metoda výzkumu

Pro svoji práci jsem zvolila kvalitativní metodologickou formu, konkrétně polostrukturovaný rozhovor. Díky této metodě jsem měla možnost přeskokovat některé otázky, a pokud se stalo, že na některou bylo odpovězeno v rámci jiné, nemusela jsem se opakovaně ptát a rozhovor mohl přirozeně plynout.

9.5. Způsob provedení výzkumu

Každý rozhovor byl jiný, ovšem všechny 3 měly poměrně příjemnou atmosféru. S každým respondentem jsem se na schůzce domluvila telefonicky a znovu je seznámila s tím, co je čeká a nastínila témata našeho rozhovoru. Vždy jsme se sešli v kavárně na Letné, kterou jsem vybrala záměrně. Sama se v ní cítím velmi příjemně a během dopoledne zde není přeplněno, budeme mít tedy soukromí. S každým klientem jsem se sešla jednotlivě a po osobním seznámení, objednání slíbené kávy se zákuskem (jako poděkování) a podepsání souhlasu jsem přešla k samotnému rozhovoru.

Snažila jsem se navodit příjemnou a uvolněnou atmosféru, což se mi také ve 2 případech podařilo. V tom třetím jsem cítila, že ne všechny otázky jsou dotazovanému příjemné a tak bylo celé naše sezení poměrně krátké. Jinak se ale všichni snažili odpovídat nejlépe, jak to bylo v jejich silách a možnostech. Překvapilo mě, jak se mi v některých situacích otevřeli a dokonce jednu z respondentek zajímalo i mé téma práce a chtěla se o něm dovědět víc, dokonce mě poprosila, zda by si práci nemohla po dopsání přečíst. To mi udělalo velikou

radost a utvrdilo mě to v tom, že jsem si téma vybrala opravdu dobře. Každý z rozhovorů trval kolem 45 minut

Během rozhovorů jsem si nedělala žádné poznámky, pouze měla zapnuté nahrávací zařízení a snažila se s klienty plynule komunikovat. Jak jsem již zmínila, každý klient byl různě sdílný, proto se délka jejich odpovědí různí.

9.6. Seznámení s respondenty

V této části jsem se zaměřila na základní informace, které ulehčí orientaci v textu i lehčí porozumění výsledkům, které jsem během rozhovorů získala. Jde tedy o jakousi seznamovací část. Zároveň zde uvádím moje první dojmy, které jsem nabyla během rozhovoru, ať už se jedná o vzhled či celkovou atmosféru.

Romana

Romaně je 28 let a byla první, která se mi ozvala na můj letáček. Bydlí v jednom bytě s rodiči, kam se přestěhovala kvůli své nemoci. Už při příchodu do kavárny působila velmi uvolněně a to se mi během rozhovoru i potvrdilo. Při odpovídání na mé otázky působila klidně a snažila se podat mi co nejpodrobnější odpověď. Dokonce se mě na závěr ona sama ptala, na téma mé bakalářské práce a velmi se zajímala.

Romana nejen že působí velmi přátelsky a uvolněně, měla na sobě i velmi barevné oblečení a očividně o sebe dbá. Ve většině našeho rozhovoru se usmívala a nikam neuhýbala očima. Když odcházela, podala mi ruku a poděkovala, že se o “ně” zajímám.

Během našeho rozhovoru se zmínila o tom, že by se ráda zapojila do činnosti v neziskové organizaci, kde by působila například jako dobrovolník. Tuto skutečnost hodnotím velmi pozitivně a je tedy zřejmé, že se v této problematice svým způsobem našla, s tím ale může souviset i její pedagogické vzdělání. Jestliže je cílem terapií “pouze” léčba samotných klientů musím konstatovat, že zde je tento rámeček překročen.

Martina

Martině je 57 a je tedy nejstarší z mých respondentů. Od pohledu vypadala při nejmenším o 10 let starší, než ve skutečnosti byla. Opět se mi ozvala na můj letáček. Z původního panelového bytu, kde bydlela sama, se přestěhovala ke svému synovi, který bydlí v

rodinném domě společně se svojí ženou a dvěma dcerami. Působila lehce utrápeně a nervózně, ale jakmile jsme se seznámili a detailně jsem jí vysvětlila svůj záměr práce, bylo vidět, že z ní nervozita trochu opadla. Podobně to bylo i s otázkami, ze začátku odpovídala velmi stroze a zhruba v polovině se mi více otevřela. Když odcházela, trochu se usmívala a vzájemně jsme si popřáli hodně štěstí. Ona mě u státnic a já jí v životě.

Martina byla lehce při těle a její vyšší věk, o kterém jsem se zmiňovala výše, byl způsobený především jejím oblečením a velmi silnými brýlemi. Čeho jsem si taky všimla, byly její velmi prořídle vlasy, měla jich opravdu málo a proto při příchodu i odchodu měla na hlavě čepici. Na důvod ztráty vlasů jsem se neptala, přišlo mi to velmi osobní a nemístné. V jejím případě se jedná s největší pravděpodobností o typ pacienta, který se izoluje a spíše špatně nebo vůbec nespolupracuje, což vyplyne i z naše rozhovoru.

František

Františkovi je 34 a je jediným mužem v mém výzkumu. V současné době bydlí se svojí přítelkyní, která má také duševní poruchu, ovšem oba jsou ve stabilizovaném stavu a chodí do práce. Jako jediný si se mnou nedal zákusek ani kávu. Odůvodnil to tím, že se snaží po léčbě antipsychotiky zhubnout. Velmi ochotně souhlasil s rozhovorem a bylo vidět, že mu situace není vůbec nepříjemná. Při pokládání otázek působil zaujatě a vždy odpověděl velmi konkrétně.

František byl hodně vysoký a měl na obličeji mnoho jizev, pravděpodobně po silném akné. Jinak byl ale upravený. Bylo patrné, že se své nemoci nepoddal a má chuť do života.

10. Interpretace výsledků rozhovoru

Z odpovědí, které jsem dostala od svých respondentů, jsem vytvořila několik logických okruhů, ve kterých vždy reaguji na téma nějaké otázky či v některých případech i více otázek najednou, pokud spolu tematicky souvisí.

Život před nemocí

Jeden z mých respondentů má vysokoškolské vzdělání, jeden pouze učňovské a poslední má pouze základní vzdělání, protože u něj nemoc propukla během studia. Dva z nich sebe popisují jako studijní typy. Romana: *” No já jsem normálně dostudovala vejšku, od malička jsem chtěla být učitelka a tak jsem po gymplu podala přihlášku na ped'ák a oni mě přijali.*

Vlastně jsem byla dost studijní typ a moc mě to bavilo. Kvůli mojí nemoci ale učitelkou asi už nikdy nebudu. Oba rodiče mě v tom podporovali.“ Dětství hodnotí všichni kladně, Martina ale uvádí: “Rodiče na nás neměli moc čas a tak jsme se vychovávali vzájemně. Otec byl myslivec a maminka dělala v JZD. Ale byla to hezká doba.” Zároveň všichni tři pochází z kompletní rodiny. Martina i Romana jsou v současnosti svobodné a bez partnera. V případě Romany je to z toho důvodu, že jí partner kvůli nemoci opustil. Martině manžel zemřel a nového nemá a ani nehledá.

