

**Univerzita Karlova v Praze**

**Husitská teologická fakulta**

# **Bakalářská práce**

**Vliv schizofrenie na kvalitu života**

**Schizophrenia: Impact on quality of life**

**Vedoucí práce:**

**MUDr. Jiřina Ondrušová**

**Autor:**

**Veronika Konopásková**

**2011**

*Mé poděkování patří MUDr. Jiríně Ondrušové za cenné rady a připomínky. Také děkuji všem mým respondentům za ochotu a otevřenost. Dále děkuji mému partnerovi Mgr. Tomáši Hanzákovi za podporu a trpělivost.*

*„Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci s názvem Vliv schizofrenie na kvalitu života napsala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.“*

*V Praze dne 29. 6. 2011*

*Veronika Konopásková*

## **Anotace**

Cílem práce je porozumět dopadu schizofrenie na kvalitu života nemocného. Je vymezen pojem schizofrenie, představeny její nejběžnější formy a příznaky. Popisují vznik, průběh a prognózu této nemoci. Věnuji se pojmu *relaps* a riziku suicidia u pacientů se schizofrenií. Pojednání o léčbě je rozděleno na psychosociální a biologické metody.

Zabývám se pojmem *kvalita života* v jeho obecné rovině a ve spojení se schizofrenií. Je diskutován problém stigmatizace duševně nemocných.

Na příkladu tří vybraných organizací (Baobab, ESET-HELP, DPS „Ondřejov“) ilustruji pestrou škálu nabízených programů psychosociální rehabilitace duševně nemocných.

Abych co nejautentičtěji zachytila všechny aspekty života se schizofrenií, provedla jsem tři hloubkové rozhovory s osobami s diagnózou schizofrenie.

**Klíčová slova:** Duševně nemocní, Hloubkový rozhovor, Kvalita života, Psychosociální rehabilitace, Relaps, Schizofrenie, Stigmatizace, Suicidium

## **Annotation**

The goal of the thesis is to understand the impact of schizophrenia on quality of life of the patient. Schizophrenia is defined and its most common forms and symptoms are presented. I describe the origin, course and prognosis of the disease. I focus on the concept of *relapse* and suicide risk in patients with schizophrenia. Treatise on the treatment is divided into psychosocial and biological methods.

I deal with the concept of *Quality of life* in general and in connection with schizophrenia. I discuss the problem of stigmatization of the mentally ill patients.

The example of three selected organizations (Baobab, ESET-HELP, DPS "Ondřejov") illustrates the wide range of psychosocial rehabilitation programs offered for mentally ill.

To capture authentically all aspects of life with schizophrenia, I conducted three in-depth interviews with persons diagnosed with schizophrenia.

**Key words:** In-Depth interview, Mentally ill, Psychosocial rehabilitation, Quality of life, Relapse, Schizophrenia, Stigmatization, Suicide

# Obsah

<b>1 Úvod .....</b>	<b>7</b>
<b>2 Schizofrenie .....</b>	<b>9</b>
2.1 Schizofrenie – definice pojmu.....	9
2.2 Formy schizofrenie.....	10
2.3 Příznaky.....	12
2.4 Vznik, průběh a prognóza .....	14
2.4.1 Vznik schizofrenie .....	14
2.4.2 Průběh a prognóza.....	15
2.4.3 Relaps.....	16
2.4.4 Riziko suicidia .....	17
2.5 Léčba schizofrenie.....	18
2.5.1 Psychosociální přístupy .....	18
2.5.2 Biologické léčebné postupy .....	21
<b>3 Kvalita života a schizofrenie .....</b>	<b>23</b>
3.1 Pojem „kvalita života“ .....	23
3.2 Kvalita života se schizofrenií .....	27
3.3 Stigmatizace duševně nemocných.....	30
<b>4 Organizace zaměřené na sociální rehabilitaci duševně nemocných .....</b>	<b>33</b>
4.1 Občanské sdružení Baobab .....	33
4.2 Občanské sdružení ESET-HELP.....	35
4.3 Denní psychoterapeutické sanatorium „Ondřejov“ .....	37
<b>5 Hlubkové rozhovory s osobami se schizofrenií .....</b>	<b>39</b>
5.1 Metodika a provedení rozhovorů .....	39
5.2 Respondent č. 1: Matěj.....	41
5.3 Respondent č. 2: Jana .....	44
5.4 Respondent č. 3: Štěpán .....	47
5.5 Shrnutí a interpretace .....	50
<b>6 Závěr .....</b>	<b>54</b>

## Seznam zkratek

APA	American Psychiatric Association
APACHE	Acute Physiological and Chronic Health Evaluation
CGI	Clinical Global Impression
dg.	Diagnóza
DPS	Denní psychoterapeutické sanatorium
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EKT	Elektrokovulzivní terapie
HRQoL	Health Related Quality of Life
ICD	International Classification of Diseases
ID	Invalidní důchod
ITAREPS	Information Technology Aided Relaps Prevention in Schizophrenia
JIP	Jednotka intenzivní péče
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
PCP	Psychiatrické centrum Praha
rTMS	Repetitivní transkraniální magnetická stimulace
SEIQoL	Schedule for Evaluation of Individual Quality of Life
SOS	Schwartz Outcome Scale
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
WHO	World Health Organization
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life Assessment
ZTP-P	Zvlášť těžce postižený s průvodcem

# 1 Úvod

Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila téma *Vliv schizofrenie na kvalitu života*. Toto téma je mi osobně blízké vzhledem k tomu, že se schizofrenie vyskytuje v okruhu mých přátel a díky tomu jsem byla často osobně konfrontována s projevy a dopady této nemoci. Během bakalářského studia jsem pak působila jako dobrovolník v jedné z organizací nabízející psychosociální rehabilitaci lidem s duševním onemocněním.

Schizofrenie je onemocnění, které svými projevy zásadním způsobem negativně ovlivňuje život člověka. Často se u nemocných vyskytují halucinace a bludy, dochází ke ztrátě motivace a sebenáhledu, oslabení empatie, paměti a schopnosti zvládat stres, jsou narušeny kognitivní a afektivní funkce. Nemoc přitom zasahuje všechny podstatné oblasti života člověka: vzdělání, zaměstnání, finanční situaci, rodinu, partnerské vztahy.

Schizofrenie je poměrně časté onemocnění, onemocní jí 1 až 1.5 % populace, většinou kolem 20 až 30 roku života. Jakožto duševní onemocnění není však schizofrenie na rozdíl např. od fyzického handicapu na první pohled viditelná - odehrává se uvnitř duše nemocného. Široká veřejnost nemá o lidech s duševním onemocněním většinou příliš seriózních informací, což platí v nemenší míře i speciálně o schizofrenii. Společnost tak duševně nemocné může do jisté míry stigmatizovat.

V poslední době roste v medicíně zájem o komplexně pojatou *kvalitu života* nemocných. Psychiatrie není v tomto směru výjimkou a čím dál tím více je akcentována a vyhodnocována kvalita života duševně nemocných. Prosazují se přitom interní a subjektivní metody hodnocení kvality života, kdy sám pacient hodnotí svoji kvalitu života podle svých vlastních kritérií.

S tím souvisí rostoucí úloha psychosociální rehabilitace jako nezastupitelné složky péče o duševně nemocné pacienty (kromě klasické biologické léčby) a logicky také rostoucí úloha sociálního pracovníka v celém procesu. Naštěstí existuje v České republice celá řada organizací, které se psychosociální rehabilitaci duševně nemocných věnují.

Cílem mé práce je pomoci lépe porozumět dopadu schizofrenie na kvalitu života nemocného. To je samozřejmě možné jedině při znalosti příznaků nemoci, jejího průběhu a způsobů léčby, čemuž se proto ve své práci náležitě věnuji. Užitečné je podle mě také blížeji vysvětlit samotný pojem *kvalita života*. Dále chci na příkladu tří vybraných organizací ilustrovat pestrou škálu nabízených programů psychosociální rehabilitace

duševně nemocných. Abych čtenáři co nejautentičtěji přiblížila všechny aspekty života se schizofrenií, provedla jsem v rámci své bakalářské práce tři hloubkové rozhovory (trvajících 60 až 90 minut) s osobami s diagnózou schizofrenie. Zde získané informace doplňují a ilustrují předchozí teoretické kapitoly.

Celá práce je organizována následujícím způsobem:

Kapitola 2 je celá věnována schizofrenii. Zabývám se zde pojmem schizofrenie, jejími formami a příznaky, vznikem, průběhem, prognózou a léčbou. Uvádím důležitý pojem *relaps* a pojednávám o riziku suicidia u pacientů se schizofrenií.

Kapitola 3 se zabývá pojmem *kvalita života*. Nejprve je pojem diskutován v obecné rovině, následně pak ve spojení se schizofrenií. Poslední oddíl je věnován problému stigmatizace duševně nemocných.

V kapitole 4 jsem na příkladu tří organizací (Baobab, ESET-HELP a DPS „Ondřejov“) ilustrovala široké spektrum programů psychosociální rehabilitace duševně nemocných (chráněné bydlení, chráněná práce, vzdělávací aktivity, volnočasové programy, skupinové terapie apod.).

Kapitola 5 přináší výsledky hloubkových rozhovorů se třemi osobami s diagnózou schizofrenie. Nejprve je zde popsána metodika a způsob provedení rozhovorů. Následně jsou velice podrobně uvedeny informace získané od jednotlivých respondentů. Poslední oddíl přináší shrnutí a interpretuje zjištěné skutečnosti.



## 2 Schizofrenie

Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, které zásadním způsobem ovlivňuje kvalitu života nemocného. Pacienti s touto nemocí mají narušené myšlení a vnímání, např. mohou mít halucinace, tj. slyšet nebo vidět věci, které nejsou skutečné. Dále u nich dochází k poruchám koncentrace, ztrácejí nadhled, špatně zvládají stresové situace. Schizofrenie provází většinou nemocného po celý život a vede k částečné či plné invaliditě.

Schizofrenie je poměrně časté onemocnění. Dle Praška (2005) se objevuje přibližně u 1 až 1,5 % populace a její výskyt je přitom srovnatelný v různých kulturách. Toto onemocnění se nejčastěji objevuje již v nízkém věku: u mužů nejčastěji mezi 15 až 25 lety, u žen mezi 25 až 35 lety. U obou pohlaví je přitom výskyt schizofrenie stejně častý.

### 2.1 Schizofrenie – definice pojmu

Pojem *schizofrenie* prvně použil v roce 1908 švýcarský psychiatr Eugen Bleuler (1857-1939). Jde o složeninu vzniklou z řeckého slova *schizo* (štěpit se) a *phern* (mysl, rozum). Tedy celý pojem znamená „rozštěpení mysli“ a je jím míněna fragmentace duševních funkcí nemocného: myšlení, vůle a emoce jsou na sobě nezávislé, netvoří jeden fungující celek (Vacek, 1996).

Nový termín *schizofrenie* nahradil původní označení *dementiae praecox* (latinsky *předčasná demence*), které v roce 1896 použil Emil Kraepelin (1856-1926) pro označení duševních poruch s progresivním průběhem vedoucím k osobnostnímu úpadku.

V laické veřejnosti je výraz *schizofrenie* nepřesně chápán jako „rozdvojení osobnosti“, tedy panuje představa, že nemocný trpí jistým téměř pravidelným střídáním dvou sobě rovnocenných osobností. Této představě se v případě skutečné schizofrenie může přibližovat maximálně výskyt halucinací např. v té podobě, kdy nemocný slyší k němu promlouvat cizí hlasy. Od tohoto laického vnímání pochází velice běžně užívané přídavné jméno „schizofrenní“. V tomto duchu se také nese povědomí drtivé většiny laické veřejnosti o této duševní nemoci.

Výstižně lze schizofrenii charakterizovat např. takto: „*Schizofrenie je závažná duševní choroba, která se projevuje chronickým narušením myšlení a vnímání, poruchou emotivity*“

a osobnostní integrity. Jde o multisystémové poškození mozkových funkcí, z nichž vyplývají uvedené psychické projevy.“ (Vágnerová, 2008, str. 333).

Schizofrenie je řazena do skupiny psychotických duševních poruch (čili psychóz) a je v této skupině nejčastější a nejzávažnější: „(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, 2005, str. 15).

Psychóza obecně je závažné duševní onemocnění, které s různou intenzitou mění prožívání člověka: „Během psychotického onemocnění dochází v různé míře ke změně všech základních kvalit duševního života postiženého. Změny v myšlení, vnímání, citech, dosahují takové intenzity, že člověk nedokáže odlišit, co je a co není skutečné.“ (Praško a kol., 2005, str. 8).

V rámci 10. revize *Mezinárodní klasifikace nemocí* (MKN-10, WHO, 2008) patří schizofrenie do kapitoly V. *Poruchy duševní a poruchy chování*, v rámci ní do oddílu F20-F29 *Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy*, v němž se konečně nachází skupina F20 *Schizofrenie*. Dále jsou zde popsány jednotlivé formy schizofrenie pod kódy F20.1 až F20.9 (podrobně viz oddíl 2.2).

## 2.2 Formy schizofrenie

Rozlišujeme několik základních forem schizofrenie, přičemž jejich oddělení není zcela striktní. Mohou se různě vzájemně překrývat a přecházet z jedné formy do druhé. U pacientů tedy můžeme občas pozorovat kombinované varianty schizofrenie (Vágnerová, 2008).

Přesná diagnostická kritéria pro jednotlivé typy schizofrenie lze nalézt např. v publikaci *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: diagnostic criteria for research* (WHO, 1993), či v *Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV*) (APA, 2000).

**Paranoidní schizofrenie.** Jedná se o nejčastější formu schizofrenie, která se poměrně dobře diagnostikuje. Nemocní trpí pocity pronásledování a kontroly z vnější. Mívají bludy, často doprovázené i halucinacemi (Zvolský, 1996). Ty jsou nejčastěji sluchové: nemocný slyší hlasy, které mu něco našeptávají, vyhrožují mu, přikazují mu. Na venek se nemoc

projevuje především přehnanou podezíravostí k okolí. Vágnerová (2008) dále uvádí, že nemocní touto formou schizofrenie mívají poruchu vůle, nemohou se přinutit k nějaké aktivitě a že toto onemocnění se může objevit i v pozdějším věku.

**Hebefrenií schizofrenie.** Tato forma se typicky objevuje již v adolescenci. Jak píše Zvolský (1996), tato se forma nemoci projevuje dezorganizovaným myšlením, poruchou emočního prožívání a ztrátou zábran v sociálním chování. U pacienta pozorujeme bizarní chování, často necitlivé vůči okolí. Jeho slovní projevy mohou postrádat logičnost, pronáší jakési „pseudofilozofické“ úvahy, které si namátkou vymýšlí. Vytváří a používá své vlastní neologismy, může být i vulgární. Navenek se nemoc může jevit jako prodloužená puberta, avšak její dopady mohou být nebezpečné. Podle Vágnerové (2008) je totiž u nemocného v období adolescence vážně narušen zdravý rozvoj jeho osobnosti a osobní identity. Původní dětská osobnost se tak nerozvine a nemůže sloužit jako stabilní základ pro budoucí život.

**Katatonii schizofrenie.** Vágnerová (2008) uvádí, že tato poměrně vzácná forma nemoci je typická nápadnostmi v oblasti pohybové aktivity. Rozlišujeme přitom dvě protikladné varianty:

- **Produktivní forma:** provázena nadměrnou pohybovou aktivitou či opakováním slov či vět.
- **Stuporózní forma:** charakterizovaná výrazným úpadkem pohybové aktivity. Nemocný se nehýbe, nemluví (může mít halucinace v podobě hlasů zakazujících mu mluvit). Nemocný často dlouhé hodiny setrvává ve strnulé poloze bez hnutí a není téměř možné ho přimět k pohybu.

