



Pedagogická  
fakulta  
Faculty  
of Education

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Pedagogická fakulta  
Katedra pedagogiky a psychologie

DIPLOMOVÁ PRÁCE

# STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ STRESU U LIDÍ S PSYCHOTICKÝM ONEMOCNĚNÍM

Vedoucí diplomové práce:

**Mgr. Veronika Plachá**

Vypracovala:

**Bc. Dagmar Halová**

**České Budějovice 2015**

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Dále prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě, fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 20.4. 2015

.....

Dagmar Halová

## **Poděkování**

Na tomto místě bych chtěla poděkovat Mgr. Veronice Plaché za odborné vedení a za poskytnutí cenných rad a podnětů při zpracování mé práce. Dále chci poděkovat občanskému sdružení Fokus a jeho klientům a klientkám za účast ve výzkumu.

## **Bibliografický záznam**

HALOVÁ, Dagmar. *Strategie zvládání stresu u lidí s psychotickým onemocněním*. České Budějovice, 2015. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Pedagogická fakulta. Katedra pedagogiky a psychologie. Vedoucí práce Mgr. Veronika Plachá.

### **Abstrakt:**

Cílem diplomové práce je zmapovat strategie zvládání stresu, které užívají osoby s psychotickým onemocněním a následně zjistit, jak užívání těchto strategií ovlivňuje psychosociální rehabilitace. Diplomová práce je rozdělena do dvou částí. Teoretická část se věnuje zejména tématům stres, psychotickému onemocnění a strategiím zvládání v kontextu psychotického onemocnění. V praktické části jsou za pomoci analýzy dat zprostředkovány odpovědi na stanovené hypotézy a výzkumné otázky. Použitými metodami získávání dat jsou dotazník SVF 78 a polostrukturované interview. Výzkumný soubor tvořili klienti občanského sdružení Fokus v Jihočeském kraji a vedoucí sociální pracovník.

**Klíčová slova:** stres, strategie zvládání, psychotické onemocnění, občanské sdružení Fokus

## **Bibliographic record**

HALOVÁ, Dagmar. *The stress coping strategies used by people with psychotic disorder*. České Budějovice, 2015. Master thesis. University of South Bohemia. Pedagogical Faculty. Department of Pedagogy and Psychology. Supervisor of the Master thesis Mgr. Veronika Plachá.

### **Abstract:**

The aim of the thesis is to specify the stress coping strategies used by people with psychotic disorder and afterwards to find out the way of using these strategies is affected psychiatric rehabilitation. The thesis is structured in two parts. The theoretical part is particularly devoted to the theme of stress, coping strategies, psychotic disorder and psychiatric rehabilitation. In the practical part, there are mediated the answers to hypotheses and research questions with the assistance of the analysis of the data. The methods of research are the questionnaire SVF 78 and the semi-structured interview. The research group was formed by clients of Fokus civil association in South Bohemian region and the leader social worker.

**Key words:** stress, coping strategies, psychotic disorder, Fokus civil association

# Obsah:

Úvod.....	8
1. Stres .....	9
1.1. Typy náročných situací .....	11
1.2. Stres a psychotické onemocnění .....	12
1.3. Stigma schizofrenie jako specifický druh stresu .....	12
2. Psychotická onemocnění .....	14
2.1. Duševní onemocnění .....	14
2.2. Příznaky psychóz .....	14
2.3. Klasifikace psychóz .....	16
3. Schizofrenie .....	17
3.1. Druhy schizofrenie .....	18
3.2. Fáze schizofrenie.....	19
3.3. Obtíže osob se schizofrenií v každodenním životě .....	21
4. Bipolární afektivní porucha .....	22
4.1. Manická fáze .....	22
4.2. Depresivní fáze.....	22
5. Zvládání stresu v kontextu psychotického onemocnění .....	24
5.1. Coping .....	24
5.2. Strategie zvládání stresu v nemoci .....	25
5.2.1. Návčik dovedností vyrovnávání se stresem.....	26
5.3. Psychiatrická rehabilitace.....	26
5.4. Psychofarmakoterapie .....	29
5.5. Sociální terapie.....	31
5.6. Psychoterapie .....	31
5.6.1. Systemická rodinná terapie .....	32
5.6.2. Kognitivně – behaviorální terapie.....	32
5.7. Psychoedukace .....	33
5.8. Kvalita života osob s psychotickým onemocněním .....	33
6. Občanské sdružení Fokus .....	36
6.1. Původ a vznik sdružení .....	36