Upozornění na nemoc

Prvotní upozornění na to, že je něco v nepořádku proběhlo u každého z mých dobrovolníků jinak. U Romany to byl její přítel, s kterým v tu dobu žila. V případě Martiny se zjistila schizofrenie až na popud policie, která ji odvezla do psychiatrické léčebny. U Františka si toho začala všimnout jeho rodina, která nejprve příznaky jeho chování dávala za vinu těžkému průběhu puberty. *“Všichni rodičům říkali, že je to puberta, že to přejde.”*

Věk, ve kterém se nemoc zjistila, je také různý. Zatímco u Františka nemoc propukla během dospívání. Martina i Romana již dospělé byly.

Ovlivnění života

Všichni tři respondenti se shodují na tom, že jim schizofrenie ovlivnila a změnila život ve velké míře. Romana přestože má vysokoškolský titul, nemůže dělat práci, kterou by chtěla. Konkrétně na tuto otázku odpovídá: *“Hrozně, přišla jsem od přítele, vrátila se zpět k rodičům, nemůžu dělat práci, kterou bych chtěla a taky jsem přišla o dost kamarádů. Vlastně skoro o všechny.”* I Martina, stejně jako Romana, změnila kvůli své nemoci bydlení. V současné době bydlí u svého syna. Jediný František se osamostatnil a nyní bydlí se svojí přítelkyní.

Martina na své nemoci nevidí pozitivního vůbec nic. Zato Romana s Františkem si určitou pozitivní stránku nemoci našli. František: *“Spoustu volného času. A taky přítelkyni, seznámili sme se v léčebně.”* Romana: *“Kdysi jsem byla trochu povrchní, když si vedle mě sedl v metru někdo, kdo se divně choval, nebo jsem někoho takovýho potkala, měla jsem k němu totální odpor a asi i trochu strach. Po tom, co jsem prošla léčbou a prožila si to, jak mě spousta lidí přesně takhle odsoudila jsem začala s ostatními víc soucítit, vlastně mě i*

napadlo, že bych začala pomáhat v nějaký neziskovce, třeba u feťáků - jen teda nevím, jestli by mě přijali. Hrozně se teď stydím za svoje chování, byla sem blbá.”

Rodina a přátelé

Všichni tři se shodují na tom, že rodina byla během jejich léčby velmi důležitá. Přestože občas nebyla situace jednoduchá ani pro jednu stranu, jejich podpora byla velmi důležitá. O tom se zmiňují i ve své teoretické části, že rodina a její postoj k nemoci je zásadní. Rovněž upozorňují na to, že se schizofrenie netýká pouze nemocného, ale také velikou mírou zasahuje do jeho rodiny. V tomto případě je jedno, jestli je myšlena rodina jako rodiče či rodina, jako v případě Martiny její syn. Romana několikrát během rozhovoru děkuje svému otci, za jeho pozitivní přístup a za to, že byl velikou podporou jak pro ni samotnou, tak i pro její matku, která se s Romany nemocí tak snadno vyrovnat nedokázala. Popisuje to takto: *“Máma to nejdřív hrozně obřečela, furt opakovala “co tě to potkalo” a snažila se najít někoho, kdo za to může, že sem nemocná. Táta se mě zase snažil podpořit, on se mnou chodil na všechny vyšetření a sezení a za všema těma doktorama, psychiatrama a psychologama. Bez něj bych to nezvládla vůbec. A myslím, že nebýt táty, tak by tu mojí nemoc nezvládla ani máma.”*

Co se týče přátel, už tak jednotní nejsou. František jako jediný o přátele nepřišel a v současné době se stále stýkají. Martina nikdy příliš společenská nebyla, proto se jí tato otázka v podstatě netýká. Zato Romanu velmi mrzí, že o své přátele přišla a dává to za vinu sama sobě. Myslí si, že je od sebe odehnala svým chováním, když u ní nemoc propukla.

Negativní reakce

S negativní reakcí se setkali také všichni, ovšem jenom dva jí čelili tváří v tvář. Jak píše výše ve své práci, negativní reakce je zapříčiněna především neinformovaností společnosti a je velmi častou příčinou relapsu a také častým důvodem páchání sebevražd. Je pro mě tedy velmi smutné, že s tímto problémem má zkušenost 100% mých dotazovaných, přestože byli pouze tři. Romana se setkala s negativní reakcí jak od cizích, tak od svých přátel, což jí prý velmi mrzelo. František zase popisuje svojí situaci během hledání práce, jakmile se při pohovoru zmínil o své diagnóze, vždy ho odmítli. *“Když sem hledal práci tak jo. Skoro nikde mě nechtěli zaměstnat, přitom už sem byl v pohodě. Vždycky sem někam přišel, všechno bylo dobrý, dokud sem neřekl, co mi je. To na mě začali koukat dost*

odtažitě a rychle rozhovor ukončili. Pak se vždycky omluvili a odmítli mě. Nebo řekli že zavolaj a nezavolali.”

Na moji otázku, zda si myslí, že je společnost informována dobře, odpověděli všichni v podstatě jednohlasně, že ne. Společnost má velmi malé povědomí a většinou se také podle Romany stává, že si duševní nemoci pletou a pokud se někoho zeptáte, co to schizofrenie je, tak neví.

Kvalita života

V případě Martiny se u této otázky odráží celková atmosféra naše rozhovoru. Romana i František vidí svojí situaci pozitivně, přestože jim život přinesl spoustu překážek. Martina ale odpovídá pouze stroze: *“Rozhodně by mohlo být lépe”*. Celkově z celého povídání, postoje jejího těla i výrazu ve tváři usuzuji, že nad sebou zlomila hůl a její postoj je spíše rezignovaný. František si pochvaluje práci, kterou přes počáteční neúspěch našel a Romana vidí světlejší zítřky.

Organizace

Organizacím ve své práci věnuji poměrně velikou část a osobně si myslím, že je u nás zastoupeno mnoho společenství, které nabízí širokou škálu možností a každý si může najít to, co je pro něj nejpříjemnější a zároveň vhodné. Zároveň organizace nepomáhají pouze samotným klientům, ale také jejich rodinám. Dva dotazovaní mají s neziskovými organizacemi velmi dobrou zkušenost. Romana jmenuje i konkrétní společenství, které navštěvuje, a to Fokus Praha. Kam chodila poměrně často, ale vzhledem ke zlepšení jejího stavu už není nutné navštěvovat organizaci tak pravidelně. Stejný pohled na věc má i František, který říká, že díky organizaci, kterou navštěvoval, se dostal opět na vlastní nohy, je schopný bydlet sám se svojí přítelkyní a chodit do práce.

Úplným opakem je Martina, která pouze kdysi jednou nějakou organizaci navštívila, ale protože se tam necítila dobře, tak na ně nadobro zanevřela a proto žádné terapeutické centrum, podpůrnou skupinu ani cokoli jiného nenavštěvuje. Odůvodňuje to tím, že se “tam” necítila dobře. V několika jejích odpovědích se také dozvídám to, že není ráda mezi lidmi a v podstatě ani lidi ráda nemá. To si myslím, že je i důvod, proč nikam chodit nechce a žádnou pomoc nevyhledává. Velmi mě proto překvapilo, že přes takový pohled na věc souhlasila s mým rozhovorem.

Na toto téma jsem narážela i ve své předposlední otázce, kde jsem se ptala opět na organizace - konkrétně na to, zdali považují za dobré rozhodnutí stát se součástí nějakého společenství a zda by to doporučili i někomu dalšímu. Vzhledem k předešlé odpovědi Martiny jsem tuto otázku v jejím případě úplně vypustila. Zbývá mi tedy pouze Romana s Františkem, kteří se shodují i v tomto případě a opět mají velmi pozitivní odpověď. Své rozhodnutí by udělali znovu a rozhodně by to doporučili i ostatním.