**Simplexní schizofrenie.** Tato forma schizofrenie je charakterizována plíživým vznikem. Podle Vágnerové (2008) se tito lidé uzavírají sami do sebe, dostávají se do sociální izolace. Jsou bez zájmu, v ničem nevidí smysl, ničemu se nevěnují, nedbají o sebe a svůj život. Jejich intelektuální schopnosti se mohou postupem času zhoršit až na úroveň demence.

**Nediferencovaná schizofrenie.** *“Nediferencovaná schizofrenie neodpovídá žádnému z výše uvedených typů, což vystihuje již název. Zahrnuje symptomatologii více forem a nelze rozhodnout, která je v popředí.”* (Češková, 2005, str. 22).

**Reziduální schizofrenie.** „*Reziduální schizofrenie prezentuje chronický stav přetrvávající po odeznění a dezaktualizaci akutních příznaků schizofrenní ataky. Projevuje se podivínstvím, zanedbáváním sebe i okolí.*“ (Češková, 2005, str. 22).

## 2.3 Příznaky

Schizofrenie velmi zřídka přichází nečekaně. Okamžiku, kdy je člověku diagnostikována schizofrenie, předchází delší období, kdy je možné u dotyčného pozorovat postupné změny v chování. Člověk se začíná uzavírat sám do sebe a přerušuje sociální kontakty, přestává komunikovat s vrstevníky. Často se nemocný můžou cítit sami, bez porozumění. Jak již bylo řečeno, toto onemocnění vzniká nejčastěji v adolescenci. Rodiče si pak často myslí, že jde o projevy puberty, a proto většinou vyhledávají odbornou pomoc až když je stav velmi vážný.

Nemocný si začíná vytvářet svůj fantazijní svět. Nejčastější příznaky jsou jakési předtuchy, pocity pronásledování, nemocný si vytváří zvláštní souvislosti. Nemoc se projevuje také ospalostí, podrážděností a uzavřeností.

Jednotlivé příznaky schizofrenie můžeme principiálně dělit do několika skupin (Praško a kol., 2005):

- **Pozitivní:** to, co u nemocného můžeme pozorovat nad rámec duševně zdravého člověka (tj. např. halucinace, bludy atd.).
- **Negativní:** jsou naopak založeny na absenci či oslabení některých složek pacientova chování, myšlení či emocí.
- **Kognitivní:** (poznávací) příznaky v podobě zhoršené schopnosti vstřebávání informací, orientace v realitě apod.
- **Afektivní:** jde o poruchy nálad, deprese apod.

Pozitivní příznaky vedou nejčastěji k hospitalizaci nemocného. Do této skupiny patří halucinace a bludy.

### Halucinace

„*Halucinace vznikají na podkladě zkresleného vnímání reality a jsou falešné smyslové vjemy, které vznikají bez jasného zevního podnětu. Člověk vidí nebo cítí věci, které nevnímají ostatní.*“ (Praško a kol., 2005, str. 13). Halucinace jsou u schizofrenie velice časté. Češková (2005, str. 23) uvádí s odkazem na Cutting (1990), že „*U schizofrenie se*

*nejčastěji vyskytují sluchové halucinace a to asi u 50 % pacientů, zrakové halucinace má 15% nemocných a taktilní 5%.*“ Halucinace se týkají všech smyslů. Motlová a Koukolík (2004) uvádějí, že u psychoticky nemocných lidí se setkáváme s těmito halucinacemi:

- **Sluchové halucinace:** nemocný slyší hlasy. Velmi nebezpečné jsou hlasy, které nemocnému dávají různé příkazy. Hlasů může být víc, mohou mezi sebou mluvit, informovat, hádat se.
- **Zrakové halucinace:** nemocný vidí věci, které nejsou skutečné (postavy, bytosti, zvířata či věci).
- **Chuťové halucinace:** projevují se chuťovými pocity, které nemocný má, ovšem nejsou založeny na reálných chuťových vjemych.
- **Taktilní halucinace:** týkají se hmatových pocitů: štípání, hlazení, plácnutí.
- **Teleologické:** jde o specifickou formu sluchových halucinací. Hlasy, které nemocný slyší, a jejich sdělení, mají náboženský obsah. Např. může jít o halucinaci božího zjevení, sdělení o tom, že je člověk vyvolený.
- **Imperativní:** verbální halucinace obsahující příkazy.
- **Iluze:** deformované či neskutečné vjemy vyvolané však reálně existujícím objektem.
- **Pseudohalucinace** – jde o halucinaci, kdy si je pacient vědom svých nepravých vjemů, nevěří jim, nechová se podle nich.

## **Bludy**

Bludy jsou poruchou obsahu myšlení (nikoli smyslového vnímání jako v případě halucinací). „*Bludy jsou mylná přesvědčení, při jejichž vzniku hraje významnou roli chybná interpretace vjemů či prožitků. Jsou časté, během vývoje schizofrenie se vyskytují někdy u více než 90 % nemocných.*“ (Motlová a Koukolík, 2004, str. 21). Nemocní však svým vlastním bludům věří. Rozdělení bludů, jak je uvádí Motlová a Koukolík (2004):

- **Bludy vztahovačnosti:** nemocný si vztahuje různé informace ke své osobě (má pocit, že se o něm lidé baví).
- **Paranoidně-perzekuční bludy:** nemocný připisuje zvláštní souvislosti věcem, které se dějí okolo něho. Myslí si, že je pronásledován.
- **Bludy ovlivňování a kontrolování:** nemocný může mít pocit, že na něj někdo působí na dálku, např. nějakým způsobem ovlivňuje jeho myšlení.

- **Religiózní bludy:** mohou se projevovat tím, že si nemocný myslí, že je vybrán za spasitele.
- **Intrapsychické halucinace:** nemocnému připadá, že mu jsou do hlavy vkládány či z ní naopak odváděny myšlenky. Tyto myšlenky mohou být velmi nebezpečné (např. myšlenky na sebevraždu).
- **Bizardní bludy:** naprosto nepochopitelné a nesmyslné představy.

### **Negativní příznaky**

Do skupin negativních příznaků patří především nízká motivace, nebo její postupné snižování. Patří sem i nedostatek motivace k léčbě, jelikož nemocný nemá nad sebou dostatečný nadhled. Nemocnému je většinou všechno jedno a začíná být apatický. Např. pro něj může být problém ráno vstát z postele, vykonat hygienu či se donutit k nějaké aktivitě.

Člověk se špatně vyjadřuje a mluví. Velmi stresující je pro něj jakékoliv rozhodování či plánování. U nemocného nastává otupení citů. Špatně navazuje kontakty, hůře komunikuje. I jeho pozornost je velmi kolísavá a často se vůbec nedokáže soustředit, dělá mu to velké potíže.

### **Kognitivní**

Podle Jarolímka (2006) se u schizofreniků zhoršuje paměť, špatně se ukládají nové informace, je narušena schopnost učit se. Nemocný si těžko plánuje svůj volný čas, nedokáže si sestavit plán a dělá mu problémy rozhodování. Má zpomalené uvažování a narušenou orientaci v realitě. Kolísá schopnost koncentrace, nemocný se nemůže dlouho soustředit.

### **Afektivní**

Do skupiny afektivních příznaků patří především poruchy nálady, deprese, úzkosti, sebevražedné myšlenky, otupění emotivity.

## **2.4 Vznik, průběh a prognóza**

### **2.4.1 Vznik schizofrenie**

Na toto téma bylo vypracováno mnoho studií, ale žádná nám zřetelně nepoukazuje na jedinou jasnou příčinu schizofrenie. Je známo, že na vzniku tohoto onemocnění

se podílí více faktorů jak biologických, tak psychosociálních. Z biologických faktorů je to především dědičnost. Praško a kol. (2005) uvádějí, že jestliže jeden z rodičů je nemocný schizofrenií, tak je 10% pravděpodobnost, že jeho potomek bude mít také toto onemocnění (tj. tato pravděpodobnost je 10 x vyšší než v celé populaci). Jestliže schizofrenii mají oba rodiče, tak je tato pravděpodobnost dokonce 30 až 60%.

Jarolímek (2006) uvádí, že lidé s vrozenou náchylností k onemocnění schizofrenií mají snížený tzv. práh stresu. Stačí tedy, aby takto náchylného člověka potkala nějaká nepříjemná stresová situace či životní krize (rozvod rodičů, rozchod, smrt blízkého apod.), a tato nadměrná zátěž u něj může způsobit propuknutí psychózy. Důležitou roli hraje emoční klima v rodině přibližně do dvou let věku dítěte, stejně jako vztahy v rodině i mimo ni prožité v pozdějším věku.

#### **2.4.2 Průběh a prognóza**

Psychotické onemocnění většinou nepřichází nečekaně. Podle Praška (2005), se onemocnění rozvíjí postupně za doprovodu tzv. *prodromálních* příznaků, tj. příznaků předcházejících vlastnímu onemocnění jako takovému. Toto prodromální období trvá obvykle 3 až 5 let. Již v tomto období si můžeme všimnout změn u nemocného, které se postupně mohou stupňovat. Nemocný se může uzavírat sám do sebe, je depresivní, přerušuje sociální kontakty s okolím, může se u něho objevit i únava. Okolí si většinou tyto projevy může vysvětlovat jako specifické osobnostní rysy. Někteří rodiče se domnívají, že jde o projevy puberty. Proto lidé lékařskou pomoc vyhledávají, až když je stav jedince skutečně velmi vážný. Se stanovením diagnózy mohou mít problém i praktičtí lékaři – buď u pacientů žádné příznaky neobjeví, nebo tyto příznaky mohou přisuzovat např. chronickému únavovému syndromu.

Samotná diagnóza je velmi důležitá. Čím dříve se diagnóza stanoví a začne se s příslušnou léčbou, tím lépe pro nemocného. Seifertová a kol. (2008) např. upozorňují, že čím dříve se u nemocného začne s farmakoterapií, tím může mít lepší prognózu. K samotnému diagnostikování schizofrenie je většinou nutná hospitalizace na psychiatrickém oddělení. Psychiatrická zařízení se snaží, aby nemocní, pokud to jde, byli co nejdříve zpátky doma a následně docházeli k psychiatrovi ambulantně. Velmi záleží na rodině nemocného a jejím sociálním zázemí.

Dle Vágnerové (2008) závisí prognóza konkrétního pacienta především na závažnosti, dosavadním průběhu a rychlosti nástupu jeho onemocnění. Dále záleží na věku, protože

jestliže onemocní touto nemocí patnáctileté dítě, může to negativně zasáhnout rozvoj jeho osobnosti. Dále záleží na pohlaví: ženy jsou obvykle odolnější než muži. Praško a kol. (2005) uvádějí, že jedna třetina nemocných se uzdraví plně, druhé třetině se nemoc občas vrací a u zbylé třetiny se nemoc vyskytuje chronicky.

Vágnerová (2008) rozlišuje několik základních způsobů průběhu onemocnění:

- **Epizodický:** projevuje se jednou tzv. *atakou* (neboli epizodou). Ataka označuje relativně krátké období akutních příznaků. Po něm dochází ke zlepšování zdravotního stavu pacienta.
- **Opakovaný průběh:** dochází k opakujícím se atakám.
- **Maligní:** již krátce po náhlém začátku onemocnění dochází u pacienta k osobnostnímu defektu.
- **Chronický:** dochází k opakování atak nemoci. V přibližně 30 % případů se následně dostavuje tzv. reziduální porucha (postupný úpadek osobnosti).
- **Reziduální:** jde o období doznívání nemoci spojené obvykle s přetrváváním některých negativních příznaků (oslabení nebo ztráta normálních duševních či společenských funkcí).

### 2.4.3 Relaps

Velmi důležitým pojmem v popisu průběhu schizofrenie je tzv. *relaps*. Tímto slovem označujeme opětovný návrat pozitivních příznaků nemoci (halucinace, bludy apod., viz oddíl 2.3), které už byly nemocnému dříve vyléčeny (Praško a kol., 2005).

Obecně je známo, že člověk nemocný schizofrenií špatně snáší stres. Jakákoli větší stresová situace u něj může zapůsobit jako spouštěč relapsu. Jak píše Praško a kol. (2005), je riziko relapsu vysoké v případě, že lékař nemocnému ordinuje nevhodnou léčbu, nebo v případě, když nemocný neužívá léky podle předpisu lékaře. Správně užívané léky snižují riziko relapsu o 10 až 15 %.

Kromě stresu jsou rizikovými faktory relapsu alkohol či drogy, absence pravidelného denního režimu, nedostatečné naplnění volného času, ztráta zaměstnání, ukončení studia ve škole či problémy v mezilidských vztazích.

Mezi varovné příznaky relapsu patří především deprese, úzkost, nespavost, nechuť k jídlu. Je dobré, když nemocný nebo jeho rodina umí tyto varovné příznaky rozpoznat. Lékař pak může nemocnému dočasně zvýšit dávky jeho léků a pokusit se tak relapsu



předejít. Pokud již dojde k samotnému relapsu, je nejlepší vyhledat lékaře a snažit se zmírnit jakékoli stresové situace nebo se jim nejlépe úplně vyhnout.

Pro prevenci relapsu je žádoucí, aby nemocný a jeho rodina měli dostatečné informace buď od svého lékaře, nebo z účasti v programech psychoedukace, viz oddíl 2.5.1. Praško a kol. (2005) doporučují nemocným a jejich rodinám, aby nemocný měl denní řád, věnoval se pokud možno koníčkům či práci, stýkal se s přáteli, dodržoval zdravou životosprávu. Doporučuje se psychoterapie a sociální rehabilitace. Základem je samozřejmě správná farmakologická léčba.

*Psychiatrické centrum Praha (PCP) provozuje projekt ITAREPS (Information Technology Aided Relaps Prevention in Schizophrenia)*<sup>1</sup>. Dle Seifertové a kol. (2008) využívá mobilního telefonu: nemocný každý týden zasílá formou SMS zprávy vyplněný 10 bodový dotazník. To samé i vybraný rodinný příslušník nemocného. SMS je zaslána na určené číslo, kde se její obsah automaticky vyhodnotí. Jestliže je obsah zprávy vyhodnocen jako značící riziko pro vznik relapsu, je automaticky zaslán varovný e-mail jeho ošetřujícímu lékaři psychiatrovi.

#### **2.4.4 Riziko suicidia**

Schizofrenie je nemoc velice vysilující, většinou provází jedince celý jeho život. Zásadním způsobem přitom zasahuje do života nemocného. K sebevraždě nemocného většinou vedou různé skutečnosti a události či jejich kombinace. Možným důvodem je již samotné vyrovnání se s diagnózou, jejíž vyhlídky nejsou příliš povzbudivé. Dále schizofrenie vyvolává či umocňuje většinu sociálně patologických jevů, které u zdravé populace nejčastěji vedou k sebevraždě. Máme na mysli obecnou nespokojenost s kvalitou života, vyhrocenou rodinnou situací, nezdařené partnerské vztahy, nezaměstnanost či ekonomické důvody obecně.

Jarolímek (2006) uvádí, že 50 % nemocných psychotického onemocnění mívá deprese. Ty jsou dalším častým důvodem sebevražd u nemocných. U schizofrenie se také často objevují bludy a halucinace, které mohou nemocného dovést k suicidiu. Takovému způsobu se říká *sebezabití* - nemocnému chyběl vědomí úmysl zemřít.

Praško a kol. (2005) i Seifertová a kol. (2008) uvádějí, že až 10 % lidí s onemocněním schizofrenie skončí svůj život dokonanou sebevraždou.