6.2. Filosofie sdružení .....	37
7. Metodologie.....	38
7.1. Cíle výzkumu .....	38
7.1.1. Fáze výzkumu.....	38
8. Výzkumný soubor .....	40
8.1. Podmínky účasti .....	40
9. Typ výzkumu a jeho organizace.....	42
9.1. Průběh výzkumu.....	42
10. Metody získávání a analýzy dat.....	44
10.1. SVF 78.....	44
10.1.1. Teoretické základy dotazníku SVF 78.....	44
10.1.2. Popis subtestů .....	45
10.2. Polostrukturované interview.....	46
11. Výsledky .....	47
11.1. Vyhodnocení hypotéz .....	48
11.2. Vyhodnocení výzkumných otázek .....	58
12. Shrnutí výsledků .....	60
12.1. Porovnání výsledků hypotéz a výzkumných otázek.....	60
13. Diskuse.....	62
Závěr:.....	64
Použité zdroje: .....	66
Přílohy:.....	69

# Úvod:

Život s duševním onemocněním představuje nesmírnou duševní a fyzickou zátěž nejen pro samotného člověka, ale i pro jeho rodinu, přátele a nejbližší okolí. Vystavení zátěži v podobě duševního onemocnění v sobě obsahuje v mnoha případech negativní důsledky v podobě sociální izolace, pocitů méněcennosti a ztráty pozitivního náhledu na sebe sama a na svůj život jako na smysluplný a hodnotný. Právě zranitelnost, kterou všechny předchozí vyjmenované důsledky duševního onemocnění způsobují, v konečném stádiu roztáčí uzavřený kruh konstrukce specifického životního nastavení. To komplikuje snahy okolí a odpovědných pomáhajících profesí o nápravu stávající situace a následné zotavení. Zachování pozitivního náhledu na sebe sama a adekvátního množství sebevědomí vyžaduje notné úsilí nejen samotného člověka, ale taktéž profesionální přístup všech zainteresovaných, kteří spolupracují s člověkem s duševním onemocněním.

Původním záměrem práce bylo prozkoumat spektrum strategií zvládnání osob s duševním onemocněním. Ve světle skutečnosti, že se jednalo o velmi široké téma, které by pro adekvátní zpracování vyžadovalo rozsáhlejší a komplikovanější metodologii, kterou nebylo možné obsáhnout ve formátu, jež poskytuje tato diplomová práce, jsem v průběhu tvorby obsahu přistoupila k alternativnímu řešení. Z něj se zformoval záměr zkoumat strategie zvládnání stresu u lidí s psychotickým onemocněním. Vzhledem k tomu, že dostupnost cílové skupiny, jež bylo potřeba oslovit, byla velice komplikovaná, rozhodla jsem pro účely této diplomové práce navázat spolupráci s občanským sdružením Fokus v Českých Budějovicích. Toto sdružení, spolu s ostatními svými pobočkami v Jihočeském kraji a v celé ČR, poskytují služby osobám s duševním onemocněním a mají tak s problematikou, která představuje obsah této práce, bohaté zkušenosti.

Práce se tedy zabývá strategiemi zvládnání stresu u lidí s psychotickým onemocněním a snaží se především o poskytnutí přehledu možností a druhů copingu a terapie, které se uplatňují v rámci procesu zotavení osob, kteří kromě léčby projevů nemoci především potřebují vědět, že onemocnět vážným duševním onemocněním může být pouze druh subjektivně vnímaného utrpení a omezení, ale taktéž vývojovým článkem na cestě k osobní zralosti a celistvosti.



# Teoretická část

## 1. Stres

Tato kapitola si neklade za cíl popsat již několikrát zmiňované a detailně popsané téma, ale nastínit stručný popis základních pojmů a uvedení do problematiky a především se zaměřit na popis specifické zátěže a jejích konsekvencí v kontextu psychotického onemocnění.

Pavlík (2010) podotýká, že ač všichni badatelé nevymezují termín stres a jeho vztah k pojmu zátěž shodně, stres je spojen se situacemi, které jsou obtížné, ohrožující, významně narušující rovnováhu organismu a vyvolávající změny v hormonálním, oběhovém a imunitním systému. Dále Pavlík (2010) doplňuje, že stres je tedy možné chápat jako specifický případ obecněji pojaté zátěže – jde tedy o stav, ve kterém míra zátěže přesahuje únosnou mez z hlediska adaptačních možností organismu za daných podmínek. Dále Ganong (in Baštecká, 2001, s. 247) doplňuje: „Za stresové je možno považovat všechny vlivy, které vedou ke zvýšení sekrece ACTH (adrenokortikotropní hormon, který řídí činnost kůry nadledvin) u normálních jedinců.“

Neufold (in Baštecká, 2001, s. 240) nabízí místo jednotné definice stresu seznam jednotlivých pohledů, které nám mohou pomoci jasněji porozumět významu slova stres na jeho jednotlivých úrovních:

- 1) Stres je stav: projevuje se specifickým syndromem, který sestává ze všech nesespecificky navozených změn uvnitř biologického systému (Hans Selye v roce 1978).
- 2) Stres přináší ohrožení pohody a zahrnuje nepříjemné emoce (Richard S. Lazarus v roce 1975).
- 3) Stres předpokládá požadavky prostředí, které jsou povahy fyzické nebo sociální (J.E. McCrath v roce 1970).
- 4) Stres se objevuje v situacích osobního schodku, kdy požadavek prostředí přesahuje jedincovy zdroje, nebo v situaci osobního zmaru, kdy jedincovy

zdroje nenacházejí v okolí dostatečnou odezvu (J. R. French, W. Rogers a S. Cobb v roce 1974).