Nalezení správné cesty

Další otázka navazovala na tu předešlou. Zajímala jsem se o nalezení správné cesty - integrace. Všichni tři uvádějí, že pro ně byla velmi důležitá rodina a Romana s Františkem se také shodují na tom, že jim velmi pomohlo navštěvování organizace. Martina zase zmiňuje své dvě vnučky, které jí dávají chuť do života a o které se může starat. Říká: *“Jsou moje jediná radost.”*

Zde můžeme vidět spojitost s otázkou, týkající se rodiny. Jelikož ta pro ně byla nejenom podporou, ale také jim očividně pomohla dostat se opět na vlastní nohy a mít život ve vlastních rukách. Je velmi důležité věřit sám v sebe. Bohužel jsem neměla možnost udělat rozhovor s někým, kdo svoji rodinu nemá, nebo se nestýkájí. Jejich pohled by byl na tuto otázku určitě jiný a zároveň by se odpověď lišila i v případě podpory, která se nemocným dostává.

Přání do budoucna

V otázce na přání do budoucna Romana zmiňuje, že by si chtěla najít vlastní byt a konečně se od rodičů osamostatnit, také by si chtěla najít zdravého partnera a založit s ním rodinu. *“Chtěla bych ten svůj byt, to bych si přála hodně. A taky zase si někoho najít k sobě. Někoho, kdo mě bude brát i s mým problémem a bude tolerovat všechny moje výkyvy. Ale nechci někoho nemocného, chtěla bych normálního kluka. A taky jednou děti. Aspoň dvě, ale ještě nevím, jestli bych to zvládla. Musím tomu dát čas a hlavně toho chlapa, no. Jo a taky bych chtěla vidat kamarády. Hodně mi chybí holčičí povídání, máma je skvělá ale je to máma, chápete. To mě trápí hodně, že sem je od sebe odehnala.”* Martina by se zase chtěla odvděčit synovi, který ji u sebe nechává bydlet. *“Chtěla bych se nějak odvděčit synovi a snaše, že si mě k sobě vzali. Zabírám jednu místnost v domě a taky mě živí. Já jim sice dávám nějaké peníze, ale určitě je stojím mnohem víc. A taky bych se chtěla úplně*

uzdravit, abych mohla být s vnučkami co nejčastěji.” A můj poslední respondent František si stejně jako Romana přeje se svojí současnou přítelkyní založit rodinu: *“Chtěli bysme mít děti, jen se trochu bojíme. Tak uvidíme, jak to nakonec dopadne. Ale jinak asi ani ne, sem docela spokojenej.”*

11. Pohled z druhé strany

Pro konkrétnější pohled na problematiku a celkově větší proniknutí do jádra věci jsem měla možnost udělat rozhovor s Kristýnou, se zaměstnankyní Café na půl cesty. Což je, jak jsem již výše zmiňovala, jedna z tréninkových kaváren organizace Green Doors. Tuto možnost považuji za velmi přínosnou, jelikož je s klienty a zároveň zaměstnanci v jedné osobě v dennodenním kontaktu a může mi tak říci něco o chodu i o jejím pohledu na tuto formu integrace. Ptala jsem se jí na celkové fungování této kavárny, a jak na celý proces integrace v této kavárně nahlíží ona sama.

Uvádí, že nejčastěji se setkává s dvěma typy klientů. Nejčastěji jsou to pak ti, kteří v začátcích své práce nepatří zrovna k těm nejšíkovnějším a “zdravé” zaměstnance zdržují, jelikož po nich musí neustále něco opravovat a jsou tedy spíše nesamostatní. Říká: *“člověk s nima ze začátku nerad pracuje, protože furt musí něco kontrolovat, řešit a tak”*. Po nějaké době ale přichází bod zlomu, kdy už jsou v práci zběhlí a začíná je velmi bavit, v tuto chvíli pak většinou přecházejí do nejvyššího stupně, který v rámci tréninkových kaváren organizace Green Doors nabízí, tou je restaurace Mlsná kavka. Sama pak uznává, že když po nějaké době přijde do tohoto podniku na oběd, jsou tito lidé k nerozeznání od běžných zdravých smrtelníků.

Zároveň se ale setkává s druhým typem lidí, pro které je práce nad jejich možnosti a nejsou schopni ji ani po nějaké době vykonávat. Pokud tato situace nastane, jsou klientům nabídnuty jiné alternativy, kde by mohli pokračovat ve své cestě k integraci. Jednou z nich je i kavárna V. kolona, což je nejjednodušší stupeň, který organizace nabízí.

Sama konstatuje, že se setkává spíše s prvním typem klientů, ale není výjimkou ani druhý typ, ve kterém buď klienta špatně odhadl terapeutický tým, nebo je chyba někde jinde. Dle jejího názoru je velmi důležité, aby byl klient dobře zařazen do stupně, který je pro něj vhodný a bude v jeho silách zvládat příslušnou zátěž, jelikož v jiném případě by ho tato forma terapie nikam neposouvala.

V závěru uznává, že integrace v některém z tréninkových pracovišť je velmi dobrá a má smysl. A pokud je klientovi vhodně vybraný typ začlenění, tak dopad na resocializaci je neuvěřitelný.

12. Pohled ze strany terapeuta

Mezi další z neocenitelných zkušeností, která se mi naskytl, byla možnost udělat rozhovor s Janem, terapeutem a vedoucím provozu v jedné z tréninkových kaváren. Vzhledem k jeho praxi, kterou nasbíral za několik let práce s duševně nemocnými lidmi, bych jen stěží hledala povolanejší osobu, která by mi své poznatky mohla předat. Cílem našeho rozhovoru bylo především obeznámení s tím, jak organizace funguje a také mě zajímal jeho vlastní názor.

Nejprve náš rozhovor směřoval k obecnějším informacím, kterými jsou například to, jací klienti jsou cílovou skupinou. Primárně mě upozornil, že v organizaci se pomáhá jen těm klientům, kteří jsou již ve stabilizovaném stavu a procházejí již léčbou. Tedy není možné přijmout někoho, kdo s léčením teprve začíná nebo je v období relapsu. Zároveň ale říká, že věkově omezení nejsou vůbec.

Hlavní náplní práce je pomoc se získáním pracovních zkušeností. Jan říká: *„Snažíme se, aby se otrkali. Spousta z nich pak nastoupí do klasického zaměstnání a díky nám a zkušenostem, který tu získají, jsou pak schopní naplno pracovat.“* Je nutno poznamenat, že možnost zaměstnání ale nabízejí i další firmy, které se do projektu pomoci se Jsme ozaměstnáváním zapojili. Jedná se například o firmy jako je Dobrá trafika, Vypálené košťátko nebo pekárna Kabát. Čehož si prý velmi váží. *„Spousta těch zaměstnanců z toho má strach, neví, do čeho jdou. Přitom to chce jen trochu víc trpělivosti a my jim pomáháme. Navíc se jim to i vyplatí. Od státu tam pak mají různé úlevy na daních a příspěvky.“*

Pokud se klienti rozhodnou pracovat v některém z nabízených zaměstnání, mají velmi často výběr z více pozic, především ale záleží na jejich umu a také na úrovni jejich samostatnosti a psychickém stavu. Většinou se ale jedná o pozici barman, kuchař nebo pomocník s úklidem. Je velmi sympatické a pro nemocné, i dle mého názoru, silně motivující, že za odvedenou práci dostávají zapláceno.