---

<sup>1</sup> [www.itareps.com/cs](http://www.itareps.com/cs) [28. 6. 2011]

„Podle různých prací se odhaduje, že asi 2-13% schizofreniků dokonane suiciduje. Riziko suicidia je u schizofreniků 10-20 krát vyšší než u ostatní populace.“ (Koutek, Kocourková, 2003, str. 62). Z těchto statistik jasně vyplývá, že riziko sebevraždy není možné u takto nemocných lidí podceňovat. Pokud člověk trpící schizofrenií hovoří o sebevraždě, je třeba to nebrat na lehkou váhu, být velice obezřetný a vyhledat odbornou pomoc.

Následující výčet, převzatý z knihy Seifertová a kol. (2008, str. 535), obsahuje jednotlivé rizikové faktory suicidality u schizofreniků, jak je uvádí Wasserman (2008):

- Mladý muž
- Vysoká inteligence
- Dobré kognitivní funkce
- Dobrý náhled
- Často dobré nemorbidní fungování
- Relabující průběh onemocnění
- Aktuální depresivní příznaky
- Krátce po propuštění z nemocnice
- Krátce po změně způsobu péče
- Postpsychotické deprese
- Depresivní vztahy v anamnéze
- Nedostatek sociální podpory
- Komorbidita s alkoholem a závislostí na drogách

## **2.5 Léčba schizofrenie**

Za posledních 20 let zaznamenala medicína v oblasti léčby duševních nemocí velký pokrok a dále se zlepšuje. Při léčbě schizofrenie velmi záleží na individuálních faktorech nemoci a na fázi, ve které se konkrétní nemocný nachází. Důležité je, že schizofrenie je léčitelné onemocnění. Proto záleží na včasné diagnostice a správné léčbě, která pomůže u nemocného zmírnit příznaky nemoci a zvýší tak znatelně jeho kvalitu života. Klíčové pro úspěšnou léčbu schizofrenie jsou osobní motivace, odhodlání a zodpovědný přístup osoby trpící touto chorobou. Velmi důležitou roli hraje také rodina nemocného, která může pozitivně ovlivnit průběh onemocnění (viz oddíl 2.4.2). Léčba schizofrenie se obecně skládá z psychosociálních postupů a biologické léčby. Těmto dvěma oblastem se nyní budu odděleně věnovat v následujících oddílech.

### **2.5.1 Psychosociální přístupy**

V tomto oddíle se budu věnovat psychosociálním terapiím a programům, které se používají při léčbě duševně nemocných. Tyto přístupy jsou stejně důležité jako např. farmakoterapie, vzájemně se doplňují. Psychosociální přístupy pomáhají nemocnému

vyrovnat se se svou nemocí, lépe odolávat stresu a dále napomáhají k jeho resocializaci, tj. úspěšnému návratu do běžného života. Představme si nyní nejdůležitější z psychosociálních přístupů.

### **Psychoedukace**

Jedná se v zásadě o školení nemocných o jejich onemocnění. Skupinu vede odborník, např. lékař, terapeut či zdravotní sestra. Hlavními tématy psychoedukace jsou rozpoznání příznaků relapsu, problematika léků a jejich užívání či rady jak se chovat v určitých situacích. Cílem programu je jistý způsob adaptace na nemoc. Seifertová a kol. (2008) uvádějí, že psychoedukační programy mívají 8 až 25 setkání a již dopředu určenou strukturu. Např. tzv. *rodinná psychoedukace* se zapojením rodiny nemocného do jeho léčby pokouší snížit výskyt relapsů u nemocného až o 20 % (Praško a kol., 2005). Jak píše Pěč a Probstová (2009), důležité je snížení napětí v rodině nemocného.

Světová zdravotnická organizace (*World Health Organization*, WHO) např. doporučuje tzv. program *Prelapse*. Jedná se o program pro osoby s diagnózou schizofrenie a pro jejich rodiny. V tomto programu se střídají výklady o nemoci a diskuze mezi nemocnými a odborníky (Pidrman a Masopust, 2002).

*Psychiatrické centrum Praha* (PCP), které patří mezi špičková psychiatrická pracoviště v České republice, provozuje program *Preduka* neboli **Preventivně edukační program proti relapsu psychózy**<sup>1</sup>. Tento program je jednodenní a trvá šest hodin. Pomáhá duševně nemocným lidem předcházet relapsům, je též určen pro rodiny nemocných. Nemocný zde může získat informace o své nemoci a o tom, jak rozpoznávat varovné příznaky relapsu.

### **Svépomocné skupiny**

Jde o iniciativu samotných nemocných a jejich blízkých, kteří tyto skupiny tvoří. Scházejí se a předávají si vzájemně informace o nemoci a užitečné rady. Důležité je, že dochází k výměně názorů a informací mezi lidmi, kteří mají stejné potíže. Je to velmi užitečné jak pro nemocné, tak pro jejich blízké. V České republice svépomocné skupiny zatím moc rozšířeny nejsou. Svépomocným skupinám se věnují některé organizace,

---

<sup>1</sup> [www.pcp.lf3.cuni.cz/pcpout/PREDUKA.htm](http://www.pcp.lf3.cuni.cz/pcpout/PREDUKA.htm) [28. 6. 2011]

například sdružení rodičů *Sympathea*<sup>1</sup>, poradenské centrum *Vida*<sup>2</sup> a občanské sdružení *Kolumbus*<sup>3</sup>.

### **Nácvik sociálních dovedností**

Lidé nemocní schizofrenií jsou velmi citliví na stres a v mezilidských vztazích mají většinou problémy. Jsou uzavření, hůře navazují vztahy a v důsledku toho pak trpí sociální izolací. Praško a kol. (2005) uvádějí některé dovednosti, které se v tomto programu provádějí. Jedná se například o správné vnímání a porozumění, sdělování především pozitivních emocí druhé osobě, nácvik řešení konkrétních problémů, sebezpozování se.

### **Podpůrná psychoterapie**

Nemocný se pomocí této terapie vypořádává s nemocí. Cílem je přijmout nemoc takovou, jaká je, a snažit se vyrovnat s jejími následky. Tuto terapii většinou vede psychiatr nebo psychoterapeut. Může být prováděná i ve skupině více nemocných (Praško a kol., 2005).

### **Kognitivní a behaviorální psychoterapie**

Pěč a Probstová (2009) zmiňují, že tato terapie se v 70. letech minulého století zaměřovala především na nácvik pracovních dovedností. V průběhu času se pak více zaměřovala na prevenci relapsů. V této terapii jde o to, aby pacient pochopil spouštěcí mechanismy relapsů, naučil se rozpoznávat jejich příznaky a uměl v těchto situacích správně jednat. Praško a kol. (2005) uvádí, že terapie je velmi vhodná u chronických bludů a halucinací, které přetrvávají, ač nemocný bere léky.

### **Rodinná psychoterapie**

Dle Kratochvíla (2006) se tato terapie zabývá problémy v rodině a snaží se, aby situace a atmosféra uvnitř rodiny byla co možná nejlepší. To má pochopitelně pozitivní vliv na psychický a tím i zdravotní stav nemocného. Rodinná terapie tedy v problémech nemocného hledá souvislosti s problémy v rodině a tyto se snaží řešit. Terapie probíhá ve společenství nemocného a jeho rodiny.

---

<sup>1</sup> [www.sympathea.cz](http://www.sympathea.cz) [28. 6. 2011]

<sup>2</sup> [www.vidacentrum.cz](http://www.vidacentrum.cz) [28. 6. 2011]

<sup>3</sup> [www.os-kolumbus.org](http://www.os-kolumbus.org) [28. 6. 2011]

## **Skupinová psychoterapie psychóz**

Kratochvíl (2006) upozorňuje, že pacienti trpící psychózou vyžadují v rámci psychoterapie odlišný přístup. Terapeut by měl být velmi aktivní a neustále členy skupiny podněcovat. Kratochvíl (2006) s odkazem na Strossovou (1984) vysvětluje, že tato terapie je určena pacientům po absolvování biologické léčby akutní fáze jejich psychózy.

### **2.5.2 Biologické léčebné postupy**

Pod tímto souhrnným názvem rozumíme léčebné metody využívající působení chemických či fyzikálních vlivů na organismus nemocného. Jde především o podávání léčiv (farmakoterapie) či stimulaci elektrickým proudem nebo magnetickým polem. Podle Praška (2005) dnešní léčba psychóz vede k odeznění bludů a halucinací. Ke stabilizaci dochází u 85 % nemocných do 6 měsíce a u 60 % nemocných do 4 až 6 týdnů.

### **Farmakoterapie**

Léky, které jsou pacientům podávány za účelem potlačení příznaků jejich psychotických onemocnění, se nazývají *antipsychotika*. Tyto léky snižují akutní a pozitivní příznaky nemoci, např. zbavují nemocného halucinací. Praško a kol. (2005) doplňují, že tyto léky též vedou ke zklidnění pacienta a zmírnění jeho úzkosti a podporují spánek. Antipsychotika se používají v akutní fázi nemoci a při relapsu, viz oddíl 2.4.3. U problematických pacientů se používají injekce depotních antipsychotik. Ty účinkují od 2. až 3. dne po aplikaci po dobu následných 1 až 4 týdnů. Antipsychotika mají také nežádoucí účinky. Většinou si nemocní stěžují na ospalost, únavu, křeče, třes v rukou nebo nohou, nadbytek či úbytek hmotnosti.

### **Elektrokovulzivní terapie (EKT)**

Při této léčebné metodě prochází mozkem pacienta krátký puls elektrického proudu (proto je veřejností nazývána jako *elektrošoky*). Tato metoda vyvolává u veřejnosti jisté kontroverze a obavy, její zastánci však poukazují na její vysokou účinnost. Metoda je vhodná pro lidi, kterým hrozí sebevražda, či obecně v případech, kdy je nezbytné rychlé zlepšení stavu. Podle Zvolského (2001) se tato metoda používá při některých formách schizofrenie. Terapie probíhá v celkové anestézii, většinou dvakrát až třikrát týdně. Nežádoucími účinky bývají bolesti hlavy a dočasné poruchy paměti.

### **Repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS)**

Při této terapii jsou části mozku pacienta vystaveny působení magnetického pole. Ustohal (2010) upozorňuje, že jde o poměrně novou metodu, a mechanismus jejího účinkování je stále ještě předmětem zkoumání. Každopádně jde o metodu zcela bezpečnou, bez nežádoucích vedlejších účinků. Používána je např. k léčbě deprese. Limitující jsou vysoké pořizovací náklady na příslušné přístrojové vybavení a náročnost jeho obsluhy. Přístroj pro rTMS je tak v současnosti pouze na třech psychiatrických pracovištích v České republice (dvou v Praze a jednom v Brně).

### 3 Kvalita života a schizofrenie

Schizofrenie je onemocnění, které většinou zásadním způsobem negativně ovlivňuje život jedince v celé jeho šíři - můžeme říct, že snižuje *kvalitu života* nemocného. Hodnocení kvality života pacienta, speciálně negativního vlivu nemoci a pozitivního vlivu léčebných postupů na tuto kvalitu, je každopádně chvályhodným posunem od prostého řešení *zdravotního stavu* pacienta a souvisí se všeobecným pokrokem v léčbě duševně nemocných (viz oddíl 2.5).

V oddíle 3.1 se nejprve budu obecně věnovat pojmu *kvalita života* v jeho významové různorodosti. Cílem nebude podat jasnou a stručnou vědeckou definici tohoto pojmu, ale naopak pomocí diskuse různých aspektů tohoto pojmu vytvořit jeho komplexní obraz. Zabývat se budu jeho vymezením co do šíře a možných rovin nazírání, přístupy k měření kvality života apod.

Oddíl 3.2 bude věnován kvalitě života v kontextu nemoci. Následně se zaměříme na kvalitu života osob s duševním onemocněním a specifika jejího vyhodnocování. V závěru uvedeme, jakými všemi způsoby konkrétně schizofrenie negativně ovlivňuje kvalitu života člověka.

#### 3.1 Pojem „kvalita života“

V současné době je pojem *kvalita života* velmi často používán, a to jak v laické, veřejné a politické diskusi, tak v různých vědních disciplínách – sociologii, psychologii, ekonomii, antropologii, ekologii či medicíně. Je proto zcela logické, že tento pojem je různě chápán různými lidmi v závislosti na konkrétním smyslu jeho užívání, na metodologických či politických východiscích a v neposlední řadě na životních zkušenostech každého z nás. Tak je to nakonec se všemi pojmy mající svůj původ v běžném jazyce, které začaly být až následně používány některými vědními disciplínami. Nemá tak snad ani význam naříkat nad absencí jedné univerzálně uznávané vědecké definice takového pojmu. Smysluplnost konkrétní definice kvality života lze beztak hodnotit jen ve světle účelu, ke kterému nám tento pojem bude sloužit.

V této práci mi půjde výhradně o kvalitu života konkrétního jednotlivce. Někdo by mohl namítnout, že tím opomíjíme důležité hierarchicky nadřazené roviny kvality života: společnost (stát), sociální skupina, rodina a jejich kvalita života. Ovšem podle mého

názoru je tento přístup v pořádku. Nikdo jiný než jednotlivec neprožívá autenticky svůj vlastní život, nemá své vlastní preference a cíle a nepocituje sám na sobě míru jejich uspokojování. Samozřejmě úroveň rodiny, sociální skupiny a společnosti (státu) se promítá do kvality života každého z nás.

Hnilicová in Payne (2005) uvádí, že termín *kvalita života* se ve veřejném prostoru prvně systematicky objevuje ve 20. letech minulého století v USA při úvahách o úloze státu v hmotném zabezpečení nejchudších obyvatel, dopadu této státní podpory na kvalitu života těchto vrstev a obecně efektivnosti státních výdajů. V 60. a 70. letech je tento pojem používán jako politický cíl sociálnědemokratických politiků v USA i v Evropě.

Hnilicová in Payne (2005) dále uvádí, že v 70. letech si pojem kvalita života přisvojila jako první z vědních disciplín sociologie. Smyslem bylo odlišit a na vědecké úrovni pojmut faktory určující spokojenost lidí se svým životem nad rámec snadno kvantifikovatelných ekonomických (v úzkém pojetí tohoto slova) skutečností: výše příjmu a množství statků a služeb, které si člověk za něj může pořídit. Tyto „hmatatelné“ faktory dnes označujeme nejčastěji souhrnným pojmem *životní úroveň*. Dlouhodobý a ve svém výsledku dramatický růst životní úrovně pro někoho překvapivě nevedl k obecnému růstu spokojenosti lidí s jejich životem, ale pouze k obdobně velkému nárůstu jejich materiálních nároků. Je to ale přirozenou vlastností člověka nespokojit se s dosaženým a usilovat o neustálý pokrok.

Pojem kvality života by v sobě měl zahrnovat veškeré relevantní faktory, jako jsou míra a kvalita sociálních kontaktů, rodina, zdraví, úroveň bydlení, finanční situace, osobní nezávislost, pracovní uplatnění, naplňování osobních hodnot, pocit sounáležitosti se společenstvím, subjektivní pocit štěstí či náboženská víra.

Díky vývoji lékařské vědy a rostoucí dostupnosti lékařské péče paradoxně ve vyspělých zemích přibývá chronicky nemocných, handicapovaných, nemohoucích a starých lidí. Díky tomu se otázka kvality života člověka dostává do popředí především v rámci medicíny, psychosociálních věd a sociální politiky státu.

Chceme-li kvalitu života hodnotit či měřit, musíme tento pojem přeci jen přesněji vymezit a ujasnit si zvolenou metodiku práce s ním. Obecně rozlišujeme *externí* a *interní* přístup ke zhodnocení kvality života (Křivohlavý, 2002):

- **Externí přístup:** hodnotí jiná osoba, než jejíž kvalita života je hodnocena.
- **Interní přístup:** hodnotí přímo osoba, jejíž kvalita života je hodnocena.