- 5) Stres je výchylka informačního vstupu za jeho obvyklé hranice, která vyvolává nepříznivou rovnováhu mezi aktivací a kapacitou zpracovávat informace s ohledem na „provozní rozmezí pozornosti“ (W. H. Teichner v roce 1968).
- 6) Stres se projevuje vzorci reakcí, které se vztahují k ACTH (adrenokortikotropní hormon) a které dovede určit faktorová analýza. Zrovna tak se projevuje osobnostní dimenzí, do které patří schopnost čelit výzvě představované nutností se přizpůsobit versus schopnost zanechat nevyřešený problém osudu a stáhnout se (R.B. Cattell a I. H. Scheier v roce 1961).
- 7) Stres zahrnuje mnohorozměrné osobní prožitky popisované jako „ohrožení ega“, „bolest“, „hrozba trestu“, „neživá hrozba“, „vina“ a podobně (řada autorů v rozpětí od 1973 do 1978).

Baštecká (2001, s. 240) doplňuje to, co je pro všechny definice společné: „Člověk, na kterého působí požadavky prostředí (vesměs hrozebné), a on nemá dostatek zdrojů, aby na ně přiměřeně odpověděl, se dostává do stresového stavu.“

Jak Paulík (2010) dále vysvětluje, podněty, které odolnost dalece přesahují, se označují jako stresory. Ty můžeme globálně rozlišit na stresory reálné (pocitujeme je jako aktuálně ohrožující, rušivé) a potencionální (jejich působení je vázáno na dobu, intenzitu či frekvenci, jako např. hluk, chlad, nahromadění povinností).

McEwen a Stellar (in Baštecká, 2001) stručně vymezují základní rozdělení. Můžeme tedy charakterizovat stresory fyzikální, mezi něž patří např. teplo, chlad, hluk. A mezi psychologické stresory řadíme např. úzkost, sociální porážku či ohrožení, zklamání, někdy může jít i o intenzivní radost. Faktory, které mají rozhodující vliv na to, zda-li se z potencionálních stresorů stanou reálné závisí především na:

- Subjektivním hodnocení osoby, která stresor vnímá – interpretace v souvislosti s individuálními hodnotami. Člověk tak může stresory nízké intenzity za jistých okolností vyhodnotit negativně a naopak.
- Individuálních osobnostních charakteristikách působících na hodnocení zátěže a jejich interakce s danými podmínkami.

- Coping či obranné mechanismy – tzn. převládajícím mechanismu způsobu vyrovnávání se se zátěží.
- Přítomnosti a nepřítomnosti nepříznivých životních událostí a drobných denních nepříjemností.
- Dosavadní zkušenosti se stresem.
- Intenzitě a dostupnosti sociální opory.
- Sociálním statusu.

## 1.1. Typy náročných situací

Pavlík (2010) popisuje, že níže jmenované situace, které přesahují únosnou míru zátěže a bývají spojeny se stresem, můžeme chápat samy o sobě jako stresové, nebo můžeme o mnohých z nich uvažovat jako o důsledcích stresu:

- *problém*: neřešené a nevyřešené problémy mohou jedinci způsobit řadu negativních důsledků, můžeme jej taktéž chápat jako nadřazený pojem dalších stresogenních situací, jako je nemoc vlastní nebo blízkých osob, konflikt, frustrace apod.;
- *frustrace*: tento psychický stav nastává, když je nějakým způsobem znemožněno uspokojení aktualizované potřeby nebo či dosažení určitého cíle;
- *konflikty*: obecně znamená střet dvou protikladných sil, srážku protichůdných, vzájemně neslučitelných tendencí, zájmů, cílů, názorů, a představuje nestabilizující prvek v systému;
- *strach a úzkost*: strach a úzkost se v současné psychologii považují za negativní, nelibé emocionální jevy negativního a pasivního charakteru, doprovázené nebezpečné, ohrožující situace;
- *nemoc*: je chápána jako protiklad zdraví příznačný určitou mírou narušení, poškozením, případně zničením tělesných či duševních funkcí důležitých pro život;
- *bolest, strádání, utrpení*: bolest je nepříjemný zážitek zpravidla doprovázející nebo upozorňující na možnost poškození organismu v důsledku fyziologické poruchy nebo vnějších destruktivních vlivů;

- *krize*: intenzita zátěže může dosáhnout hraničních hodnot, jejichž překročení znamená ohrožení existence živého systému, v takovém případě hovoříme o kritickém stavu.