Zda je jejich práce smysluplná a má výsledky mi dal Jan naprosto jasnou odpověď. Dle dlouhodobých výsledků, které si organizace dělá, prošlo rukama během minulého roku více než 600 klientů a toto číslo každoročně roste. A především, co je nejdůležitější, tak 59% procent lidí, kteří programem prošli, jsou i po roce ukončení rehabilitace v pracovním procesu.

13. Shrnutí

Vzhledem k tomu, že jsem měla se všemi respondenty osobní kontakt, mohla jsem si všimnout i jejich nonverbálního vyjadřování a také je blíže poznat. Všechny tyto dílčí poznatky a můj vlastní pocit složily jeden veliký celek, který jsem si odnášela z každého rozhovoru.

Zásadní věc, kterou jsem si potvrdila během rozhovorů, i během načítání literatury byl fakt, že rodina je velmi důležitá a pomáhá nemocným postavit se na vlastní nohy. Jak jsem již zmínila, bylo by velmi zajímavé porovnat tuto skutečnost s někým, kdo rodinu nemá a musí svoji podporu brát jinde. Bohužel jsem měla veliký problém sehnat jakékoli respondenty a nemohla jsem si vybírat, byla jsem ráda za každého. Jsem si proto vědoma, že svoje poznatky nemohu brát jako zásadní a relevantní, jsou pouze určitou sondou do dané problematiky.

Druhý poznatek je důležitost organizací, které svým klientům pomáhají s integrací a uchopením svého života. Všimla jsem si toho, že František i Romana mají na svůj život pozitivní pohled a nějakou organizaci buď v minulosti navštěvovali, nebo stále navštěvují. Byla z nich cítit mnohem větší sebejistota a také chuť krůček po krůčku budovat svoji samostatnost a postupně být opět svými pány. Toto jsem ale z Martiny, která jako jediná nikam nechodila ani nechodí, necítila. Naopak jsem cítila, že sama nad sebou pravděpodobně zlomila hůl a žádný progres už nevidí a z rozhovoru vyplynulo, že se o něj ani nijak nesnaží. Myslím si, že kdyby překonala svůj problém s lidmi nebo se rozhodla pro individuální terapii, mohla by se v mnohém zlepšit. Je ale na každém z nás, kterou cestu si vybereme a ona se rozhodla pro tuto. Z dlouhodobějšího hlediska je zřejmé že vliv na kvalitu života bude mít její přístup značný.

Pohled z druhé strany, který jsem dostala od zaměstnankyně z tréninkové kavárny, považuji za velmi přínosný. Jak sama říká, klientům může tato zkušenost velmi pomoci a dokáže je dostat až do takové fáze, kdy nelze rozpoznat rozdíl mezi nemocným a zdravým jedincem. Nesmírně si vážím její zkušenosti, a že se se mnou o ni podělila. Dle mého názoru těmto lidem nepomáhá jenom samotná práce ale i fakt, že pracují s lidmi, kteří nemají žádné duševní či jiné onemocnění (jako je například Kristýna) a dostává se jim tedy pocitu, že nepracují v nějakých speciálních podmínkách, které jsou pro ně vytvořeny, ale že stejnou práci vykonávají i běžní zaměstnanci.

Stejně jako možnost rozhovoru s Kristýnou si vážím i zkušeností Jana. Díky němu jsem se dověděla i něco více o chodu od těch, kteří za fungováním a úspěchy stojí. Je velmi potěšující, že mají výsledky a jejich klientům terapie touto formou opravdu pomáhá.

14. Závěr

Cílem mé práce bylo seznámit čtenáře se základními pojmy a alespoň částečně informovat o nemoci jménem schizofrenie. Díky mému výzkumu, jsem se mohla dovědět více a také sama sebe přesvědčit, že je velmi důležité, aby každý člověk nepropadal panice a nepoddával se své nemoci, neboť pozitivní pohled na svět a na nemoc je velmi důležitý.

Přestože je má práce odborná, nechtěla jsem ji věnovat nemocným či odborníkům, ale spíše laikům, které jsem chtěla především informovat o tom, jak můžeme lidem vlastně s jakýmkoli onemocněním, jak duševním tak fyzickým, pomoci a ulehčit jim jejich složitou situaci. Myslím, že v České republice je spousta možností, kdy se můžeme s duševně nemocnými seznámit a přesvědčit se, jak nazval svoji knihu Klaus Dörner, že “Bláznit je lidské”.

Je důležité zmínit, že obsáhnout veškeré možné informace a dostat se opravdu do jádra není vůbec lehké. Už při rozhodnutí, že toto téma je to pravé, jsem si byla vědoma, že největší problém budu mít se sháněním respondentů. Což se mi potvrdilo. Pokud bych se mohla vrátit v čase, rozhodně bych s hledáním dobrovolníků k rozhovoru začala ještě před psaním samotné teoretické části a především je obcházela osobně. Bohužel ale čas se vrátit nedá. Přesto si ale myslím, že poznatky, které jsem díky mým třem sezením získala, nejsou vůbec zanedbatelné a slouží k nahlédnutí do života schizofreniků.

Velmi si cením zasvěcení do práce s lidmi se schizofrenií, kterého se mi dostalo prostřednictvím rozhovoru se zaměstnankyní kavárny organizace Green doors a terapeutem Janem. Vážím si lidí, jako jsou právě tyto dva. Rozhodli se pro práci v takovém zařízení a jsou tedy součástí cesty k naprosté integraci a resocializaci. Díky jejich slovům jsem si potvrdila, že tento druh terapie opravdu má smysl a pokud je vhodně zvolený stupeň zátěže, můžeme vidět obrovské pokroky u jednotlivých klientů. Zároveň jsem si ale vědoma, že to není pro každého a pokud se vrátím ke svým respondentům, tak pro Martinu by to, dle mého názoru, vhodné nebylo.

Bohužel, jak jsem již předpokládala, osvěta ohledně duševních chorob je opravdu velmi nízká a když se mi povede alespoň jediného člověka svojí prací přesvědčit, že schizofrenie neznamena celoživotní stigma a není třeba se těmito lidem vyhýbat, budu sama pro sebe vítězem a moje snažení bude mít smysl.

15. Seznam použité literatury

RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1985-9.

MALÁ, Eva. *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. Praha: Grada, 2005. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0737-3.

ČEŠKOVÁ, Eva a Hana KUČEROVÁ, SVOBODA, Mojmír, ed. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9.

PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. V Praze: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.

ČEŠKOVÁ, Eva. *Schizofrenie a její léčba: průvodce ošetřujícího lékaře*. 3., rozš. vyd. Praha: Maxdorf, c2012. Jessenius. ISBN 978-80-7345-266-7.

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

TAKÁCS, Lea, SOBOTKOVÁ, Daniela a Lenka ŠULOVÁ, ed. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5127-6.

OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5199-3.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-0095-8.

CAMPBELL-MCBRIDE, Natasha. *Syndróm trávenia a a psychológie: prírodná liečba*. Bratislava: Európa, 2010. Šimon. ISBN 978-80-89111-68-8.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8

JAROLÍMEK, Martin. *O lidech, kteří onemocněli schizofrenií*. Praha: Občanské sdružení Baobab, 2006. ISBN 8025486192.

KUČEROVÁ, Helena. *Schizofrenie v kazuistikách*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2045-6.

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a František KOUKOLÍK. *Schizofrenie: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén, c2004. ISBN 80-7262-277-3.