Další možné dělení je na *objektivní* a *subjektivní* pojetí kvality života (Křivohlavý, 2002):

- **Objektivní přístup:** snažíme se definovat kvalitu života jako úhrn objektivně zjištěných či měřitelných faktů o životě jedince (hmotné zabezpečení, existence partnerského vztahu, zdravotní stav atd.).
- **Subjektivní přístup:** dáváme hodnotiteli (což může být i sám hodnocený) prostor posoudit kvalitu života na základě jím zvolených hledisek, která nemusí mít podobu exaktních faktů, ale měla by více vyjadřovat subjektivní názor hodnotitele.

Můžeme tedy uvažovat externí i interní subjektivní hodnocení kvality života (objektivní hodnocení je z definice věci nezávislé na osobě hodnotitele). V praxi je třeba činit kompromis mezi exaktností, uchopitelností a porovnatelností na straně jedné (to hovoří pro objektivní způsob měření) a respektem k autentickému osobnímu vnímání a snaze dostat se ke skutečnému jádru věci na straně druhé (hovoří pro interní subjektivní způsob „měření“).

V poslední době je větší důraz kladen právě na subjektivní povahu kvality života. Vyvinuto bylo mnoho standardizovaných metod pomáhající zjišťovat subjektivně vnímanou kvalitu života, např. SEIQoL (*Schedule for Evaluation of Individual Quality of Life, Program hodnocení individuální kvality života*) (Křivohlavý, 2002).

Křivohlavý (2002, str. 169) uvádí, že „*kvalitně žije ten, kdo je se svým životem spokojen*“ a dodává, že „*spokojen je ten, komu se daří dosahovat cílů, které si předsevzal.*“ Lze tedy na kvalitu života nahlížet jako na velikost mezery mezi našimi očekáváními a realitou.

Světová zdravotnická organizace chápe pod pojmem kvalita života to,

*„jak jednotlivec vnímá své postavení v životě v kontextu kultury a hodnotového systému, ve kterých žije, ve vztahu ke svým osobním cílům, očekáváním, zvyklostem a zájmům. Jde o velice široký koncept, zahrnující komplexním způsobem tělesné zdraví člověka, jeho psychický stav, míru nezávislosti, sociální vztahy a vztah k podstatným rysům jeho životního prostředí.“* (WHO, 1995, str. 1405, překlad VK).

Tato definice také zdůrazňuje subjektivní podstatu kvality života, současně však, pro účely větší konkrétnosti, shrnuje nejčastěji uvažované a pociťované faktory ovlivňující kvalitu života.

Otázkou je, zda kvalitu života pojímat jako absolutní v rámci celého života jednotlivce (a tedy např. má smysl porovnávat kvalitu života studentů a seniorů) či zda jde o pojem relativní vzhledem k věku či životní fázi. I samotný fakt, že lidé v důchodovém věku mají většinu svého života již za sebou a mohou tak své vnímání kvality života obohatit o neopakovatelnou zkušenost svého života, odlišuje zásadně jejich náhled od pohledu lidí ve věku kolem 25 let, kteří teprve hledí do budoucnosti s nadějí na naplnění svých životních cílů.

Za zamyšlení stojí časový rozměr problému. Uvažujeme okamžitou kvalitu života ve vší její proměnlivosti a kolísavém subjektivním vnímání, včetně emocionálního stavu člověka? Je užitečné připustit, že se kvalita života může dramaticky změnit ze dne na den? Pokud ne, bavíme se o nějakém střednědobém či dlouhodobém stavu? Toto je třeba vyjasnit v každém konkrétním případě. Srovnajme např. krátkodobý pokles kvality života po operaci kyčelního kloubu s dlouhodobým pozitivním dopadem tohoto zákroku.

Ne vždy je změna subjektivně vnímané kvality života způsobená samotnou změnou vnějších faktorů, jako je např. zhoršení zdravotního stavu či ztráta zaměstnání. Příčinou může být i změna vnitřních standardů člověka (tzv. *referenční bod*) či změna jeho hodnot. Subjektivní vnímání kvality života v sobě totiž obsahuje prvek zvyku či adaptace dotyčného na vnější podmínky. Poměrujeme-li náš současný život podvědomě s jeho minulostí, pak naše vnímání současné kvality života odráží především dynamiku změn v něm.

Subjektivní pojetí kvality života naráží na různé obtíže. Aristoteles např. poznamenává: "*Když člověk onemocní, vidí štěstí ve zdraví. Když je v pořádku, jsou mu štěstím peníze.*" (Křivohlavý, 2002, str. 162). Obecně lze říci, že člověk má tendenci jako faktory kvality života nejvíce akcentovat to, co mu momentálně schází. Málokdo v dnešní České republice by např. uvedl bezpečnost na prvním místě v seznamu věcí, na kterých závisí kvalita jeho života, jelikož v dnešní době není našťastí v naší zemi každodenní strach o vlastní život z důvodu např. válečného konfliktu na místě.

Subjektivní vnímání kvality života je také do značné míry věcí osobní povahy, vrozené míry optimismu či pesimismu a způsobu náhledu na svůj život a nároků, které na něj klademe my či naše okolí. Dále je možné se ptát, kterou složku našeho já uspokojuje uvažovaná kvalita života. Je to naše vědomé, racionální a plánující *ego*? Či je to snad naše *superego* toužící po dokonalém, mravním a harmonickém životě takovém, který bude

vysoce hodnocen i okolní společností? Nebo je hodnotitelem kvality života naše *id* toužící po pohodlí, volném čase, adrenalinu, sexuálním prožitku, hmotných statcích či moci?

V ekonomii a psychologii také narážíme na problém, že jedinec většinou není schopen uvědomit si své vlastní preference jinak, než že je vystaven nutnosti projevit je konkrétní volbou. Tento problém nastane i při snaze žádat po klientovi sdělení jeho osobních preferencí ohledně kvality života. Způsob, jakým se tuto informaci od klienta snažíme získat, vždy potenciálně ovlivňuje získanou informaci samotnou (uvedme např. problém spontánního výběru faktorů oproti výběru z nabízených možností).

Křivohlavý (2002) popisuje metodu Torrance (1987). Jeho cílem bylo vyhodnotit u chronických pacientů závažnost jednotlivých negativních změn zdravotního stavu. Použil konstrukci preferenční funkce pacienta pomocí simulované volby mezi různými nabídnutými alternativami skýtajícími garanci různé délky života v různé kvalitě (s či bez daného zdravotního handicapu). Tak se Torrancovi podařilo získat jednotnou míru závažnosti handicapu na základě pacientova autentického osobního hodnocení.

### **3.2 Kvalita života se schizofrenií**

V předchozím oddíle 3.1 jsme diskutovali pojem kvalita života v jeho obecnosti. Nyní se zaměříme na souvislost kvality života se zdravotním stavem člověka. Konkrétněji zmíníme některá specifika hodnocení kvality života u duševně nemocných osob. V závěru pak uvedeme, jakými způsoby (přímo či zprostředkovaně) konkrétně schizofrenie negativně ovlivňuje kvalitu života jedince.

Jak již bylo řečeno v předchozím oddíle 3.1, medicína je jednou z oblastí, v níž se koncept kvality života nejvíce rozvíjí. Zatímco v dřívější době byla efektivita léčebných postupů vyhodnocována pouze s ohledem na zlepšení zdravotního stavu pacienta, nově je posuzována v širším kontextu snahy o zlepšení jeho kvality života. Hovoříme v tom případě o *kvalitě života ovlivněné zdravím* (**Health Related Quality of Life, HRQoL**) (Hnilicová in Payne, 2005).

Byla vyvinuta celá škála ukazatelů zaměřených na kvalitu života nemocných, např. *Schwartzova škála hodnocení terapie* (**Schwartz Outcome Scale, SOS-10**), *Globální klinický dojem* (**Clinical Global Impression, CGI**) (Goppoldová a kol., 2004), či *Index kvality života pacienta* ILF (Křivohlavý, 2002). Jde nejčastěji o dotazníky vyplňované pacientem či jeho ošetřujícím lékařem. Např. SOS-10 je dotazník obsahující 10 výroků

vztahující se k fyzické kondici, optimismu, plánů a očekávání do budoucna. Pacient hodnotí platnost každého výroku na škále od 0 (vůbec neplatí) do 6 (platí zcela) (Goppoldová a kol., 2005).

Pro úplnost uveďme, že existují i ukazatele zcela odlišné, které vyjadřují prostý zdravotní stav akutně nemocného pacienta s cílem odhadovat pravděpodobnost jeho úmrtí. Příkladem je ukazatel *APACHE II* (*Acute Physiological and Chronic Health Evaluation*) používaný na jednotkách intenzivní péče (JIP) ve Velké Británii (Křivohlavý, 2002). Poses a kol. (1996) statisticky porovnávají předpovědní schopnost některých ukazatelů tohoto typu na reálných datech přeživších a zemřelých pacientů JIP.

Vágnerová (2008) uvádí čtyři základní oblasti, skrze něž nemoc limituje život nemocného:

- **Míra soběstačnosti a nezávislosti nemocného.** Zda zvládá denní hygienu, dojít si sám na úřad apod. Obecně zda se musí či nemusí na někoho spoléhat druhého.
- **Míra omezení možností, zvýšení unavitelnost a vyčerpání.** Limituje schopnost pracovat či provádět náročnější zájmovou činnost.
- **Míra schopností sociálního kontaktu.** Zda je nemocný schopen komunikovat a udržovat sociální kontakt s lidmi.
- **Úroveň zachovaného celkového pocitu pohody.** Je důsledkem všeho výše uvedeného.

Je jasné, že snížení nezávislosti i schopnosti sociálního kontaktu jsou z velké části důsledkem druhého bodu (omezené fyzické možnosti). Podobně celkový pocit pohody klesá v důsledku všech tří ostatních bodů. Přesto si myslím, že soběstačnost a nezávislost jsou natolik zásadními faktory kvality života, že je správné je takto zdůraznit.

Bergsma a Engel (1998) uvažují kvalitu života pacienta jako všudypřítomné hledisko při rozhodování ve zdravotnictví, ať už uvažované explicitně či podvědomě zvažované. Pokusili se problém strukturovat do čtyř úrovní:

1. **Makro úroveň:** úroveň celé společnosti (státu). Zahrnuje politickou diskusi o sociálních, ekonomických či etických otázkách zdravotnictví.
2. **Mezo úroveň:** úroveň zdravotnického zařízení s jeho vnitřními procesy, investiční a personální politikou, způsobem zacházení s pacienty atd.

3. **Osobní úroveň:** úroveň subjektivního vnímání zdraví, nemoci, bolesti a nadějí do budoucna, jak z pohledu pacienta, tak jeho ošetřujícího lékaře.
4. **Fyzická úroveň:** měří kvalitu života pacienta kvalitou jeho fyziologických funkcí (např. pohyblivost).

Důležité je myslet na to, že u chronicky nemocných pacientů dochází ke změnám v subjektivním hodnocení kvality života ne jen v důsledku změny samotného zdravotního stavu, ale také díky změně referenčního bodu, změně životních hodnot, adaptace či odpoutání pozornosti od nemoci.

U duševně nemocných pacientů má hodnocení subjektivně pociťované kvality života zvlášť velký význam. Jak vysvětlují Goppoldová a kol. (2005), je to dáno samotnou povahou duševního onemocnění. To nezatěžuje a neomezuje pacienta ani tak po fyzické stránce, jako spíše po stránce psychické (duševní prožívání) a sociální (problémy při navazování a udržování komunikace a standardních mezilidských vztahů).

Goppoldová a kol. (2004) také upozorňují na častý nesoulad mezi objektivním hodnocením zdravotního stavu provedeného lékařem a subjektivním posouzením kvality života samotným pacientem. Opomíjení tohoto subjektivního pohledu pacienta pak může vést k zanedbání podstatných aspektů dopadu duševního onemocnění na jeho psychický a sociální komfort. Tyto argumenty zdůrazňují význam osoby sociálního pracovníka v procesu léčby a rehabilitace duševně nemocných.

Na druhou stranu vyhodnocování kvality života u duševně nemocných pacientů může být oproti somaticky nemocným problematické. Goppoldová a kol. (2004) upozorňují, že duševní onemocnění má vliv na kognitivní funkce i afektivitu pacienta a v důsledku toho může tedy být ovlivněno samotné subjektivní vnímání kvality života. U duševně nemocných se navíc často vyskytuje nedostatečný náhled a obecně nižší očekávání od života. V některých případech může být překážkou správného vyhodnocení kvality života i tzv. *disimulace*, tj. záměrné zamlčování některých negativních aspektů zdravotního stavu a jeho subjektivního vnímání. V úvahu připadá i podvědomé popření nemoci jakožto psychická obrana před ní. Navíc hospitalizace v psychiatrickém zařízení, během níž se hodnocení kvality života většinou provádí, výrazně ovlivňuje vnímání kvality života u pacientů. Výsledek všech těchto efektů bývá nadhodnocení kvality života duševně nemocných. Goppoldová a kol. (2004) toto ilustrují na vzorku 150 pacientů PCP, z nichž konkrétně 44 trpělo onemocněním schizofrenního druhu.

V případě duševních onemocnění jako je schizofrenie je třeba vnímat vliv nemoci na kvalitu života v celé jeho šíři. *Přímý* vliv nemoci na kvalitu života spočívá v samotných projevech nemoci, jako jsou halucinace, bludy, narušení kognitivních a emocionálních funkcí apod., viz oddíl 2.3.

K tomu je však třeba přičíst vliv *nepřímý*. Tím máme na mysli např. nemožnost pracovat či studovat a odtud pramenící problémy s vyplněním běžného dne, finanční situací či možností seberealizace. Dalším nepřímým vlivem jsou obtíže v navazování a udržení partnerských vztahů.

Schizofrenní onemocněními je podle Jarolímka (2006) v 50 % případů doprovázeno depresí. Ta sama má fatální negativní vliv na kvalitu života. Mezi nepřímý negativní vliv na kvalitu života lze počítat i fenomén tzv. *stigmatizace* duševně nemocných, viz oddíl 3.3.

Nepřímým vlivem na kvalitu života pacientů jsou i případné nežádoucí účinky podávaných léků (antipsychotik). Naštěstí v případě výskytu nežádoucích účinků může ve většině případů lékař zaměnit konkrétní preparát či změnit jeho dávkování.

V kombinaci všech těchto přímých a nepřímých vlivů se schizofrenie typicky dotýká prakticky všech myslitelných faktorů určujících kvalitu života člověka (viz konkrétní příklady v kapitole 5). Každopádně účinná biologická léčba pomáhá k tlumení samotných příznaků nemoci a sociální rehabilitace pak pomáhá zlepšovat psychosociální fungování nemocného. Obě složky péče tak mají svoji nezastupitelnou úlohu a ve společném působení dokážou nezanedbatelnou měrou zvyšovat kvalitu života duševně nemocného.

### **3.3 Stigmatizace duševně nemocných**

Duševně nemocní lidé, schizofrenii nevyjímaje, jsou často *stigmatizováni*, tj. panují o nich mezi lidmi různé předsudky a mylné představy, které pak negativně ovlivňují jejich postoj k nim. Většina veřejnosti o této nemoci nemá dostatečné informace, což je hlavním zdrojem této stigmatizace. Nemocný se pak často potýká s problémy ohledně ztráty zaměstnání, partnerských či obecně mezilidských vztahů. Prohlubuje se tím izolace mezi duševně nemocnými a zdravými lidmi. Mnoho lidí má k oboru psychiatrie a k psychiatrickým zařízením předsudky, mnoho lidí se pak naopak stydí za to, že psychiatra navštěvují. Každopádně se tato stigmatizace v různé míře negativně podepisuje na kvalitě života duševně nemocných a neprospívá ani jejich zdravotnímu stavu samotnému.