## **1.2. Stres a psychotické onemocnění**

Vágnerová (2008) konstatuje, že vznik duševního onemocnění ovlivňuje mnoho způsobů narušení genotypu (typů dědičnosti) v interakcích, které jsou individuálně variabilní s působením vnějších vlivů. Dále Vágnerová (2008, s. 43) konstatuje, že „vlivy prostředí mohou působit ve vztahu k různým psychickým odchylkám jako spouštěcí, zhoršující či udržující faktory. Na nich závisí, do jaké míry se porucha rozvine a jak se bude dále vyvíjet. Vývoj psychické poruchy obvykle není výsledkem jen jednorázové traumatizace“.

Mahrová (2008) vysvětluje, že pro srozumitelné uchopení duševní nemoci z hlediska vzniku, můžeme použít „model psychosociální vulnerability“. Ten můžeme ve stručnosti popsat jako individuálně odlišnou míru (zranitelnosti x vnitřní stability) schopnosti vyrovnat se s vyskytující se zátěží. Zranitelný člověk má větší tendence selhávat v krizových situacích. Jak doplňuje dále Vágnerová (2008), problém spočívá v způsobu zpracování zátěže, nikoliv v ní samotné.

Praško a kol. (2005) dále doplňuje, že již v průběhu onemocnění v důsledku chronického stresu se mohou příznaky zhoršit, případně se v plné síle vrátit právě proto, že nemocní hůře snášejí stres. Předpokládá se, že na rozvoji a propuknutí akutní fáze schizofrenie mají vliv náročné životní události (úmrtí partnera, ztráta domova, práce, problematická rodinná situace atd.), resp. že pravděpodobnost rozvoje schizofrenie se zvyšuje se sníženou schopností vyrovnávat se se stresovými událostmi (Motlová, Koukolík, 2004).

## **1.3. Stigma schizofrenie jako specifický druh stresu**

Goffman (2003) uvádí, že termín stigma poprvé použili již Řekové a v původním slova smyslu, označoval jakýsi fyzický cejch, značku, která se vyřezávala či vypalovala do těla. Ten měl primárně odlišovat „osobu pošpiněnou, rituálně nečistou, jíž je radno se vyhýbat, a to zejména na veřejnosti... Dnes se tento termín běžně užívá ve svém

původním doslovném významu, vztahuje se však spíše k hanbě samé než k jejímu tělesnému důkazu.“ (Goffman, s. 9, 2003). Několik studií ukazují, že stigma obvykle vyvstává z nedostatku povědomí a nedostatečné informovanosti o původu a komplikacích duševního onemocnění, kterým může být například určitý typ nestandardního chování a násilí (Arboleda-Florez, 2002).

Raboch a Zvolský (2001) taktéž konstatují, že stigma duševní nemoci vede k posílení příznaků a škod v podobě odebírání sebedůvěry nemocným právě zhoršujícími podmínkami k uplatnění a návratu do společnosti a práce. Stigma, dle autorů, zhoršuje i spolupráci při braní medikace. Strach, který je se stigmatem spojen je zdrojem psychické zátěže, která má vliv i na nepříznivý průběh onemocnění.

Internetový server [www.stopstigma.cz](http://www.stopstigma.cz) předkládá konzistentní přehled mýtů o schizofrenii, které stále převládají i v dnešní době. Jednotlivé příklady, jež způsobují nemocným a jejich příbuzným trýznící obtíže v podobě stigmatizace, jsou například tyto:

- Lidé nemocní schizofrenií jsou mentálně retardováni.
- Schizofrenie se nedá léčit.
- Lidé nemocní schizofrenií mají sklony k násilí.
- Většina lidí trpících schizofrenií nemůže pracovat.
- Příčinou schizofrenie je rodina.
- Za vznikem schizofrenie stojí zlý duchové nebo magie.
- Schizofrenie je nakažlivá.

Ve studii pojednávající o zkušenostech se stigmatem u pacientů se schizofrenií odpovědělo 70 ze 74 zúčastněných, že se obávají nepříznivých reakcí ze strany okolí v důsledku jejich diagnózy (Dickerson et al., 2002). Dalšími několika studií např. ukazuje, že stereotypy a předsudky, které chová společnost vůči lidem s duševním onemocněním, mají hrozivý dopad na zisk a udržení práce (Bordieri et al., 1986 in Schrivastava et al., 2012).

## **2. Psychotická onemocnění**

### **2.1. Duševní onemocnění**

Jak hovoří Baštecká a Goldman (2001) již v biblických textech se můžeme setkat se spojením citových stavů a funkcemi tělesných orgánů. Slovo „nemoc“ bylo dáváno do souvislosti se slovy „být slabý“, „mít žal“, „trpět“. Dle Callahana - „nemoc (illness) jako subjektivní pocit osoby, že je nepřítomen či narušen její pocit tělesného či duševního zdraví, což se promítá do běžných životních úkonů“ (1996, in Baštecká, Goldman, 2001).