Časopisy:

HINTERHUBER, Hartmann. STIGMA SCHIZOFRENIE: SNAHA O JEHO PŘEKONÁNÍ: sdělení z praxe. *Psychiatrie pro praxi*. Universitätsklinik für Psychiatrie, Innsbruck, 31.12.2001, 5, 216-220. ISSN 1213-0508.

OCISKOVÁ, Marie, Ján PRAŠKO, Kristýna VRBOVÁ, et al. STIGMATIZACE A SEBESTIGMATIZACE U PACIENTŮ SE SCHIZOFRENIÍ: souborný článek. *Česká a slovenská Psychiatrie*. Olomouc, 2014, 110(5), 250-258. ISSN 1212-0383.

TAKÁCS, Lea, SOBOTKOVÁ, Daniela a Lenka ŠULOVÁ, ed. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5127-6.

Inernetové zdroje

Baobab [online]. [cit. 2018-02-26]. Dostupné z: www.baobab-zs.cz/

Green doors [online]. [cit. 2018-02-21]. Dostupné z: www.greendoors.cz

Život a dílo lidí s duševním onemocněním [online]. [cit. 2018-03-13]. Dostupné z: <http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/05/publikace.pdf>

MENSA SANA, z. ú. [online]. [cit. 2018-03-10] Dostupné z: <http://menssana.cz/o-nas/>

Fokus Praha [online]. [cit. 2018-02-21] Dostupné z: www.fokus-praha.cz

16. Resumé

Ve své práci jsem díky své kvalitativní metodě výzkumu a polostrukturovaného rozhovoru měla možnost proniknout do života lidí se schizofrenií a utvrdila se v tom, že je velmi důležité těmto lidem pomoci, protože problémem je nejenom nemoc sama o sobě, ale také nálepka, kterou si s sebou každý nese a je velmi těžké se jí nepoddávat. Zároveň jsem ve své teoretické práci popsala možné cesty, jak destigmatizaci předejít, například návštěvou některých z mnou vyjmenovaných organizací, jaké jsou problémy se stigmatizací, a jaké jsou možnosti integrovat se zpět do běžného života.

17. Summary

In my work, thanks to my qualitative method of research and semi-structured interviewing, I was able to get into the life of schizophrenic people and confirmed that it is very important to help these people because the problem is not only the disease itself but also the sticker you everyone carries and is very hard not to give up. At the same time, in my theoretical work I described possible ways to prevent destigmatization, for example by visiting some of my listed organizations, what are stigmatization problems and what are the possibilities to integrate back into everyday life.

18. Seznam příloh

Příloha 1.

Polostrukturalizované rozhovory

Romana

Jaký byl váš život před nemocí, jaké máte dosažené vzdělání?

No já jsem normálně dostudovala veššku, od malička jsem chtěla být učitelka a tak jsem po gymplu podala přihlášku na ped'ák a oni mě přijali. Vlastně jsem byla dost studijní typ a moc mě to bavilo. Kvůli mojí nemoci ale učitelkou asi už nikdy nebudu. Oba rodiče mě v tom podporovali.

Tak třeba se k tomu ještě někdy vrátíte, až to půjde. Vy s rodiči stále bydlíte vid'te, bydlela jste s nimi vždy nebo jste se k nim vrátila až během nemoci?

Jojo, já jsem bydlela s přítelem od 20 let. On byl starší než já a už pracoval.

Byl? To znamená, že už spolu nejste - jestli se tedy mohu zeptat?

Ne, nejsme... Rozešli jsme se několik měsíců po tom, co to se mnou už bylo špatný. Řekl, že tohle nezvládne a odstěhoval se. Já už jsem pak nemohla byt platit sama, protože jsem si vydělávala jen příležitostně brigádama a většinu nájmu platil on a taky jsem v tom bytět být sama prostě nechtěla, a tak mi naši nabídli, abych šla k nim. No a už jsem tady zůstala... A vlastně sem ráda.

Měla jste nebo stále ještě máte nějaké koníčky?

Já moc na koníčky čas neměla. Byla sem pořád ve škole a pak doma s Lukášem. Ráda sem četla, to jo, ale to dělám pořád. Teď bych chtěla začít chodit někam tancovat. Tancovala sem jako malá, chodila sem do lidušky na tanečky, to bylo moc fajn. Tak bych chtěla zase.

Já jsem taky chodila na tanečky, tak chápu, že se k tomu chcete vrátit. Vy jste říkala, že jste normálně dostudovala veššku, takže jste onemocněla až po škole nebo nějak během ní? Podle mě to začalo státnicema, já sem hroznej nervák a vůbec sem to nezvládla. Ve škole sem se složila, ale nakonec to dopadlo dobře a ja dostudovala i s diplomem. Ale od té doby

to všechno začalo, prostě to vypětí a celej ten stav. Já to snášela hrozně blbě. První si toho začal všímat ten můj přítel.

Tak přejdeme k druhé otázce - kdo si první všiml, že jste nemocná?

Přítel, protože jsem mu řekla, o tý holce...

Tak to jste musela sebrat kus odvahy, abyste se takhle svěřila. To se Vám asi i trochu ulevilo, vidíte?

No mně jo, ale on si pak začal myslet, že si z něj dělám srandu a nakonec mi řekl, že jsem se zbláznila. A taky že jo...

Můžu se zeptat, už jsme na tuto otázku trochu narazili během našeho povídání, ale jak moc Vám schizofrenie ovlivnila život?

Hrozně, přišla jsem od přítele, vrátila se zpět k rodičům, nemůžu dělat práci, kterou bych chtěla a taky jsem přišla o dost kamarádů. Vlastně skoro o všechny. Možná to bylo taky tím, že jsem je určitou dobu nechtěla vidět a když jsme se viděla, byla sem na mě hnusná a tak tu chuť - se se mnou vídat prostě ztratili.

Já vim, že asi negativní věci převažují, ale je něco, co vám vaše nemoc dala, něco pozitivního?

Jo to jo, kdysi jsem byla trochu povrchní, když si vedle mě sedl v metru někdo, kdo se divně choval nebo jsem někoho takovýho potkala, měla jsem k němu totální odpor a asi i trochu strach. Po tom, co jsem prošla léčbou a prožila si to, jak mě spousta lidí přesně takhle odsoudila jsem začala s ostatníma víc soucítit, vlastně mě i napadlo, že bych začala pomáhat v nějaký neziskovce, třeba feťáků - jen teda nevím, jestli by mě přijali. Hrozně se teď stydim za svoje chování, byla sem blbá.

Tak ale takový přístup má spousta lidí, je to právě z toho, že o jejich problému nic neví a z toho, o čem moc nevíme, máme většinou strach. Přirozená lidská vlastnost, i když neříkám, že není špatná. Taky jsem se určitých stereotypů snažila zbavit. Ale jestli se Vám tohle povedlo a máte i chuť pracovat s lidmi, kteří mají současně nějaký problém je podle mě super, v tom vám fandim!

Jo, děkuju moc, snad to vyjde.

Jako další tu mám otázku na vaši rodinu, jak se postavila k faktu, že jste nemocná a vlastně i k Vám?