Lai, Hong a Chee (2000) diskutují problém stigmatizace duševně nemocných z hlediska jeho příčin a dopadu na život duševně nemocných. Ve svém článku však především prezentují výsledky dotazníkového šetření na vzorku 300 duševně nemocných pacientů (nejčastější diagnóza deprese a schizofrenie), 100 pracovníků z oblasti zdravotní péče o duševně nemocné a 50 pacientů kardiaků použitých jako kontrolní skupina. Většina duševně nemocných pacientů (na rozdíl od kardiaků) pocívala negativní efekt stigmatizace na jejich sebeúctu, mezilidské vztahy a pracovní příležitosti. Většina z nich také pocívala potřebu větší informovanosti veřejnosti o problematice duševních nemocí. Autoři v závěru článku navrhnou detekovat u duševně nemocných pacientů případnou zvýšenou náchylnost ke stigmatizaci a diskutují některá opatření k jejímu zmírnění.

Lidé si o duševně nemocných většinou myslí, že jsou nebezpeční a násilní a že jejich chování je nepředvídatelné až psychopatické a tedy že tito lidé patří do „ústavu“. Toto tvrzení však není v drtivé většině případů pravdivé. Pokud je duševně nemocný člověk léčen, je malá pravděpodobnost, že by byl pro své okolí nebezpečný. Mediálního ohlasu se však pochopitelně dostává především těm ojedinělým případům, kdy duševně nemocný člověk např. spáchá násilný trestný čin.

Další nepravdivou domněnkou je, že takto nemocní lidé v žádném případě nemohou pracovat. Avšak např. pacienti se schizofrenií, pokud se právě nenacházejí v akutní fázi nemoci, mají v průměru stejné intelektové schopnosti jako zdravá populace. Mnoho duševně nemocných tak pracovat může a také pracují. I když mají pochopitelně většinou závažnější potíže se sháněním zaměstnání než zdraví lidé. Jsou tu naštěstí organizace, které nabízejí tzv. chráněnou práci, viz kapitola 4.

Představa, že schizofrenie je nevléčitelná nemoc, je také mylná. Moderní léčba je mnohem účinnější než v předchozích desetiletích a stále se zdokonaluje. Existuje celá řada léků, léčebných metod a psychoterapií, které zmírňují průběh nemoci a pomáhají tak nemocnému žít víceméně plnohodnotný život. Někdy dojde k téměř úplnému vyléčení.

Objektem stigmatizace se mohou kromě duševně nemocných samotných stát i jejich rodinní příslušníci, tak i pomáhající profesionálové. Naopak tyto skupiny, přicházející nejvíce do styku s duševně nemocnými, mohou sami být původci stigmatizace. Pro lepší integraci duševně nemocných a tím jejich vyšší kvalitu života je více než žádoucí prevence této stigmatizace jak u vyjmenovaných skupin, tak u široké veřejnosti.

Existuje řada projektů, které se takové prevenci věnují a tím se snaží odbourávat bariéry mezi duševně nemocnými a veřejností. Např. hudebně-divadelní festival

*Mezi ploty*<sup>1</sup>, který je realizován každý rok na jaře v areálu psychiatrické léčebny v Praze v Bohnicích, Brně a Dobřanech. Dále například sdružení *Práh*<sup>2</sup> realizuje projekt *Měsíc bláznovství v Brně*, v rámci nějž probíhají odborné přednášky na téma duševní zdraví a také výstavy prací duševně nemocných.

---

<sup>1</sup> [www.meziploty.cz](http://www.meziploty.cz) [28. 6. 2011]

<sup>2</sup> [www.prah-brno.cz](http://www.prah-brno.cz) [28. 6. 2011]



## **4 Organizace zaměřené na sociální rehabilitaci duševně nemocných**

Kvalita života duševně nemocných je v důsledku jejich nemoci velmi snížena, viz kapitola 3. Většina z nich nemá příliš sociálního kontaktu. Často nejsou schopni pracovat a zajistit si tím vlastní zdroj příjmu a z něj vyplývající ekonomickou nezávislost. Jsou poté odkázáni na sociální dávky ve formě invalidního důchodu, ať už částečného či plného. Potřebují však další konkrétní pomoc v mnoha ohledech. Duševně nemocných je v České republice více, než si lidé běžně představují: např. dle *Zdravotnické ročenky České republiky* bylo za rok 2009 v ČR psychiatricky vyšetřeno téměř 482 970 osob (ÚZIS, 2010). Jejich hendikep však není na první pohled vidět, jako je tomu např. u tělesně postižených.

Naštěstí existují po celé České republice organizace, které pomáhají právě této cílové skupině. Zaměřují se na sociální rehabilitaci týkající se bydlení, zaměstnání, vzdělání či volnočasových aktivit. Profesionálové a dobrovolníci pracující v těchto organizacích se snaží duševně nemocným pomoci v těchto oblastech a všestranně je podporovat. V následujících třech oddílech popíší vybrané tři organizace tohoto zaměření. Čerpala jsem z oficiálních webových stránek jednotlivých organizací.

### **4.1 Občanské sdružení Baobab**

Občanské sdružení Baobab<sup>1</sup> je nestátní nezisková organizace, která vznikla v roce 1997. Organizace je zaměřená na pracovní a sociální rehabilitaci určenou lidem s duševním onemocněním, působí převážně v Praze a částečně v Kladně. Občanské sdružení Baobab nabízí několik druhů služeb:

#### **Podpora nezávislého bydlení**

Hlavním cílem této služby je, aby jedinci získali základní sociální kompetence a dokázali se sami o sebe postarat v běžných situacích. Tato služba vede klienta k samostatným dovednostem, které mu pomůžou ke správnému chodu jeho domácnosti. Dále služba posiluje sociální kompetence jako je jednání s druhými lidmi, či řešení věcí na úřadech. Tuto službu doprovází terapeut svou návštěvou a jednáním, popřípadě řešením

---

<sup>1</sup> [www.osbaobab.cz](http://www.osbaobab.cz) [28. 6. 2011]

konkrétních potíží klientů. Služba je určena lidem od 18 do 55 let s duševním onemocněním psychického okruhu či s onemocněním afektivní poruchou. Podmínkou pro užívání této služby je stabilizovaný stav klienta a jeho motivace. Kapacita této sociální služby je celkem 16 míst, služba je poskytována celoročně. Klienti bydlí ve vybraných bytech na Praze 4 či 8. Byty jsou většinou 2+1 či 3+1, v jednom bytě bydlí maximálně 3 klienti. Byty jsou standardně vybaveny. Klient si sám hradí náklady za provoz domácnosti, měsíční nájem je určen podle velikosti bytu.

#### **Nabízené ubytování v rámci programu *Nezávislé bydlení o.s. Baobab*:**

<b>Byt</b>	<b>Kapacita bytu</b>	<b>Klient sám v pokoji</b>	<b>Místo ve dvoulůžkovém pokoji</b>
Viktorínova 1, byt č. 24, 2+1	3 lůžka	3 900,- Kč	3 400,- Kč
Viktorínova 1, byt č. 34, 2+1	2 lůžka	3 500,- Kč	-
Viktorínova 3, byt č. 6, garsoniéra	1 lůžko	3 300,- Kč	-
Viktorínova 3, byt č. 49, garsoniéra	1 lůžko	3 300,- Kč	-
Viktorínova 3, byt č. 12, 2+1	3 lůžka	3 800,- Kč	3 200,- Kč
Bělohorská 48, byt č. 10, 2+1	3 lůžka	3 900,- Kč	3 400,- Kč
Mozambická 2, byt č. 2, 3+1	3 lůžka	3 700,- Kč	-

*Zdroj: [www.osbaobab.cz/sluzby/pnb1/204](http://www.osbaobab.cz/sluzby/pnb1/204) [28. 6. 2011].*

#### **Student**

Tento program poskytuje lidem s duševním onemocněním vzdělávání. Cílem služby je získání nových vědomostí a dovedností, které klient později může uplatnit v pracovním poměru. Tato služba je poskytována zdarma. Služba je určena lidem ve věku od 15 let, kteří mají ukončené základní vzdělání a chtějí se v rámci svého osobního času vzdělávat. Tato služba se neposkytuje lidem, kteří jsou postiženi intelektově. Mezi programy Student patří:

- **Patronství:** klient spolupracuje s terapeutem formou individuálních schůzek.
- **Kurzy:** trénink a nácvik specifických dovedností.
- **Besedy:** většinou na téma duševní nemoci.
- **Poradna studijní referentky:** poradna ohledně studijních záležitostí.
- **Setkání účastníků Student:** společné setkání klientů služby Student.

## **Ateliér**

Vede klienta k různorodé výtvarné práci a kreativitě a tím také k získání a posílení sociálních kompetencí. Tato služba je poskytovaná zdarma a odehrává se v místnosti zvané „ateliér“ v sídle občanského sdružení na Praze 4. Služba je určena lidem od 18 let s duševním onemocněním ve stabilizovaném stavu, kapacita je 15 lidí. Služba probíhá třikrát v týdnu v odpoledních hodinách, každý den má terapeut připravený jiný program. V pondělí se maluje, v úterý se klienti věnují různým výtvarným technikám a ve středu si klienti mohou sami vybrat. Klient si může vybrat, který den mu vyhovuje nejvíce jak časově, tak z hlediska náplně. Není zde vyžadovaná docházka. Klienti Ateliéru také navštěvují různé výstavy či kulturní akce k načerpání inspirace pro svou výtvarnou tvorbu.

## **Case Management**

Tato služba se snaží zabránit sociálnímu vyloučení duševně nemocných. Cílem služby je především pomoci klientům hledat si práci, bydlení a zvládat jednání s úřady. Tato služba je též poskytovaná zdarma. Službu mohou využívat dospělé osoby, které mají v důsledku duševního onemocnění sníženou kvalitu života.

## **Volnočasové pohybové aktivity**

Zde mohou lidé trávit aktivně svůj volný čas. Službu mohou využívat lidé od 15 let. Volnočasové aktivity jsou poskytovány od září do června. Nabízí se např. tai-či, jóga, cvičení s hudbou, florbal, turistický klub Traveller.

## **4.2 Občanské sdružení ESET-HELP**

Občanské sdružení ESET-HELP<sup>1</sup> vzniklo v roce 1995 v Praze. Podporuje svými službami duševně nemocné. Nabízí tréninkovou resocializační kavárnu, podporované zaměstnání, přechodné zaměstnání, chráněné bydlení, centrum denních aktivit, resocializační pobyty, poradenství v oblasti sociální a právní a anonymní psychoterapeutickou poradnu. Provozuje i tréninkový obchod, který je určen lidem s duševním onemocněním.

Tato organizace nabízí i terénní programy, které jsou určeny drogově závislým lidem. Dále službu *Sociální a pracovní začleňování s duální diagnózou* (např. kombinace duševního onemocnění a závislost na návykových látkách).

---

<sup>1</sup> [www.esethelp.cz](http://www.esethelp.cz) [28. 6. 2011]

### **Tréninková resocializační kavárna**

Kavárna nabízí pracovní místa lidem s duševním onemocněním. Především jde o obsluhu kavárny či úklid. Kapacita míst je 12 klientů ročně.

### **Podporované zaměstnání**

Tato služba nabízí pomoc se sehnáním a udržením si práce a záležitostmi s tím spojenými. Klientům nabízí např. pomoc se sepsáním životopisu či poradenství ohledně výběru vhodného zaměstnání. Podmínkou využití služby je vysoká motivace a stabilizovaný zdravotní stav.

### **Přechodné zaměstnání**

Cílem této služby je, aby si klient osvojil běžné pracovní návyky. Jedná se o nabídku krátkodobých pracovních míst pro lidi s duševním onemocněním. Podmínkami této služby je věk nad 18 let, vysoká motivace a kontakt s ambulantním psychiatrickým lékařem.

### **Chráněné bydlení**

Nabízí ubytování v chráněných bytech, které jsou situovány v Praze na jižním městě. V jednom bytě bydlí tři klienti po dobu 12 měsíců. Klient platí měsíčně 3 600,- Kč za bydlení a 1 500,- Kč za péči terapeuta. Podmínkou této služby je minimální věk 18 let a diagnóza duševní nemoci.

### **Centrum denních aktivit - klub Hekrovka**

Jde o volnočasovou aktivitu, kde se setkávají lidé s duševním onemocněním. Klienti společně vaří, hrají hry, chodí za kulturou či kreslí. V rámci této volnočasové aktivity je vydáván vlastní časopis Očko. Klub je otevřen ve všední dny od 10 do 16 hodin. Nabízeny jsou zde i jazykové kurzy a či kurzy práce s počítačem.

### **Tréninkový obchod**

Je v provozu od roku 2006. Prodávají se zde drobné dárky, svíčky, mýdla, drobná keramika. Lidé s duševním onemocněním starší 18 let se mohou v tomto obchodě uplatnit jako prodavači nebo úklidový pracovníci. První měsíc je vždy zkušební - klient se zaučuje a prozatím nedostává za svou práci plat. Pokud se po tomto měsíci osvědčí, dostane smlouvu DPP na 150 hodin, maximálně na tři měsíce. Mzda je 35,- Kč za hodinu.

### **4.3 Denní psychoterapeutické sanatorium „Ondřejov“**

Denní psychoterapeutické sanatorium „Ondřejov“ (DPS „Ondřejov“)<sup>1</sup> založil v roce 1986 a dodnes řídí psychiatr MUDr. Martin Jarolímek. Pracoviště se sídlem v Praze Hodkovičkách se věnuje prevenci a léčbě psychotických onemocnění (např. schizofrenie), léčbě závislostí (na alkoholu, hracích automatech a lécích) a léčbě vážných neurotických poruch. Tým centra čítá dnes již 37 pracovníků a tvoří ho lékaři, psychologové, psychoterapeuti, sociální pracovníci a zdravotní sestry. Centrum nabízí opravdu velké množství různých terapeutických programů: individuální, skupinovou a rodinnou terapii, pohybovou terapii, fyzioterapii, hodiny jógy, podporu ve studiu na SŠ a VŠ, rehabilitační pobyt v přírodě či program zaměřený na boj s obezitou, zdravou výživu a životní styl. Nabízena je i individuální psychiatrická péče a krizové oddělení pro pomoc se zvládnutím akutních stavů pacientů.

#### **Velký denní program**

Největší a nejvíce intenzivní program. Desetitýdenní docházka skupiny 10 klientů ve všedních dnech od 9 do 14 hodin. Skupinu vedou zkušený psychoterapeuti. Součástí je i dvoutýdenní pobyt klientů v přírodě. Centrum spolupracuje s příbuznými klientů a nabízí jim vzdělávací kurz (jednou týdně po dobu 10 týdnů), kde získávají různé informace o nemoci svých blízkých. Po uplynutí těchto 10 týdnů se tatáž skupina klientů schází jednou týdně po dobu dalších 10 měsíců. Celý tento program je realizovaný dvakrát do roka.

#### **Malý denní program**

Je realizovaný dvakrát v týdnu odpoledne. Je zaměřen na nácvik sociálních dovedností.

#### **Psychoterapeutické skupiny Lorga, Dynamo a Maskál**

Jedná se o otevřené terapeutické skupiny konající se jedenkrát či dvakrát týdně pod vedením vždy dvou terapeutů. Každá skupina má své zaměření, např. na krizové situace klientů, osobní rozvoj klientů, různé životní situace, vztahy, trávení volného času atd.