Pokud chceme na problematiku nahlédnout blíže, musíme zároveň definovat i pojem choroba. Jak hovoří Koukola, (1999, in Baštecká, Goldman, 2001) nemoc a choroba by se měly rozlišovat. V případě choroby hovoříme o abnormalitě, která se realizuje v částech lidského těla a která může být zjištěna lékařskou vědou. Nemoc ovšem představuje pocity, které lidé zakoušejí. Z toho dále vyplývá, že chorobně se může cítit i člověk, který se necítí nemocný a naopak. Chorobu bychom tedy mohli lokalizovat v organické rovině a nemoc v té sociální a psychologické.

Hartl a Hartlová (2004, s. 424) definují duševní poruchu jako „označení pro některé psychické procesy, projevující se v myšlení, prožívání a chování člověka, znesnadňující jeho fungování ve společnosti.“

### **2.2. Příznaky psychózy**

Možný (1999) popisuje psychózu jako skupinu závažných duševních onemocnění, jež spojuje výrazné narušení duševních funkcí. V důsledku toho dochází u nemocných osob ke zkreslenému vnímání světa kolem sebe a sebe sama. V důsledku toho tedy nedokážou adekvátně rozlišit realitu od fantazie. Osoba postižená psychotickým onemocněním se dostává do svého vlastního světa a tomu skutečnému se odcizuje. Taktéž ostatní lidé přestávají nemocnému rozumět a ten se pak dostává do začarovaného kruhu, ze kterého lze vlastním úsilím jen velmi těžko vystoupit. Mnohdy nemocný ani nemá pocit nemoci a odmítá adekvátní léčbu.

Možný (1999) primárně rozlišuje příznaky psychóz na dvě hlavní kategorie:

- Pozitivní: jsou tzv. něčím navíc (bludy, halucinace, pocity ovládnutí, vkládání myšlenek apod.).
- Negativní: naopak jsou něčím, co tzv. chybí (schopnost projevení citů, dostatek vůle k vykonání určité činnosti apod.).

Dalším kritériem dělení může být složka psychiky, kterou nemoc zasahuje. Možný (1999) dále popisuje:

- Poruchy chování

Do této kategorie patří nadměrné uzavírání se do sebe, neochota a nedostatek vůle k vykonávání činností. Dále se může jednat o zkreslené vnímání na základě bludů, dotyčný může přestat vycházet z domu, odmítat podávané jídlo z důvodů přesvědčení, že je otrávené atd. Agresivita se objevuje zřídka a pouze tehdy, pokud se nemocný dostane do stavu, kdy nemůže ze situace, která je pro něj subjektivně ohrožující či nepříjemná, vystoupit či odejít.

- Poruchy nálady

Ty představují dva odlišné protipóly deprese a mánie. U deprese dochází u nemocného k přesvědčení, že život nemá smysl a nemá se dále snažit o další aktivity, dotyčný je smutný, melancholicky laděný, mnohdy plačtivý. Často se objevují sebevražedné myšlenky. U mánie nemocný pociťuje naopak euforii a veselou náladu. Mnohdy ovšem dotyčný přeceňuje své schopnosti a v důsledku toho vykonává aktivity, u kterých ovšem později selhává a často tak dochází ke střídání manických fází s těmi depresivními.

- Poruchy myšlení

Nemocný pociťuje, že jeho myšlení je neuspořádané a není schopen myslet souvisle. Někdy je přesvědčen, že mu někdo, nebo něco myšlenky vkládá, nebo naopak odebírá v případě, že nemocný má pocit úplného myšlenkového prázdna. Častým projevem jsou tzv. bludy. Ty zapřičiňují přesvědčení nemocného, že i zdánlivě obyčejné události mají jiný, skrytý význam. V důsledku svých bludů všem dotyčný jedinec často i jedná. Píše na úřady, může se bránit kontaktu s lidmi apod.

- Poruchy vnímání

Mezi ně řadíme halucinace, v jejich důsledku tak nemocný vnímá věci, které neexistují. Nejčastější jsou sluchové halucinace – mohou se vyskytovat tzv. hlasy, které nemocnému radí, kritizují jej či vyhrožují. Někdy nemocný pouze naslouchá, někdy na ně reaguje a vypadá to, jako kdyby si povídal sám pro sebe.

- Poruchy vůle

U nemocného dochází k přesvědčení, že mu je implementována cizí vůle – v důsledku toho si připadá jako loutka, která je ovládána cizí mocí. Nebo se naopak může jednat o ztrátu vůle a neschopnost konat – projevat se může celkovým stuporem, nebo mutismem (Vágnerová, 2008). „Pak jsem se začal chovat jako „protéza“, jako někdo jiný, kdo udržuje moc těch druhých. To je vlastně jako Nikdo. Přitom jsem stále cítil, jak se ztrácím, jak za mne jedná někdo jiný, ten druhý, mně úplně cizí člověk, ten nulový bod stále udržované umělé rovnováhy, já jsem vlastně musel přestat existovat, abych neohrožoval jejich sílu. Přestal jsem existovat, odevzdal jsem se jejich manipulátorskému, záluďnému vědomí, abych jim potvrdil, že mne „milují“, že mají proč žít a že mají o mne zásluhy.“ (Syřišťová, 2005, s. 15)