Máma to nejdřív hrozně obřečela, furt opakovala “Co tě to potkalo a snažila se najít někoho, kdo za to může, že sem nemocná”. Táta se mě zase snažil podpořit, on se mnou chodil na všechny vyšetření a sezení a za všema těma doktorama, psychiatrama a psychologama. Bez něj bych to nezvládla vůbec. A myslím, že nebýt táty, tak by tu mojí nemoc nezvládla ani máma. Kdyby měla jenom jí, tak se domů k rodičům nikdy nevrátím, nemohla bych bejt jenom s ní. Dost to ty moje problémy zhoršilo, ten její pohled a to, jak se za mě stydí. Vždycky, když mě pak navštívili v léčebně, úplně sem cejtla, že je jako ráda, že mě vidí ale zároveň chce brzy odejít, aby tady nemusela bejt.

A teď už to vaše maminka zvládá líp?

Jojo, teď už jo. Všechno si načetla, táta jí chodil půjčovat knížky do knihovny a taky si zašla k psychologovi sama. Ona se za mě nejdřív dost styděla, nebo já si to teda myslím. Když se zeptal někdo známej, jak se mám, tak se snažila vyhýbavě odpovědět a pak se radši těm lidem začala vyhejbat sama, aby se jí zeptat nemohli.

Setkala jste se někdy, s negativní reakcí na vaši nemoc?

Občas jo, hlavně od lidí, který mě moc neznali. Jednou jsem měla hroznou schůzku v centru, když jsem šla domů a nějaká ženská, když jsem si vedle ní sedla v tramvaji po chvíli vstala, šla si sednou jinam a pod fousy si řekla “fuj feťačka bláznivá”. Přitom já drogy nikdy nebrala... Nebo i některý známí, třeba bejvalí spolužáci. Měli jsme sraz se školou a oni mě nepozvali, protože “Bůh ví, co bych tam udělala za ostudu.” To mi bylo dost líto.

To chápu... Co teď vaše kvalita života, jak byste jí zhodnotila. Nemyslím nějak dlouhodobě zpětně, ale teď.

Ted' dobry, bylo špatně, bude líp - jak já říkám. Chtěla bych se zase osamostatnit, ale ještě se na to úplně necejtim. Občas to na mě ještě padne, hlavně musím brát léky. Napadlo mě třeba nějaký chráněný bydlení, ale to není ono. Chtěla bych sama.

Navštěvujete nějakou neziskovou organizaci, která vám pomáhá se začleněním se do společnosti?

Ted' už ne tak často, ale pořád chodím

Ulehčilo Vám to nějak vaší situaci?

Naučila jsem se koukat na svojí nemoc jako svojí součást, která ale není ta, co převažuje. Kdysi sem si myslela, že schizofrenie je celej můj život a všichni to hned ví a ukazují si na mě. Hrzně sem se za sebe styděla. Ted' už ne...

Můžu se zeptat na název té organizace

Fokus

Takže správnou cestu v léčbě a v cestě vaším životem Vám pomohl najít Fokus?

Hodně, a taky táta.

Ještě jednou k tomu Fokusu, pochopila jsem, že to tedy považujete za dobré rozhodnutí - stát se jeho součástí, doporučila byste ho někomu, se stejnou životní zkušeností, jako máte Vy?

Všema deseti! Já vim, že těch organizací je fakt hodně, ale já vyzkoušela jen ten Fokus, bylo to hned na první dobrou. Dost mi to tam sedlo. Ale asi to nemusí vyhovovat každému - vlastně jako všechno, každej si musí najít to svoje. Já asi kdybych neměla tu oporu doma, tak bych to vnímala možná jinak. Nevim.

No a poslední otázka, přejete si něco do budoucna?

Chtěla bych ten svůj byt, to bych si přála hodně. A taky zase si někoho najít k sobě.

Někoho, kdo mě bude brát i s mým problémem a bude tolerovat všechny moje výkyvy. Ale

nechci někoho nemocného, chtěla bych normálního kluka. A taky jednou děti. Aspoň dvě, ale ještě nevím, jestli bych to zvládla. Musím tomu dát čas a hlavně toho chlapa, no. Jo a taky bych chtěla vídat kamarády. Hodně mi chybí holčičí povídání, máma je skvělá ale je to máma, chápete. To mě trápí hodně, že sem je od sebe odehnala.

A nemyslíte, že by to mělo být oboustranný, že to není přece jenom vaše chyba, že se k vám otočili zády.

To jo, ale první krom musím udělat sama.

Dobře, budu Vám moc držet palce, ať se Vám v životě daří a splní se vám všechny vaše sny a přání a taky tu práci, co jste o ní mluvila. Mockrát Vám děkuju, že jste byla takhle otevřená a pomohla mi s bakalářkou, moc si toho cením.

Rádo se stalo, ráda bych si tu vaši práci pak přečetla. Je to super téma, a v současný době i dost potřebný. Takže děkuju vlastně i já, za to co děláte.

Martina

Tak jestli můžeme začít, zeptala bych se na první otázku. Jaký byl Váš život před propuknutím schizofrenie? Myslím tím, jaké máte dosažené vzdělání, jestli jste měla nějaké zaměstnání a koníčky...

Mám dokončené střední učiliště, jsem švadlena. Ale jako švadlena jsem nikdy nepracovala. Dělal jsem na poště doručovatelku, taky za pokladnou. Různě... Baví mě plést, to mě bavilo vždycky.

A mohu se zeptat na vaše dětství, jaké bylo?

Mám 5 sourozenců, vyrostla jsem na vesnici ale na učňák jsem šla do Prahy, moc lidí na malý dům.

A bylo to dětství šťastné?

Rodiče na nás neměli moc čas a tak jsme se vychovávali vzájemně. Otec byl myslivec a maminka dělala v JZD. Ale byla to hezká doba.

Vy jste se tedy přestěhovala do Prahy do školy a zde jste si našla i muže, je to tak?
Ano s manželem jsem se seznámila v práci, on dělal závozníka u nás v práci. 4 roky po svatbě měl autonehodu a tu nepřežil.

To mi je moc líto, opravdu... Mohu pokračovat k další otázce?

Můžete.

Kdy jste si všimla, že s vámi není něco v pořádku?

Já si toho nevšimla, odvedla mě policie, když jsem varovala lidi, že je v domě bomba ať jdeme do krytu, nebo umřeme...

V domě, kde bydlíte?

Teď už nebydlím, bydlela jsem tam předtím. Teď bydlím se synem v rodinném domě. Předtím jsem bydlela v paneláku.

A potom vám diagnostikovali schizofrenii?

Nejdřív to bylo tak, že jsem měla dostat nějakou pokutu za šíření poplašné zprávy, ale když jsem začala říkat, že je pod námi tajná stanice s agenty a že to všechno odpálí, tak mě odvezli na psychiatrii a tam si mě už nechali.

Jak moc vám schizofrenie ovlivnila život, myslím v čem a čím?

Moc, ovlivnila ho ve všem a vším

Můžete být konkrétní?

Nemohla jsem zůstat bydlet sama, musí se o mě starat syn... nechodím do práce. Vlastně už nechodím nikam.

A dala vám něco pozitivního?

To nevím, spíš ne.

A vaše rodina a přátelé, jak ti se postavili k faktu, že jste nemocná?

Já moc přátel nikdy neměla, jenom v práci kolegy. Když jsem se do práce už nikdy nevrátila, tak na mě asi zapomněli. Z rodiny mám jen syna, se sourozenci se nevidám, nepohodli jsme se při dědickém řízení a neviděli jsme se snad 15 let. Ale syn je hodný, vzal si mě k sobě, abych nemusela nikam do ústavu.

Tak to je opravdu hodný. Setkala jste se někdy s negativní reakcí na vaši nemoc?