---

<sup>1</sup> [www.ondrejov.cz](http://www.ondrejov.cz) [28. 6. 2011]

### **Trénink kognitivních funkcí**

Tréninkový program zaměřený na řešení problémů s pozorností, pamětí a celkovým snížením intelektové výkonnosti. Probíhá jednou až dvakrát týdně po dobu 2 až 3 měsíců. Vhodný je např. pro klienty, kteří chtějí začít studovat či pracovat.

### **Program pro rodiče a děti**

Pro rodiče dětí ve věku od 3 do 14 let, kteří prodělali psychickou nemoc. Probíhá jednou měsíčně. Program zvláště pro skupinu dětí a skupinu rodičů. Součástí tohoto programu jsou dva týdenní pobyty v přírodě.

### **Tréninkový byt**

Pro dva klienty mužského pohlaví, kteří se chtějí naučit vařit, uklízet, prát, žehlit či hospodařit s penězi.

### **Svépomocná skupina „Ondřej“**

Jednou měsíčně se schází rodinní příslušníci klientů, aby si vyměňovali zkušenosti o nemoci svých blízkých a o tom, jak na projevy této nemoci vhodně reagovat. Důležité je, že účastí ve skupině si tito lidé uvědomují, že duševní nemoc nepostihla jen jejich rodinu, ale že existují i další lidé s podobným údělem.

### **Terapeutická komunita Mýto**

Komunita 10 osob sídlí na bývalé faře 60 km od Prahy. Určeno klientům, kteří mají potíže se zařazením do běžného života. Pobyt v komunitě trvá zpravidla rok.

## 5 Hlubkové rozhovory s osobami se schizofrenií

V rámci své bakalářské práce jsem provedla tři hlubkové osobní rozhovory s lidmi se schizofrenním onemocněním. Podstatné informace získané v rámci těchto rozhovorů týkající se nemoci jako takové a jejího dopadu na kvalitu života zpovídaných osob jsou obsaženy v oddílech 5.2 až 5.4. Na příkladech těchto konkrétních lidí jsem se snažila ilustrovat různé podoby života se schizofrenií s různou měrou jejího negativního dopadu na kvalitu života. Díky osobnímu kontaktu s těmito lidmi jsem také měla možnost pokusit se problematiku řešenou v této bakalářské práci nahlédnout z pozice těch, o které zde jde především. V oddíle 5.5 je pak obsaženo shrnutí a interpretace získaných informací.

### 5.1 Metodika a provedení rozhovorů

Nejprve v jednotlivých bodech uvedme podrobnosti týkající se metodiky a realizace mého šetření.

**Cílová skupina:** Osoby se schizofrenií. Jednalo se ve všech případech o osoby ve věku 20 až 25 let.

**Počet respondentů:** Celkem tři, z toho dva muži ve věku 22 a 25 let a jedna žena ve věku 20 let.

**Metoda:** Polostrukturovaný hlubkový osobní rozhovor.

**Tematické okruhy:**

- **Základní údaje:** Pohlaví, věk, vzdělání, diagnóza, bydlení.
- **Bydlení:** Kde a s kým bydlí, kde bydlel v minulosti.
- **Rodina:** Rodiče, sourozenci, duševní nemoc v rodině, kdo mu je oporou.
- **Vzdělání:** Jakou školu studoval, zda ji dokončil.
- **Onemocnění:** Kdy se objevilo, projevy, průběh, léčba.
- **Přátelé:** Jaké má přátele a co pro něj znamenají.
- **Partnerské vztahy:** Případné současné i minulé partnerské vztahy.
- **Zájmy:** Zájmy, trávení volného času.
- **Práce:** Zda a kde je či byl zaměstnaný, jiná výtělečná činnost.

- **Finanční situace:** Příjmy (výdělky, invalidní důchod, sociální dávky, podpora rodiny) a výdaje.
- **Vlastní zhodnocení kvality života:** Jak hodnotí kvalitu svého života.
- **Budoucnost:** Jaké mají plány a přání do budoucna.

**Anonymita respondentů:** Vzhledem k rozsahu a velice osobní povaze předmětu rozhovorů jsou respondenti v této práci uváděni pod smyšlenými jmény a záměrně se vyhýbáme informacím, které by mohly vést k odhalení jejich totožnosti.

**Získávání respondentů:** Hledání respondentů bylo poměrně složité, ač jsem působila jako dobrovolník v organizaci, která se zabývá duševně nemocnými. Zpočátku to vypadalo, že respondentů bude mnohem více, ale často z rozhovoru z různých důvodů nakonec sešlo. Někteří lidé, kterých jsem se dotázala, neměli přímo diagnózu schizofrenie. Dva lidé se schizofrenií mi rozhovor odmítli. Jeden člověk se mi sám nabídl a působil velmi nadšeně, vícekrát jsem ho už ale neviděla.

**Průběh rozhovorů:** Nejprve jsem respondentům vysvětlila, jaký je smysl rozhovoru a jak přibližně bude probíhat. Vysvětlila jsem, jak bude se získanými informacemi naloženo, byla probraná i otázka autorizace a anonymity. Teprve když se všim souhlasili, začala jsem pokládat otázky. Rozhovor měl spíše volnější průběh, snažila jsem se o udržení uvolněné a přátelské atmosféry (ve dvou ze třech případů jsem si s respondentem tykala). Klíčové bylo projevit autentický zájem o problémy respondentů, který zvyšoval jejich otevřenost. Nikoho jsem nenutila do odpovědí na ty otázky, které jim byly nepříjemné.

**Délka rozhovorů:** Rozhovory trvaly přibližně 60 až 90 minut.

**Pořizování záznamu:** Z rozhovorů nebyl pořizován žádný audiovizuální záznam. Zvládala jsem si psát poznámky na papír a vždy ještě ten samý den jsem pak ve větším detailu získané informace sepsala do podoby elektronického zápisu.

**Místo a čas:** Rozhovory jsem prováděla na různých místech: u sebe doma, v chráněném bydlení jednoho z respondentů a v parku na lavičce. Všechny rozhovory proběhly v dubnu a květnu 2011.

**Výsledky:** Základní sociodemografický popis respondentů (pohlaví, věk, vzdělání atd.), informace o respondentech po jednotlivých tematických okruzích, vlastní interpretace získaných informací.



## **5.2 Respondent č. 1: Matěj**

### **Základní údaje**

Muž, 25 let, vzdělání střední odborné, dg. paranoidní schizofrenie. Bydlí se svou matkou a jejím přítelem.

### **Průběh rozhovoru**

Rozhovor probíhal u mě doma, kam za mnou respondent přijel ve smluvený čas. Rozhovor probíhal cca 90 minut.

### **Bydlení**

Matěj do svých 8 let bydlel v Praze se svými rodiči a starší sestrou. Pak se jeho rodiče rozvedli. Od 8 do 13 let bydlel na osamělém statku společně s matkou (jeho sestra zůstala po rozvodu v Praze). Ve 14 letech se s matkou nastěhovali do nedaleké vesnice, kde bydlí dodnes. Když Matějovi bylo 16 let, přistěhoval se k nim matky nový přítel.

V roce 2006 bydlel rok v chráněném bydlení v Praze společně s jedním spolubydlícím. S odstupem času vidí jako plus tohoto bydlení, že žil odděleně od rodiny, měl tam své soukromí a mohl si dělat, co chtěl. Navíc bydlení zde bylo poměrně levné. Jinak se ovšem nijak zvlášť neosamostatnil: nevařil si, neuklízěl si po sobě. Na další programy, které dotyčná organizace nabízela, nikdy nechodil. Což nyní uznává, že byla škoda. Co se týkalo terapeuta, který k nim chodil jednou týdně, tak s ním byl vcelku spokojený. Jednou prý se však spolubydlícímu udělalo špatně, tak zavolal na krizové číslo organizace a terapeutka mu řekla, že tam zítra zajde. Což nemělo žádný význam.

Od té doby opět žije se svou matkou a jejím přítelem na malé vesnici.

### **Rodina**

Matějovi rodiče se rozvedli, když mu bylo 8 let. Od té doby bydlí se svou matkou a jejím novým přítelem. Matěje otec žije od té doby sám v Praze. Starší sestra bydlí také sama v Praze. Otce i sestru pravidelně navštěvuje. Hodně si oblíbil své prarodiče z matčiny strany. Jeho teta z otcovy strany má také schizofrenii.

### **Vzdělání**

Matěj započal svou povinnou školní docházku v Praze, kde bydlel od narození. V této škole se mu docela líbilo. Mezi jeho rodiči v této době začaly hádky, které Matěj často slyšel, a kvůli tomu zřejmě začal koktat. Ve druhé třídě se pak jeho rodiče rozvedli.

Následovalo stěhování z Prahy na 70 km vzdálený statek. Do třetí třídy nastoupil do nedaleké školy, kde byl až do konce deváté třídy. Spolužáci ho mezi sebe moc nebrali, byl to pro ně „Pražák“. Učitelé taky nebyli moc příjemní. Ve škole tak neměl skoro žádnou motivaci.

Po ZŠ nastoupil do nedalekého okresního města na obor kuchař-číšník. V učení ho to ale nebavilo, často chodil za školu. V této době začal hodně číst a psát povídky. O rok později nastoupil do jiného města na střední školu, obor knihkupectví. Tato škola ho skutečně bavila, měl zde i kamarády. Od druhého ročníku však měl zdravotní potíže. Díky chápavosti a vstřícnosti pedagogů zde nakonec odmaturoval. Po střední škole chtěl studovat VOŠ, obor scénáristika. Bohužel mu to nemoc již nedovolila.

### **Onemocnění**

V 18 let se u něho objevily deprese, uzavíral se sám do sebe, měl úzkosti. Objevily se u něj religiózní bludy: měl pocit, že si ho bůh vyvolil pro speciální poslání na Zemi. Jelikož těmto bludům plně věřil, nenapadlo ho, že může jít o příznaky duševní nemoci. Později se začal řezat žiletkou do zápěstí a do tváře, protože cítil duševní bolest, kterou chtěl přehlušit. Téhož roku se pokusil o sebevraždu. Údajně se nechtěl zabít, jen chtěl utišit onu duševní bolest.

Byl hospitalizovaný na psychiatrickém oddělení, kde mu diagnostikovali paranoidní schizofrenii. Po propuštění se na svou žádost nechal umístit do Psychiatrické léčebny Dobřany. Jeho rodina byla v šoku, postupem času se s tím však smířili. Po propuštění z Dobřan začal docházet k ambulantnímu lékaři. O půl roku později byl opět hospitalizován na psychiatrickém oddělení. Zde měl i samostatné vycházky po městě a pestrý program (různé psychoterapie).

Ve 20 letech se mu znovu udělalo špatně, zatím prý nejhůře jak mu kdy bylo. Byl hospitalizovaný v PCP v Praze. Pobyt tam prožíval silně negativně, i když toto zařízení hodnotí jako velmi kvalitní. Z podávaných léků měl někdy třas, pocit neklidu či křeče. Po propuštění navštěvoval denní stacionář a rok bydlel v chráněném bydlení. Do PCP se poté vrátil ještě dvakrát, protože jeho lékařka si s ním nevěděla rady.

### **Projevy nemoci**

Mívá sluchové halucinace, kdy se mu zdá, že k němu lidé z okolí promlouvají a něco po něm chtějí. Dále se u něj občas vyskytují zrakové halucinace např. v podobě barevného

kruhu na stěně místnosti. Zažívá také intrapsychické halucinace: má pocit, že mu někdo cizí do hlavy vkládá myšlenky.

Kromě výše vyjmenovaných pozitivních příznaků se u Matěje objevují i negativní příznaky nemoci. Ztratil schopnost empatie, nadhled nad sebou samotným, schopnost koncentrace a odolnost vůči stresu.

### **Přátelé**

Již od dětství neměl moc přátel, z části kvůli stěhování v 8 letech a s tím související změnou školního kolektivu. V pozdější době ho v tomto směru začala limitovat jeho nemoc. V dnešní době má dva dobré kamarády, kteří jsou mu oporou.

### **Partnerské vztahy**

Měl několik vztahů, jeden rok a půl dlouhý a ostatní krátkodobější. Důvodem ukončení většiny vztahů bylo zhoršení jeho psychického stavu v důsledku nemoci. Někdy vztah ukončily naopak potíže jeho partnerky (většinou byly také duševně nemocné). V budoucnu by si přál navázat nějaký kvalitní dlouhodobý partnerský vztah.

### **Zájmy**

Čtení knih, psaní článků a práce na jeho nové knize. Přiznává však, že v důsledku své nemoci nemůže tak dobře psát ani číst. Jezdí často na kole.

### **Práce**

Po dokončení studia na SŠ (obor *Knihkupectví*) nastoupil jako knihovník do knihovny u nich na vesnici. Práce tam se mu líbila, ale bohužel to vydržel jen měsíc. Dle jeho slov ho rozčiloval převažující zájem zákazníků o červenou knihovnu. Navíc cítil, že na tu práci nestačí, že by jí dostatečně nezvládal. Nedokázal se na ni soustředit. Začal mít halucinace, kdy mu z knihy vylézala písmenka, či slyšel různé hlasy. Někdy měl pocit, že na něj zákazníci mluví, i když to nebyla pravda. V současné době občas napíše nějaký článek do novin. Nyní pobírá plný invalidní důchod. V budoucnu by určitě ještě pracovat chtěl. Ale teď si myslí, že by na práci nestačil, necítí se na ní.

### **Finanční situace**

Nyní pobírá plný invalidní důchod (třetí stupeň invalidity). Říká, že s tím v pohodě vystačí. Je držitelem průkazu ZTP-P (Zvlášť těžce postižený s průvodcem) a má tedy výrazné slevy např. v dopravě. Pobírá příspěvky na benzín pro příbuzné.

## **Stigma duševní nemoci**

V současné době to už neřeší, je v tomhle ohledu nad věcí. Stejně s tím prý nic nenadělá.

## **Budoucnost**

Chtěl by mít v budoucnu práci a žít se psáním knih. Také si přeje založit rodinu, i když ví, že by jeho děti mohly mít stejné onemocnění, jako má on sám. V brzké době by chtěl navštívit nějaký program v rámci sociální rehabilitace duševně nemocných. V neposlední řadě by chtěl brzy navázat nějaký vážný partnerský vztah.

## **5.3 Respondent č. 2: Jana**

### **Základní údaje**

Žena, 20 let, základní vzdělání, dg. paranoidní schizofrenie a obsedantně kompulzivní porucha (plus další mě nesdělené diagnózy). Bydlí sama v chráněném bydlení.

### **Průběh rozhovoru**

Schůzka byla domluvena předem na určenou hodinu. Přišla jsem za respondentkou do jejího bytu v rámci chráněného bydlení. Rozhovor probíhal cca 90 minut.

### **Bydlení**

Jana od narození žila se svou matkou a otcem. Za čas se její rodiče rozvedli a její otec se odstěhoval. Jana s matkou tedy zůstaly samy. Matka si po nějaké době našla nového partnera, který se k nim přistěhoval a s nímž měla další dvě děti. Nyní žije Jana první měsíc sama v garsonce v rámci chráněného bydlení. Za ubytování platí 3 000,- Kč měsíčně, smlouvu má na jeden rok. Je ráda, že tu může bydlet. Především proto, že není u své matky, která jí údajně velmi deptá. Nechtěla by ani žádného spolubydlícího. Nesnesla by prý, aby s ní někdo sdílel sociální zařízení.

### **Rodina**

Když byla malá, žila s oběma rodiči. Nyní svého otce již 15 let neviděla. S matkou má komplikovaný vztah. Se svými dvěma nevlastními sourozenci vychází dobře, trochu jim prý závidí otce, který jim kupuje dárky k Vánocům. Občas za sourozenci chodí na návštěvu. I svoji matku občas navštěvuje, i když z ní nemá dobrý pocit. Chodí si tam

pro jídlo, ale myslí si, že jí ho matka dává nerada. Také zde využívá přístupu na internet. Chodí tam, když je hodně sama a je jí smutno, ale většinou jí tam je ještě hůř.