### **2.3. Klasifikace psychóz**

Možný (1999) rozděluje primárně dva druhy psychóz. První jsou tzv. symptomatické, u nichž známe příčiny – patří mezi ně tzv. toxické psychózy (způsobeny otravou některými jedy nebo chronickým nadužíváním alkoholu a drog) a tzv. involuční psychózy (ty jsou způsobeny degenerativními procesy v mozku ve stáří). Druhým typem, kterým se budeme zabývat v této práci, jsou tzv. funkční (endogenní) psychózy. Existují 4 hlavní typy funkčních psychóz, těmi jsou:

- schizofrenie
- maniodesivní psychóza
- schizoafektivní psychóza
- paranoidní psychóza

Bližší si představíme schizofrenii a maniodesivní psychózu.



### 3. Schizofrenie

Jak popisuje Mahrová (2008), hlavními příznaky schizofrenie jsou významné poruchy myšlení, vnímání a narušení afektivity, která je buďto nepřiměřená nebo oploštělá. Pacienti se schizofrenií složitě rozlišují podstatné od nepodstatného – je narušen filtr třídění informací. Jak doplňuje Vágnerová (2008) jedná se o tzv. distorzi skutečnosti, tedy narušení orientace v realitě. Dále se mluvíme o přítomnosti bludů (perzekuční, vztahovačné, erotomanické, religiózní aj.), halucinací (nejčastěji sluchové) a objevují se pocity vkládání a odnímání myšlenek. Praško a kol. (2005) vysvětlují na jednoduchém a výstižném příkladu genuzi psychotických příznaků. Narušená komunikace mezi neurony vede k narušení biochemických dějů v mozku, konkrétně v limbickém systému. Dopamin, který je zodpovědný za specifický výběr, jinak běžný okolností a jejich označování za důležité a významné pro pozornost. Pokud se tedy limbický systém setkává se závažnou událostí, dopamin svým vyplavením onu závažnost potvrdí. V případě jedinců se schizofrenií je ovšem tento proces narušen a v limbickém systému dochází k nekontrolovanému vylévání dopaminu. Příkladem může běžný telefonní hovor kolemjdoucího spolu s dalšími běžnými jednotlivostmi (projíždějící automobil, náhodný pohled kolemjdoucího), který vytvoří potvrzení paranoidního bludu, kdy je dotyčný přesvědčen o spiknutí a plánovaném tažení na jeho osobu.

Vágnerová (2008) dále hovoří v případě schizofrenie o změnách vnímání sebe sama. Prožitek vlastního já je deformován patologickými projevy narcismu (nemocný si připadá středem pozornosti ostatních, nebo si myslí, že má nadpřirozené schopnosti) nebo depersonalizace (odcizení se vlastním myšlenkám, tělu). S tím dále souvisí porucha integrity osobnosti, nebo-li ztráta vědomí hranice mezi vlastní osobností a okolním světem. Tento chaos posléze vede k chování autistického charakteru – nemocný se postupně uzavírá do světa plného vlastních pravidel.

V osobní anamnéze se dle Cohena (2012) objevují např. tyto charakteristické znaky ovlivňující vznik a průběh choroby:

- roční období narození,
- porodní trauma,
- deteriorace osobnosti,
- šikanován/a, považován/a za podivína,

- propuštění z práce,
- obtížná koncentrace a vyrovnávání s pracovními požadavky.

### 3.1. Druhy schizofrenie

Vágnerová (2008) uvádí čtyři formy onemocnění:

#### ➤ Paranoidní schizofrenie

Nejčastější forma – ústředním příznakem je blud, který způsobuje, že nemocný projevuje vůči svému okolí nadměrnou vztahovačnost, paranoidní chování. Dotyčný se může domnívat, že je sledován, pronásledován. Také se může objevit patologická žárlivost. Bludy se nevztahují pouze k nadpřirozeným bytostem, ale mohou být kompenzovány i u rodinných příslušníků nebo nejbližšímu okolí. Objevují se hlasové halucinace a poruchy vůle.

#### ➤ Hebefrenní schizofrenie

Vzhledem k tomu, že tento typ schizofrenie vzniká v období adolescence a rané dospělosti, mívá obvykle špatnou prognózu, jelikož zasahuje vývoj osobnosti v době, kdy by se měla vytvářet a stabilizovat nová identita dospělého člověka. Všeobecně můžeme u této formy hovořit o pubertálním, klackovitým chování. V oblasti sociálního chování je charakteristický sklon k vulgarismům, sociální necitlivosti až hrubosti. Emoční prožívání se vyznačuje hypomanickými náladami, ty se projevují tendencemi k nevhodnému žertování – střídavě s depresivními stavy. Halucinace se objevují spíše zrakové, nemocný si mnohdy není schopný uvědomit hranice vlastní osobnosti, zda-li je muž, žena či zda-li je vůbec člověkem.