Já ne, nikam nechodím. Ale když mi syn stěhoval věci z toho bývalého bytu, tak mi později řekl, že se k němu v tom domě nechovali hezky. Asi byli rádi, že ta bláznivá bába je pryč.

Můžu se zeptat, proč nikam nechodíte?

Protože nechci, vadí mi lidi.

Můžu se zeptat, proč jste souhlasila s rozhovorem k mé práci?

Syn přinesl leták z fakulty, že abych udělala krok v před a že vám tím můžu pomoci

A vy jste souhlasila?

Nejdřív ne, ale pak jsem vám zavolala a vidíte, jsem tady.

Já vám za to moc děkuji, velmi mi tímhle pomáháte a já si moc vážím, že jste přišla.

Není zač.

Další otázka se týká kvality života, jak byste ji zhodnotila. Myslím v současné chvíli.

Rozhodně by mohlo být lépe

Navštěvujete nějakou organizaci, která vám po propuštění z léčebny pomáhá s uchopením vaší situace a léčbou?

Ne, já jsem jednu navštěvovala ale vůbec se mi tam nelíbilo a tak jsem tam chodit přestala

Cítila jste se tam tedy nepříjemně, chápu to správně?

Přesně tak.

A co vám pomáhá najít správnou cestu k integraci do běžného života?

Syn a jeho žena, a taky vnoučata.

Máte vnoučata?

Dvě holky, jedné jsou 4 a druhé 2.

Tak to pomáháte s hlídáním a s péčí, vidíte?

Nejprve je se mnou snacha nechtěla moc nechávat, ale teď už je to se mnou lepší a tak je hlídám docela často.

Jste vlastně babička na plný úvazek.

To jsem, jsou moje jediná radost.

A poslední otázka, přejete si něco do budoucna?

Chtěla bych se nějak odvděčit synovi a snaše, že si mě k sobě vzali. Zabírám jednu místnost v domě a taky mě živí. Já jim sice dávám nějaké peníze, ale určitě je stojím mnohem víc. A taky bych se chtěla úplně uzdravit, abych mohla být s vnučkami co nejčastěji.

Tak já vám budu držet palce. Můžu vám děkuji za rozhovor, moc jste mi tím pomohla a snad to synovi nebudete mít za zlé, že vás k němu přemluvil. Poděkujte tedy za mě i jemu, je to i jeho zásluha.

Ne nebudu, ráda jsem vám pomohla. Přeju hodně štěstí s dokončením téhle vaší práce.

Děkuji

František

První otázku mám na život před nemocí, jaký byl? Zajímalo by mě, jaké máte dosažené vzdělání, jestli jste byl zaměstnaný, co vaše koníčky, dětství a tak.

Já sem onemocněl hodně brzy. Chodil sem na gympl, kterej sem ale nedodělal. Rok před maturitou mi na to přišli a já pak nebyl schopnej vrátit se do školy. Teď mě to štve, blběj nejsem, ale mám jenom základku. A dětství sem měl krásný, žádný problémy. Vlastně nikde nebyly žádný problémy, školou sem procházel s přehledem a doma taky dobrý. Pak mě ale tak nějak všechno přestávalo bavit, dost sem se zhoršil ve škole. Z jedniček a dvojek byly čtyřky a pětky. Doma sem se s každým začal hádat. Všichni rodičům říkali, že je to puberta, že to přejde. V pololetí sem propadal ze 3 předmětů. Pak sem se doma už nebavil s nikým. Mám bráchu, je o dva roky mladší. S tím sem vycházel vždycky dobře, i teď... ale tehdy sem ho nemohl ani cejtít. Přestal sem se bavit úplně s každým a úplně sem se uzavřel do sebe. To byl obrat o 180°, do té doby sem byl hodně společensky založený, furt někde venku s kámošema, hrál sem fotbal. S kterým sem přestal v pololetí, doma to nechápali. Hrál sem ho od 5 let a teď ze dne na den sem řekl, že tam už nepůjdu. Pak sem doma začal bejt dost agresivní, máma po mě něco chtěla a já jí začal sprostě nadávat nebo jí vyhrožoval, ať mě nechá, nebo jí něco udělám. Pak sem začal blbnout se sebevraždou a pak doma zavolali RZP a ta mě odvezla. No a pak sem tam byl zavřenej.

Jak moc vám schizofrenie ovlivnila život?

Tak nedokončil sem tu školu, takže můžu dělat akorát lopatu. Taky mám teď invalidní důchod, takže všichni vrstevníci dělaj manažery a já ve fabrice u pásu. A to sem chtěl jít na vejšku, na FTVS.

A dala vám něco?

Spoustu volného času. A taky přítelkyni, seznámili sme se v léčebně.

Vaše přítelkyně má stejnou diagnózu?

Nene, ta má maniodepresivní psychózu - teď teda bipolární afektivní poruchu. Dělán si vždycky srandu, že máme doma taky takovej malej blázinec.

No tak to vám přeju, myslím tu přítelkyni. Mluvil jste o dobrým vztahu s rodinou, teď už je to zase stejně dobrý?

Teď už jo, jen se teda rozvedli, ale to je zase jinej příběh.

A vaši kamarádi, jak ty se k tomu postavili?

Nejdřív moc nevěděli o co jde, ale teď se zase normálně vídáme, dokonce si s nima zajdu občas zakopat nebo na pivo.

Zažil jste někdy negativní reakci na vaší nemoc?

Když sem hledal práci tak jo. Skoro nikde mě nechtěli zaměstnat, přitom už sem byl v pohodě. Vždycky sem někam přišel, všechno bylo dobrý, dokud sem neřekl, co mi je. To na mě začali koukat dost odtažitě a rychle rozhovor ukončili. Pak se vždycky omluvili a odmítli mě. Nebo řekli že zavolaj a nezavolali.

Ale teď pracujete, tak se to povedlo, ne?

To je vtipná historka. Já se to dověděl až nedávno, mysleli si, aby se mě to jako nedotklo. Chcete jí slyšet?

Povídejte.

Nemohli nikoho sehnat, vždycky přišel někdo strašnej a oni ho odmítli. A protože někoho potřebovali, tak jim nadřízení řekli, ať přijmou prvního magora, co přijde - fakt, takhle doslova to bylo. No a přišel sem já, chápete. A fakt mě přijali a sem tam do teď.

Tak to je vtipná náhoda, ale práci máte, to je dobře. Co vaše kvalita života, jak byste jí zhodnotil. Myslím teď, v současné době.

Já myslím, že dobrý. Mám práci, už sem v pohodě. Vlastně žiju docela normální život.

Navštěvujete nějakou organizaci, která vám pomohla s integrací do běžného života?

Po propuštění sem chodil hodně dlouho, teď už to nepotřebuju, už sem dobrej.

A máte pocit, že vám to něco ulehčilo nebo nějak pomohlo?

Jo to jo. Bez toho bych nebyl tam, kde sem teď. Postavili mě zase na nohy. Je ze mě docela normální kluk

To je tedy "to" co vám pomohlo najít tu správnou cestu?

Jo, "správná cesta" takhle bych to nějak řekl. A hodně se podporujeme s přítelkyní navzájem, ta už je taky v pohodě. Chodili sme na terapie spolu, mně to sice trvalo trochu dýl, ona je z nás dvou v tomhle ta silnější.

Tak vždycky je lepší být na něco - cokoliv ve dvou. Takže to považujete za dobré rozhodnutí, terapie navštěvovat a stát se součástí nějakého společenství?