O svém dětství mluví jako o katastrofě. Mezi ní a její matkou jsou problémy. S otcem není v kontaktu, údajně jí nechce vidět. Skoro si na něj nepamatuje. Matka jí údajně říkala, že spolu nejsou kvůli ní a dává jí to prý za vinu. Více se s ní o jejím otci nechce bavit. Údajně jí matka nikdy za nic nepochválila, prý podle ní nemá žádné dobré vlastnosti.

### **Vzdělání**

Jana má ukončenou základní školu, kde se podle jejích slov učila dobře. Pak byla nějaký čas na učilišti, které nedokončila. Následně zkoušela studovat na střední škole, ovšem přesně v den našeho rozhovoru toto studium po 8 měsících ukončila. Škola jí prý nebavila, neměla tam kamarády, učitelé nebyli vstřícní a necítila se tam dobře. Chtěla by v budoucnu zkusit obor veterinářství.

### **Onemocnění**

Myslí si, že nikdy žádné problémy neměla. Vše začalo na základní škole. Dřív, než se to stalo, byla veselá a spokojená a nic jí netrápilo. Najednou jí prý však strčili do psychiatrické léčebny a od té doby je smutná a depresivní.

Absolvovala různé terapie se svou matkou, které prý byly šílené, a nechce o nich mluvit. Byla několikrát hospitalizovaná na psychiatrickém oddělení.

Dříve brala léky, ale teď už je brát nechce a taky je nebere, jen chodí na injekce. Léky nebere, protože po nich prý tloustne a má strach, že se jí pak ostatní budou smát. Už prý mnohokrát musela po lécích zpět hubnout, což už nechce opakovat. Podle jejích slov chce být raději hubená a smutná, než tlustá a veselá.

O tom, že nebere předepsané léky, se lékařce ještě nesevěřila a ani se jí s tím svěřovat nechce. Nerada k ní chodí. Prý jí nemůže říct skoro nic, protože by zase něco zjistili a to ona nechce, má přece svůj vlastní svět. K lékařce chodí jen proto, že prý musí. Nemá žádnou důvěru k psychiatrům.

Cítí se často smutná a osamocená, nevidí pro sebe žádnou budoucnost, myslí si, že to vše špatně skončí. Bojí se, že kdyby tohle někdo věděl, tak jí hned pošlou zpátky do léčebny. Lékařka už jí vyhrožovala, že jí zbaví svéprávnosti, ale to ona prý nedopustí. Myslí si, že je mnoho lidí, kteří jsou na tom ještě hůře než ona.

## **Projevy nemoci**

Mívá často halucinace. Často mívá myšlenku, která se jí v hlavě opakuje neustále dokola. Občas má sebevražedné myšlenky. Někdy dokonce mívá i halucinace, které jí k sebevraždě navádějí. Uvědomuje si ale, že to by nebylo správné řešení a že by kvůli své duševní nemoci nikdy svůj život neukončila.

Pak dodává, že na tom zase tak špatně není. Uznává, že má psychické problémy. Prý se jí to však daří potlačit. Někdy mívá předtuchy, že zemře její matka, a při tom si uvědomuje, že se to nestane. Dosahuje to různé intenzity. Je nervózní mezi lidmi. Má pocit, že lidé na ulici po ní zvláště koukají a myslí si o ní, že je divná.

## **Přátelé**

Má jednu kamarádku, se kterou se stýká jednou za tři měsíce. Je prý velmi chytrá, studuje a má spoustu aktivit. Má také nějaký duševní problém. Z lidí je však obecně ve stresu. Dokonce říká, že je nenávidí. Více než lidi má ráda zvířata. Podle jejích slov má svůj vlastní svět a málokoho do něj pustí. V dětství prý neměla kamarády, protože byla tlustá. Myslí si o sobě, že nemá případným kamarádům osobně co nabídnout.

## **Partnerské vztahy**

Na učilišti o ní projevil zájem jeden její spolužák. Docela si rozuměli a byli si blízcí, ale pak jí prý odmítl s tím, že je „nechutná“. Především šlo o její tloušťku, za kterou mohly léky.

## **Zájmy**

Právě začala chodit do jednoho programu v rámci sociální rehabilitace. Je ráda, že je mezi lidmi. Ráda se prochází, čte články v novinách, ale špatně se na ně soustředí.

## **Práce**

Ještě nikdy nepracovala. Říká však, že musí začít pracovat kvůli penězům, jelikož její finanční situace je prý „šokující“.

## **Finanční situace**

Její finanční situace je prý velice špatná. Měsíčně pobírá invalidní důchod 3 010,- Kč, což jsou prý veškeré peníze, které má k dispozici. Její matka jí prý nedá ani korunu (přiznává ale, že si občas domů chodí pro jídlo). Vzhledem k měsíční částce 3 000,- Kč

vydávané za bydlení je však zřejmé, že Jana nějaké další příjmy mít musí (např. finanční podpora rodiny).

### **Stigma duševní nemoci**

Když jde ambulantně na psychiatrii, bojí se, aby jí nikdo neviděl. Její matka údajně jednou řekla jejím sourozencům, že ona je blázen.

### **Denní režim**

Žádný pravidelný denní režim nemá. Záleží na tom, jak jí zrovna je. Čím je víc sama, tím je to horší. Chodí do programu sociální rehabilitace, ale když skončí, tak se má pořád hrozně. Když jí je špatně a nemá žádnou aktivitu, celý den leží doma s depresemi. Celý den se zabývá svými myšlenkami, což je vyčerpávající.

### **Zhodnocení kvality života**

Myslí si, že její kvalita života je snižená. Její finanční situace je děsivá, nemůže rozumně uspokojovat své životní potřeby. Po ukončení studia na střední škole hodnotí svoji situaci jako ještě horší, psychicky se cítí hůře než dřív. Svoji rodinu vnímá negativně. Nemá chuť svůj stav změnit. Její matka jí prý říká, že je to její lenost.

### **Budoucnost**

Ohledně své budoucnosti je značně pesimistická. Na druhou stranu však nepředpokládá, že by mohla spáchat sebevraždu. Jejím snem je vystudovat vysokou školu, obor veterinární lékařství. Říká ale, že to je skutečně jen těžko realizovatelný sen.

## **5.4 Respondent č. 3: Štěpán**

### **Základní údaje**

Muž, 22 let, vzdělání střední odborné, dg. paranoidní schizofrenie. Bydlí se svou matkou a jejím přítelem.

### **Průběh rozhovoru**

Sraz byl domluven na veřejném místě v Praze. Po 15 minutách čekání jsem mu zatelefonovala. On se mi omluvil, že na schůzku zapomněl, ale že za dalších 10 minut dorazí. A skutečně dorazil. Prý na schůzku se mnou zapomněl a to i přes připomínající SMS, kterou jsem mu zaslala večer předtím.

## **Bydlení**

Štěpán žije se svou matkou a jejím přítelem. Je vcelku spokojený, ale chtěl by se brzy osamostatnit. Přemýšlel například o chráněném bydlení. Dokonce uvažuje o koupi garsonky, do které by se chtěl nastěhovat se svou přítelkyní.

## **Rodina**

Štěpánovi rodiče jsou rozvedení. Se svým otcem se však pravidelně navštěvuje. Má ještě bratra, který již má svoji rodinu. S ním má velice dobrý vztah. Od dob svého onemocnění měl spory s přítelem matky. Dokonce prý jednou došlo jisté k potyčce, nechce to však moc rozvádět, protože si váží své rodiny. Má v rodině oporu a je si toho vědom.

## **Vzdělání**

Vystudoval střední školu zaměřenou na počítače, grafickou a propagační tvorbu. Nyní se mu již dále studovat nechce. Bojí se, že by to nezvládl, že mu prý bohatě stačila příprava na maturitu.

## **Onemocnění**

Onemocnění se u něho objevilo v 17 letech. V té době hledal odpovědi na různé životní otázky, chtěl pochopit svět kolem sebe. Začal se uzavírat do sebe. Experimentoval s drogami, kouřil např. marihuanu. Věřil všem věcem, které se odehrávaly v jeho hlavě pod vlivem drog. Začal se cítit špatně, bloumal bezcílně Prahou.

Poprvé se do psychiatrické léčebny dostal už v 17 letech. Strávil tam 8 měsíců po různých odděleních. Postupně ho tam dávali dohromady. Poslední oddělení, které tam navštívil, bylo *Psychiatrické centrum Praha* (PCP). Toto zařízení hodnotí jako velice kvalitní.

Po léčích se cítí unavený. Tvrdí, že mu způsobily pokles bílých krvinek v krvi, takže musí být často pozorován a chodit na krevní testy. Bere další léky kvůli zlepšení krve. Jednou měsíčně dochází ke svému psychiatrovi, se kterým je spokojený. Nedávno mu lékař snížil dávku léků, což je na jednu stranu dobré, ale na druhou stranu se cítí slabší a paranoidnější. Více na sobě pozoruje neklid než dříve.

Nikdy neměl žádný sebevražedný pokus ani žádné myšlenky tímto směrem. Říká, že bludy ani halucinace nemá. Během první ataky byl prý velmi agresivní. Po propuštění z PCP navštěvoval denní stacionář. Hodnotil ho pozitivně díky tomu, že ho to nutilo k větší



aktivitě. Navštěvoval dva různé sociálně rehabilitační programy nabízené dvěma různými organizacemi.

Nyní už s drogami nemá nic společného. Občas si dá pouze pivo.

### **Přátelé**

Má několik kamarádů, se kterými občas zajde do hospody. Rozhodně ale nemá nějakou osobu, se kterou by se scházel častěji a svěřoval se jí.

### **Partnerské vztahy**

Štěpán má již 6 měsíců vážný vztah. Je díky tomu velice spokojený. Nabíjí ho to prý pozitivní energií, má pro co žít. Říká, že díky tomu nemá myšlenky na nesmysly. Se svou partnerkou plánuje společné bydlení a postupem času pak i založit rodinu.

### **Zájmy**

Moc volného času prý nemá. Předně každý den dlouho spí. Občas má nárazové brigády a především se věnuje své přítelkyni. Dříve chodil na tai-či, což ho bavilo.

### **Práce**

Momentálně hledá práci. Vzal by prý skoro jakoukoli. Nejlépe však ve svém oboru a na půl úvazku, protože se bojí, že z plného úvazku by se cítil příliš unavený. Občas mívá brigády, které mu sežene jeho bratr. Dále vytváří lidem na zakázku webové stránky. Nakonec ještě občas vozí po Praze v invalidním vozíku mladého pána, za což má také přivýdělek.

### **Finanční situace**

Pobírá částečný invalidní důchod (2. stupeň), takže pravidelný měsíční příjem má. Peněz prý však zase tolik nemá, takže vždycky už netrpělivě čeká na svůj důchod.

### **Zhodnocení kvality života**

Kvalitu svého života hodnotí díky duševní nemoci jako sníženou. Ovšem vzhledem k tomu, že má přítelkyni a dobré rodinné zázemí, nemá moc duševních problémů a může normálně fungovat, vidí svoji budoucnost vcelku optimisticky.

## 5.5 Shrnutí a interpretace

Všechny tři hloubkové osobní rozhovory proběhly bez potíží, dalo by se říci v přátelské atmosféře s velkou ochotou na straně respondentů. Příjemným překvapením pro mě byla velká otevřenost všech tří dotazovaných osob prakticky ve všech tematických oblastech rozhovoru. Měla jsem tak možnost získat od nich velice zajímavé informace, užitečné vzhledem k předmětu mé bakalářské práce.

V předchozích třech oddílech byly postupně uvedeny detailní informace získané od jednotlivých respondentů. Zde tyto informace pro přehlednost stručně shrnu v jedné přehledné tabulce a budu se je snažit interpretovat a dávat do souvislostí s obsahem kapitol 2, 3 a 4. Poukážu na společné a naopak odlišné skutečnosti v životě těchto tří lidí.

V následující tabulce jsou ve sloupcích uvedeni jednotliví respondenti. Řádky představují jednotlivé tematické okruhy rozhovoru a poměrně přesně odpovídají odstavcům v odchozích třech oddílech. Smyslem této tabulky je na jednom místě přehledně shrnout základní informace získané od všech tří respondentů a umožnit tak snazší rámcové porovnání jednotlivých osob a kvality jejich života. Detailní informace k jednotlivým osobám a tématům lze vždy nalézt v příslušném oddíle 5.2 až 5.4.

### Shrnutí informací ze tří hloubkových rozhovorů s osobami se schizofrenií:

	<b>Matěj</b>	<b>Jana</b>	<b>Štěpán</b>
<b>Pohlaví a věk</b>	Muž, 25 let	Žena, 20 let	Muž, 22 let
<b>Bydlení</b>	S matkou a jejím přítelem	Sama v chráněném bydlení	S matkou a jejím přítelem
<b>Rodina</b>	Rodiče rozvedeni, starší sestra, prarodiče	Rodiče rozvedeni, otce 15 let neviděla, 2 nevlastní sourozenci	Rodiče rozvedeni, starší bratr
<b>Vzdělání</b>	Střední odborné s maturitou	Základní (neúspěšný pokus o studium SOU a SŠ)	Střední odborné s maturitou
<b>Onemocnění</b>	Paranoidní schizofrenie diagnostikována v 18 letech	Paranoidní schiz., obsedantně-kompulsivní porucha + další dg. Již od základní školy.	Paranoidní schizofrenie diagnostikována v 17 letech
<b>Projevy nemoci</b>	Halucinace, bludy, úzkost	Halucinace, bludy, deprese	Únava, neklid
<b>Přátelé</b>	Dva dobří kamarádi	Jednu kamarádku (vidá 1x za 3 měsíce)	Více přátel, žádná vyloženě důvěrná osoba
<b>Partnerské vztahy</b>	Několik kratších vztahů v minulosti	Zatím žádné	Půl roku vážný vztah
<b>Zájmy</b>	Čtení, psaní, jízda na kole	Procházky, zvířata	Práce, přítelkyně, tai-či
<b>Práce</b>	Nepracuje, pobírá invalidní důchod (ID)	Nepracuje, pobírá invalidní důchod (ID)	ID, Občasné brigády, tvorba webových stránek
<b>Finanční situace</b>	Uspokojivá	Špatná	Uspokojivá
<b>Zhodnocení kvality života</b>	Snížená díky nemoci, věří ve zlepšení	Velice špatná, pesimistický výhled	Mírně snížená kvůli nemoci, optimistický výhled

Jak již bylo řečeno, všechny osoby jsou ve věku od 20 do 25 let. To činí vzorek do jisté míry homogenní a umožňuje přímé srovnání života těchto tří osob. Znamená to mimo jiné, že u všech z nich propukla nemoc ještě v mládí a ve všech případech hrála podstatnou roli rodina, ze které pocházejí.

Za povšimnutí stojí fakt, že rodiče všech tří respondentů jsou rozvedeni. Ve všech případech došlo k rozvodu rodičů ještě před výskytem nemoci. To by šlo interpretovat tak, že rozvod rodičů, případně jemu předcházející nefunkční manželství resp. společné soužití rodičů se nějakým negativním způsobem podepsalo na psychickém vývoji jejich dětí. V některých případech mohly tyto okolnosti být jedním ze spouštěcích faktorů duševní nemoci, viz oddíl 2.4.1.