#### ➤ Katatonní schizofrenie

Tento typ je nápadný především v oblasti motorické aktivity. Rozlišujeme dvě varianty.

- Produktivní forma – projevuje se nadměrnou a nepřiměřenou pohybovou aktivitou.
- Stuporózní forma – projevuje se ochabnutím či úplnou ztrátou motorické aktivity. Objevují se halucinace – to způsobuje značnou nevyzpytatelnost daného jedince, protože není jasné, k jaké aktivitě jej halucinace mohou vyzvat.

➤ Simplexní schizofrenie

Na počátku se nemocný projevuje leností a nápadnou sociální nepřizpůsobivostí. Dále se jedná o autistické a introvertní chování bez zájmu. Postupně dochází k úpadku osobnosti na všech rovinách. Nemocný ztrácí schopnosti zvládat běžné činnosti, přestává o sebe dbát a myšlení postupně upadá na úroveň demence.

### **3.2. Fáze schizofrenie**

Vágnerová (2008, s. 350) popisuje fáze onemocnění:

➤ Prodromální fáze

Jedná se o fázi předcházející vypuknutí onemocnění. Obsahuje jisté charakteristické znaky chování, nápadnosti, projevující se mnohdy již v dětství:

- Zvýšená zranitelnost a slabost ega.
- Nápadné introvertní zaměření.
- Omezená schopnost osamostatnění.
- Obtíže v mezilidských vztazích – ambivalentní kombinace závislosti (zvýšená potřeba bezpečí a pohodlí, především v případě rodičů) a hostilního chování k poskytovatelům péče.
- Nižší výkon – pramení z nedostatečné schopnosti adaptovat se na nové situace.
- Somatické stesky – únava, nespavost.

➤ Počátek onemocnění

Charakteristický podivným chováním – objevují se výkyvy v intenzitě chování a prožívání. V tzv. krystalizační fázi se objevují úzkostné stavy a předtuchy negativních událostí. Objevují se pocity změny vztahů ke světu nebo k sama sobě. Nemocný si začíná vysvětlovat alternativními cestami běžné události, jedná se o snahu pochopit jevy a situace, kterým nemocný přestal rozumět. Typickou se stává změna vnímání náhody, která pro nemocného přestane existovat a vše pro něj získává skrytý význam a smysl. Odtud pramení vznik bludů, jež právě onen skrytý význam mají zdánlivě vysvětlovat.

### ➤ Průběh onemocnění

Z hlediska počtu akutních atak a rozsahu psychického postižení rozlišujeme několik možností:

- Epizodický průběh – nemoc se projeví pouze jednou atakou a postupně dojde ke stabilizaci zdravotního stavu.
- Opakovaný průběh – pravidelně či nepravidelně střídající se období atak a remisí.
- Maligní průběh – náhlý vznik onemocnění a rychlý vznik osobnostního defektu.
- Chronický průběh – opakování chorobných atak způsobujících postupný úpadek osobnosti nemocného.
- Reziduální průběh – tzv. syndrom zlomené pružiny, nemocný není schopen vykonávat shodný objem činností jako před nemocí. Přetrvávající stagnace je chápána jako forma obrany před vlastní zranitelností.
- Postprocesuální změny osobnosti – v krajních případech není nemocný schopen samostatného života.

### ➤ Prognóza onemocnění

Záleží na souhře biologických, psychických a sociálních faktorů.

- Závažnost a průběh onemocnění – pomalý, „plíživý“ začátek mívá mnohem horší prognózu než průběh s bouřlivým a náhlým začátkem.
- Pohlaví – u žen je pravděpodobnější pozitivní prognóza než u mužů.
- Premorbidní osobnost – úzce souvisí se stupněm vulnerability, fázi rozvoje identity a se schopností adaptability, kterou nemocný disponoval před vypuknutím onemocnění. Tak jako v předchozích případech platí, že pokud všechny výše zmíněné komponenty byly v relativně optimální stavu, je mnohem vyšší šance na vyléčení.
- Sociální zázemí – pravděpodobnost zlepšení je možná v případě, pokud nemocný má kvalitní sociální oporu ve svém okolí a adekvátní stimulační prostředí. (Vágnerová, 2008)

### **3.3. Obtíže osob se schizofrenií v každodenním životě**

Furmaníková (2009) konstatuje, že poruchy kognitivních funkcí jsou jednou z nejvýznamnějších oblastí postižení u lidí nemocných schizofrenií. Ukazuje, že právě deficit v oblasti pozornosti nebo paměti ovlivňuje každodenní život osob se schizofrenií a má podíl na jejich selhávání v osobní a pracovní oblasti, právě proto se i výzkumné tendence ubírají právě tímto směrem (Kučerová, Říhová, 2006; Perglová, 2006 ad., in Furmaníková, 2009).