Kdybych byl ve stejný situaci jako tehdy, ten krok bych udělal znova. Teda taky pomohli léky, ale bez terapií bych nebyl tam, kde sem teď. Jak sem už říkal. Ale teda pěkně sem po nich přibral, tak se to teď snažim shodit. Vždycky sem byl hubenej a teď sem tlustej.

A jsme u konce, přejete si něco do budoucna?

Chtěli bysme mít děti, jen se trochu bojíme. Tak uvidíme, jak to nakonec dopadne. Ale jinak asi ani ne, sem docela spokojenej.

Tak to vám budu držet palce, aby se to nakonec povedlo. Děkuju za odpovědi, moc jste mi pomohl.

Není zač, snad vám to k něčemu bude.

Bude! Děkuju ještě jednou.

Kristýna

Jenom bych potřebovala popsat, jak vidíš celý ten projekt integrování lidí s duševní nemocí takhle přes práci v nějakých trénigových kavárnách/restauracích - a jestli víš, ze svojí vlastní zkušenosti s těma lidma, jestli to fakt funguje a jestli jim to pomůže

Tak takhle. Myslím, že se vždycky setkávám s dvěma typama klientů. Jedni jsou takoví, kteří přijdou na směnu a není to úplně ončo, člověk s nima ze začátku - z barmanský pozice - nerad pracuje, protože furt musí něco kontrolovat, řešit a tak. A pak většinou nastává hroznej bod zlomu když se zajedou, ta práce je začne ohromně bavit a jsou vlastně nadšený z každý vyvedený směny. Tyhle lidi od nás pak postupujou dál a když pak sem tam zajdu na oběd do Mlsný kavky - to je jakoby nejvyšší stupeň, kam mohou klienti dojít pokud chtějí - , skoro bys ani neřekla, že to jsou klienti a ne normální servírky nebo číšníci. Zároveň už s nima máš po společný práci nějakej vztah a fakt je prima je vidět. A pak je ta druhá skupina lidí, která nevim jestli byla špatně odhadnutá terapeutickým týmem nebo proč, ale evidentně je na ně práce - kor třeba v létě v sezóně - tak náročná, že se s nima musí ukončit spolupráce v Café na půl cesty a jsou jim nabídnutý alternativy - třeba pracovat v Pátý koloně nebo tak. Většinou se u nás odehrává ten první případ, ale ani tohle není výjimkou, že klient ještě není v tom stadiu, ve kterým by to u nás zvládnul a někam by ho to posunulo. Takže podle mě jo, má to obrovskej smysl a dopad na zlepšení a nějakou resocializaci, jen je podle mě důležitý “proklepnout” potenciálního člověka dost na začátku, aby byl zařazenej do dobrýho stupně terapie. Ale nemam šajna, jak se ty výběrka dělaj..

To jsem přesně chtěla vědět. Děkuju moc

Není vůbec zač.

Jan

Ráda bych se zeptala, jak funguje celý tento projekt integrování lidí se schizofrenií do běžného života skrz práci v tréninkových pracovištích. A také jaký je váš vlastní názor, zda to opravdu funguje.

No tak asi začneme celkově o fungování. Zabýváme se pomocí lidem s duševními chorobami. Teda hlavně schizofrenie a schizotypní poruchy. Ta nabídka toho, co děláme je dost široká, ale vím, že hlavní téma našeho rozhovoru jsou ty tréninkové programy. Funguje to tak, že máme 3 stupně zátěže. Nejdřív je V kolona, kde pracují ty, který jsou zároveň ještě pacienti Bohnický léčebny. Jako další je Café na půl cesty. Tam už je to trochu složitější, ta práce je náročnější a taky tam stráví víc času. Poslední je pak restaurace Mlsná Kavka a tam už je to klasická práce v restauraci, jako každá jiná.

Mě by zajímalo, jak se tam ti klienti vybírají. To prostě přijdou na pohovor jako „my“?

Vlastně jo. Ale nejdřív musí projít prohlídkou u psychiatra a pak přijdou k nám.

Takže se stává, že někoho odmítnete?

Spíš se stává, že někdo nastoupí, všechno je OK, ale jakmile začne pracovat, tak to prostě nezvládá a pak končí. Ale taky se stává, že má zájem o práci někdo, kdo neprojde přes psychiatra.

A pak, když nastoupí, jak to funguje?

Vybere se jim vhodnej stupeň a taky pozice a pak začnou pracovat. Nejdřív mají asistenta a pak už jedou sami na sebe. Snažíme se, aby se otrkali. Spousta z nich pak nastoupí do klasickýho zaměstnání a díky nám a zkušenostem, který tu získaj, jsou pak schopný naplno pracovat. Hlavně nepracují jenom u nás, máme spoustu partnerů, který s náma spolupracují. Toho si moc vážíme. Né každá firma do toho chce jít. Spousta těch zaměstnanců z toho má strach, neví, do čeho jdou. Přitom to chce jen trochu víc trpělivosti

a my jim pomáháme. Navíc se jim to i vyplatí. Od státu tam pak mají různý úlevy na daních a příspěvky.

A kdybych se zeptala na ten váš názor, opravdu to funguje?

Rozhodě. Zapisujeme všechny výsledky. Každý rok vydáváme výroční zprávu, kde to prezentujeme i dál. V roce 2016 nám prošlo rukama kolem 500 lidí, minulej rok to už bylo 600. A pak když se ukážou zpětně tak většina z nich pracuje, studuje – jednoduše funguje. Podle informací, co mám je snad 59% z nich zaměstnaných, nebo pracujou a to je úžasný. Taky většina z našich klientů nemá relapsy. Prostě se jim daří líp. Sem na to dost pyšnej. Snad to takhle pěkně půjde dál.

Doufejme. Moc gratuluju. A děkuju, že jste si na mě udělal čas, zas se na to můžu koukat trochu jinak.

Za

málo.

Hledám dobrovolníky

Rozhovor na téma “Integrace klientů se schizofrenií do společnosti”

Pro svoji bakalářskou práci hledám několik dobrovolníků, kterým byla diagnostikována schizofrenie a byli by ochotni udělat se mnou krátký rozhovor na téma integrace do společnosti a jejich vlastní zkušenost

Pokud byste měl/měla zájem budu velmi ráda, když se mi ozvete na **telefonní číslo 736 447 567** nebo na **e-mail po.tereza@gmail.com**

Jako poděkování nabízím alespoň kávu, kterou si můžeme společně vypít během rozhovoru

po.tereza@gmail.com
tel: 736 447 567

po.tereza@gmail.com
tel: 736 447 567

po.tereza@gmail.com
tel: 736 447 567

po.tereza@gmail.com
tel: 736 447 567

po.tereza@gmail.com
tel: 736 447 567

po.tereza@gmail.com
tel: 736 447 567

po.tereza@gmail.com
tel: 736 447 567

po.tereza@gmail.com
tel: 736 447 567

po.tereza@gmail.com
tel: 736 447 567

Hledám dobrovolníky

Rozhovor na téma “Integrace klientů se schizofrenií do společnosti”

Pro svoji bakalářskou práci hledám několik dobrovolníků, kterým byla diagnostikována schizofrenie a byli by ochotni udělat se mnou krátký rozhovor na téma integrace do společnosti a jejich vlastní zkušenost

Pokud byste měl/měla zájem budu velmi ráda, když se mi ozvete na **telefonní číslo 736 447 567** nebo na **e-mail po.tereza@gmail.com**

Jako poděkování nabízím alespoň kávu, kterou si můžeme společně vypít během rozhovoru