Ve všech případech trpí respondenti paranoidní schizofrenií, což je její nejběžnější forma, viz oddíl 2.2. Ve dvou ze tří případů trpí respondenti halucinacemi a bludy. Třetí respondent (Štěpán) má pravděpodobně pouze lehčí formu nemoci, protože halucinace ani

bludy se u něj téměř nevyskytují. Tomu odpovídá i jeho ze všech respondentů nejoptimističtější výhled do budoucnosti.

Dva ze tří respondentů mají střední vzdělání s maturitou, Jana má dokončenu pouze základní školu. U všech tří osob je zřejmý přímý a výrazný negativní dopad jejich duševní nemoci na jejich vzdělání. Matěj i Štěpán tím, že i přes propuknutí vážné duševní nemoci nakonec zvládli odmaturovat, prokázali jistou inteligenci a píli. Za normálních okolností bychom očekávali, že by oba studovali vysokou školu. Oba navíc projevují jistý tvůrčí potenciál (psaní a tvorba webových stránek). Potvrzuje se zde tedy fakt, že neplatí stereotypní vnímání duševně nemocných jako celkově intelektově slabých osob, viz oddíl 3.3. Jana možná kvůli své nemoci, která propukla již v době, kdy navštěvovala základní školu, nikdy nedosáhne vyššího vzdělání než základního.

Všichni tři respondenti pobírají invalidní důchod. Matěj pobírá invalidní důchod nejvyššího, 3. stupně. Štěpánovi je přiznán invalidní důchod 2. stupně vzhledem k jeho nižšímu poklesu pracovní schopnosti díky pouze mírnější formě nemoci. Jana doposud měla status studenta a pobírala proto nižší invalidní důchod pouze ve výši 3 010,- Kč měsíčně.

Nikdo ze tří respondentů nebydlí ve vlastním či běžně pronajatém bytě. Jana bydlí sama v garsonce v rámci chráněného bydlení za 3 000,- Kč měsíčně, což není ani polovina případného tržního nájemného za srovnatelný byt. Matěj i Štěpán bydlí u své matky a jejího přítele (rodiče jsou rozvedeni). Na druhou stranu vzhledem k nízkému věku všech tří respondentů nejde o něco výjimečného bez ohledu na duševní nemoc.

Pouze Štěpán má v současné době stálý vážný vztah. Nezdá se, že by na jeho vztah měla duševní nemoc nějaký výrazný negativní dopad. Matěj měl několik kratších vztahů, které však vždy ztroskotaly na zdravotním stavu jeho či jeho partnerky. Jana je celkově hodně uzavřená do sebe, nemá příliš mnoho kontaktů s lidmi a vzhledem k celkově pesimistickému až depresivnímu postoji ke svému životu je pro ni logicky obtížné navázat partnerský vztah.

Všichni tři respondenti mají zkušenosti s organizacemi zaměřenými na psychosociální rehabilitaci duševně nemocných, viz kapitola 4. Vzhledem k zachování anonymity respondentů zde nechci uvádět konkrétní názvy organizací ani jimi provozovaných programů, kterých se naši respondenti zúčastnili. Obecně můžu shrnout, že jejich hodnocení těchto organizací a programů je pozitivní – vnímají je jako něco, co pomáhá zvyšovat kvalitu jejich života.

U Matěje a Štěpána propuklo schizofrenní onemocnění v 18 resp. 17 letech. To znamená, že jejich osobnosti byly již v hlavních obrysech utvořeny před propuknutím nemoci. Ta tedy u nich neměla negativní vliv na formování osobnosti, jako k tomu pravděpodobně došlo v případě Jany, viz oddíl 2.4.2. Ta byla prvně hospitalizována již na základní škole.

Od Jany jsem získala často velice dramatické výpovědi o její situaci, s použitím expresivních výrazů („katastrofa“, „alarmující“, „šílený“ apod.). Na druhou stranu si na několika místech protiřečí, když jednou líčí svůj život velice depresivně a v jinou chvíli má tendenci tvrdit, že je v zásadě šťastná. Říká, že nenávidí lidi, ale na druhou stranu pociťuje sklíčující samotu. Tento konkrétní případ ilustruje možné problémy spojené s interním hodnocením kvality život duševně nemocných, viz oddíl 3.2.

Jana dochází ke svému psychiatrovi pro injekčně podávaná farmaka, viz oddíl 2.5.2. Kromě nich dostává předepsané i klasické léky. Ty však odmítá brát kvůli strachu z tloušťky. Svého psychiatra však v této věci klame. Výsledek je, že léčba nemůže být zcela účinná, jak by být mohla při užívání všech předepsaných léků. Projevy nemoci jsou tak nedostatečně tlumeny a dlouhodobý duševní stav Jany je tím negativně poznamenán.

Mnou provedený průzkum mezi lidmi se schizofrenním onemocněním dle očekávání potvrdil negativní dopad této duševní nemoci na kvalitu jejich života prakticky ve všech oblastech: vzdělání, práce, partnerské vztahy atd. Neméně podstatný je negativní dopad na jejich psychický stav a vlastní vnímání kvality života a výhled do budoucna.

Intenzita těchto negativních dopadů pochopitelně závisí na závažnosti formy nemoci, zodpovědném přístupu k léčbě a v neposlední řadě na podpoře rodiny a dalších blízkých nemocných. Přínos různých organizací pomáhající duševně nemocným nabídkou různorodých psychosociálních programů je neoddiskutovatelný.

## 6 Závěr

U laické veřejnosti je tak výraz *schizofrenie* nepřesně chápán jako „rozdvojení osobnosti“. Tato představa je ale nepřesná: zjednodušuje a přehání pouze jeden z typických příznaků nemoci (halucinace a bludy) a současně opomíjí další projevy nemoci, především negativní, kognitivní a afektivní příznaky.

Vliv schizofrenie na kvalitu života je jak přímý (halucinace, deprese apod.), tak nepřímý (omezené možnosti studijního a pracovního uplatnění a z toho plynoucí nepříznivá finanční situace, problémy v partnerských vztazích apod.). Velice nebezpečné jsou sklony k suicidalitě, které jsou u nemocných schizofrenií poměrně časté (kolem 10 % skončí svůj život sebevraždou).

Účinná biologická léčba pomáhá k tlumení samotných příznaků nemoci, psychosociální rehabilitace pak pomáhá zlepšovat psychosociální fungování nemocného (vyrovnat se s nemocí, odolávat stresu, napomáhají k jeho resocializaci). Obě složky péče tak mají svoji nezastupitelnou úlohu.

V poslední době roste v medicíně zájem o komplexně pojatou *kvalitu života* nemocných. Psychiatrie není v tomto směru výjimkou a čím dál tím více je akcentována a vyhodnocována kvalita života duševně nemocných. Prosazují se přitom interní a subjektivní metody hodnocení kvality života, kdy sám pacient hodnotí svoji kvalitu života podle svých vlastních kritérií. Takto pojaté hodnocení kvality života duševně nemocných má svá specifika a problémy, přesto je osobně pokládám za jednoznačně pozitivní.

Jakožto duševní onemocnění není však schizofrenie na rozdíl např. od fyzického handicapu na první pohled viditelná - odehrává se uvnitř duše nemocného. Široká veřejnost nemá o lidech s duševním onemocněním většinou příliš seriózních informací, což platí v nemenší míře i speciálně o schizofrenii. Společnost tak duševně nemocné může do jisté míry stigmatizovat.

V poslední době roste úloha psychosociální rehabilitace duševně nemocných. Naštěstí existuje v České republice celá řada organizací, které se psychosociální rehabilitací duševně nemocných věnují. V části své práce na příkladu tří vybraných organizací (Baobab, ESET-HELP, DPS „Ondřejov“) ilustruji pestrou škálu nabízených programů psychosociální rehabilitace: chráněné bydlení, zaměstnání, vzdělávací kurzy, volnočasové aktivity, skupinové terapie apod.

V rámci své bakalářské práce jsem provedla tři hloubkové osobní rozhovory s lidmi s diagnózou schizofrenie. Rozhovory trvaly 60 až 90 minut, proběhly bez potíží a v přátelské atmosféře. Příjemně mě překvapila velká otevřenost zpovídaných osob. Díky osobnímu kontaktu s těmito lidmi jsem měla možnost problematiku řešenou v mé práci nahlédnout z pozice těch, o které zde jde především.

Na příkladech konkrétních lidí jsem se snažila co nejautentičtěji ilustrovat různé podoby života se schizofrenií s různou měrou jejího negativního dopadu na kvalitu života. Zjištěné informace jsem interpretovala a dávala do souvislostí s obsahem předchozích teoretických kapitol, které jsou tak vhodně doplněny a ilustrovány. Výsledky dle očekávání potvrdily negativní dopad schizofrenie na kvalitu života prakticky ve všech oblastech.

## Vliv schizofrenie na kvalitu života

### Schizophrenia: Impact on quality of life

Veronika Konopásková

#### Shrnutí

Ve své práci jsem se věnovala dopadu schizofrenie na kvalitu života nemocného. Byl představen pojem schizofrenie, její formy, příznaky, vznik, průběh a prognóza. Věnovala jsem se pojmu *relaps* a riziku suicidia u pacientů se schizofrenií. Zmínila jsem psychosociální a biologické metody jako dvě nezastupitelné složky léčby.

Byl představen pojem *kvalita života* v jeho obecné rovině a ve spojení se schizofrenií. Byl diskutován problém stigmatizace duševně nemocných okolní společností.

Na příkladu tří organizací (Baobab, ESET-HELP, DPS „Ondřejov“) jsem ilustrovala širokou škálu nabízených programů psychosociální rehabilitace duševně nemocných.

Teoretické kapitoly jsem doplnila informacemi ze tří hloubkových rozhovorů s osobami se schizofrenií. Měla jsem tak možnost problematiku nahlédnout z pozice těch, o které zde jde především, a co nejautentičtěji ilustrovat různé podoby života se schizofrenií.

#### Summary

My thesis deals with the impact of schizophrenia on quality of life. The concept of schizophrenia, its forms, symptoms, origin, course and prognosis were presented. I focused on the concept of *relapse* and suicide risk in schizophrenia patients. I mentioned psychosocial and biological methods as the two indispensable components of the treatment.

The concept of *Quality of life* was introduced in general and in connection with schizophrenia. The problem of stigmatization of mentally ill patients was discussed.

The example of three selected organizations (Baobab, ESET-HELP, DPS "Ondřejov") illustrated a wide range of psychosocial rehabilitation programs offered for mentally ill.

Theoretical chapters were supplemented by the results of three in-depth interviews with schizophrenics. So I had the opportunity to view the issue from the perspective of those who matter most here and to capture authentically all aspects of life with schizophrenia.



## Literatura

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington DC: American Psychiatric Association, 2000. ISBN 978-0-89042-024-9.
- BERGSMA, Lynda J., ENGEL, George L. *Quality of life: does measurement help?* Health Policy 1988, 10 (3): 267-279.
- ČEŠKOVÁ, Eva. *Schizofrenie a její léčba: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-056-9.
- GOPPOLDOVÁ, Eva, MOTLOVÁ, Lucie, DRAGOMIRECKÁ, Eva, HÁJEK, Tomáš. *Změna subjektivní kvality života a klinického stavu v průběhu psychiatrické hospitalizace. Existují rozdíly mezi diagnostickými kategoriemi?* Psychiatrie 2004, 8 (4): 267-273.
- GOPPOLDOVÁ, Eva, MOTLOVÁ, Lucie, DRAGOMIRECKÁ, Eva, HÁJEK, Tomáš. *Hodnocení subjektivní kvality života pacientů v závislosti na pohlaví*. Psychiatrie 2005, 9 (4): 287-290.
- JAROLÍMEK, Martin. *O lidech, kteří onemocněli schizofrenií*. Praha: Občanské sdružení Baobab, 2006. ISBN 80-254-8619-2.
- KOUTEK, Jiří, KOCOURKOVÁ, Jana. *Sebevražedné chování*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-732-9.
- KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. 5. vydání. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-122-0.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
- LAI, Yew Min, HONG, C. P., CHEE, Cornelia Yin Ing. *Stigma of Mental Illness*. Singapore Medical Journal 2000, 42 (3): 111-114.
- MOTLOVÁ, Lucie, KOUKOLÍK, František. *Schizofrenie: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. 1. vydání. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-277-3.
- PAYNE, Jan a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN-10: 80-7254-657-0.
- PĚČ, Ondřej, PROBSTOVÁ, Václava (eds.). *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. 1. vydání. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.
- PIDRMAN, Vladimír, MASOPUST, Jiří. *Psychoedukační program Prelapse*. Psychiatrie pro praxi 2002, 4: 161-167.
- POSES, Roy M., McCLISH, Donna K., SMITH, Wally R., BEKES, Carolyn, SCOTT, W. Eric. *Prediction of survival of critically ill patients by admission comorbidity*. Journal of Clinical Epidemiology 1996, 49 (7): 743-747.
- PRAŠKO, Ján, BAREŠ, Martin, HORÁČEK, Jiří. *Léčíme se s psychózou*. Praha: Medical Tribune, 2005. ISBN 80-239-5482-2.

- SEIFERTO VÁ, Dagmar, PRAŠKO, Ján, HORÁČEK, Jiří, HÖSCHL, Cyril. *Postupy v léčbě psychických poruch: algoritmy České neuropsychofarmakologické společnosti*. 2. vydání. Praha: Academia Medica Pragensia v nakl. Medical Tribune CZ, 2008. ISBN 978 80-87135-10-5.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2009*. Praha: ÚZIS ČR, 2010. ISBN 978-80-7280-909-7.
- USTOHAL, Libor. *Repetitivní transkraniální magnetická stimulace v léčbě deprese*. *Psychiatrie pro praxi* 2010, 11 (3): 117–121.
- VACEK, Jaroslav. *O nemocech duše: Kapitoly z psychiatrie*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta, 1996. ISBN 80-204-0535-6.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vydání. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *MKN–10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: 10. revize. Tabelární seznam. 2. aktualizované vydání*. Praha: ÚZIS ČR, 2008. ISBN 92-4-154649-2.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: diagnostic criteria for research*. Geneva: WHO, 1993. ISBN 92-4-154455-4.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization*. *Social Science & Medicine* 1995, 41 (10): 1403-1409.
- ZVOLSKÝ, Petr. *Obecná psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-7184-494-2.
- ZVOLSKÝ, Petr. *Speciální psychiatrie*. 1. vydání. Praha: UK Praha - Vydavatelství Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-203-6.

## Internetové stránky

- Denní psychoterapeutické sanatorium Ondřejov*, [www.ondrejov.cz](http://www.ondrejov.cz) [28. 6. 2011].
- Festival Mezi ploty*, [www.meziploty.cz](http://www.meziploty.cz) [28. 6. 2011].
- Občanské sdružení Baobab*, [www.osbaobab.cz](http://www.osbaobab.cz) [28. 6. 2011].
- Občanské sdružení ESET-HELP*, [www.esethelp.cz](http://www.esethelp.cz) [28. 6. 2011].
- Občanské sdružení KOLUMBUS*, [www.os-kolumbus.org](http://www.os-kolumbus.org) [28. 6. 2011].
- Občanské sdružení Sdružení Práh*, [www.prah-brno.cz](http://www.prah-brno.cz) [28. 6. 2011].
- Občanské sdružení VIDA*, [www.vidacentrum.cz](http://www.vidacentrum.cz) [28. 6. 2011].
- Program ITAREPS*, [www.itareps.com/cs](http://www.itareps.com/cs) [28. 6. 2011].
- Program Preduka*, [www.pcp.lf3.cuni.cz/pcpout/PREDUKA.htm](http://www.pcp.lf3.cuni.cz/pcpout/PREDUKA.htm) [28. 6. 2011].
- SYMPATHEA, o.p.s.*, [www.sympathea.cz](http://www.sympathea.cz) [28. 6. 2011].