Schizofrenie, jako závažná duševní choroba, ovlivňuje všechny úrovně existence člověka včetně kvality jeho života. Výrazně narušuje ty funkční schopnosti duševně nemocných osob, jež souvisí se sociálním fungováním, sociálními dovednostmi a dovednostmi spojenými s nezávislým životem (Furmaníková, 2009).

Nenaplněné potřeby lidí s psychickými poruchami je možno rozčlenit do čtyř skupin (Kroon, 2003, in Pěč a Probstová a kol., 2009):

- podpora při tom, jak (se naučit) zvládat hendikep a jeho psychické důsledky;
- pomoc při osobním úsilí o zotavení: uspořádání si věcí (také z minulosti), nalezení životních plánů a očekávání, získání sebedůvěry a postarání se o sebe sama;
- podpora při budování a udržování sociálních kontaktů a vztahů (včetně intimity a sexuality), potřeba akceptace a integrace, kontinuity ve vztazích, pocitu začlenění;
- podpora při nacházení a udržování práce, vzdělávání nebí jiného denního programu.

Kroon (2003, in Pěč a Probstová a kol., 2009) dále doplňuje, že čím větší počet nenaplněných potřeb podpory lidé s psychickými omezeními mají, tím více pociťují nižší kvalitu života.

## 4. Bipolární afektivní porucha

Termín maniodepresivní psychóza, který se užíval od poloviny dvacátého století, zahrnoval formu bipolární a unipolární (bez manické fáze, ale s opakovanými depresemi) – tyto dva aspekty dnes tvoří různé podstaty. Maniodepresivní psychóza byla oddělena od opakovaných depresí a stala se z ní bipolární porucha, jež spadá do kategorie poruch nálad (Gay, 2010).

Bipolární porucha se projevuje obvykle v období dospívání, u více než poloviny osob ještě před obdobím plnoletosti a právě kvůli tomu je mnohdy nesnadné stanovit diagnózu a oddělit tak specifické chování od běžných projevů prožívání životní krize v dospívání (Gay, 2010). National Institute of Mental Health hovoří o tom, že děti, jejichž rodiče či sourozenci mají bipolární poruchu, mají vyšší pravděpodobnost rozvoje této nemoci, propuknutí ovšem ovlivňuje také prostředí.<sup>1</sup> Muži i ženy jsou tímto onemocněním postiženi stejným dílem. Bipolární porucha se obvykle vyznačuje střídáním manických nebo hypomanických fází s depresivními epizodami (Gay, 2010).

### 4.1. Manická fáze

Manická fáze se projevuje např. nízkou potřebou spánku, impulsivních chováním projevujícím se mimo jiné nekontrolovanou potřebu sexuálních zážitků, extrémně vznětlivý. Dalšími projevy bývají nerealistické představy o sobě samém, ve formě zvýšeného sebevědomí, které se realizují v podobě investování energie a financování do tvorby nových projektů – ty mnohdy naopak končí nezdarem. Mnohdy dotyčný člověk sám nezaznamená, že by v jeho chování bylo něco nestandardního, a pokud má hodně energie a je nadprůměrně produktivní, fázi naopak vítá.<sup>2</sup>

### 4.2. Depresivní fáze

Nemocný se v této fázi naproti té předchozí cítí unavený až zpomalený, objevuje se ztráta zájmu, které dotyčnému přinášely radost, včetně chuti na sex a nedokáže se

---

<sup>1</sup> <http://www.nimh.nih.gov/health/topics/bipolar-disorder/index.shtml>

<sup>2</sup> Tamtéž

soustředit. Dále se jedná o sníženou schopnost konat významná rozhodnutí. Dotyčná může mít myšlenky na sebevraždu a smrt.

U obou epizod se v těžkých případech objevují psychotické symptomy jako např. halucinace nebo bludy. Pokud se tyto symptomy objeví v manické fázi, dotyčný může být přesvědčen, že je známou osobností, nebo má speciální schopnosti. Pokud se objevují psychotické příznaky u depresivní epizody, nemocní mohou být přesvědčeni, že spáchali zločin, nebo se objevují halucinace vnitřního rozkladu apod. Právě kvůli těmto symptomům bývá mnohdy bipolární afektivní porucha zaměňována se schizofrenií.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Tamtéž

## **5. Zvládání stresu v kontextu psychotického onemocnění**

Tato kapitola se zabývá zvládáním stresu v kontextu psychotického onemocnění. Obsah konceptu zvládání stresu je tématem, jehož všeobecné obsažení by vyžadovalo rozsáhlejší a souvislejší pojetí, což ovšem není cílem této práce, která se zabývá především stresem a jeho zvládáním u specifické skupiny osob.

### **5.1. Coping**

Křivohlavý (2002) uvádí, že problematika zvládání životních těžkostí (včetně bolesti, akutní i chronické nemoci atp.) je v psychologické literatuře uváděna pod anglickým názvem coping. Tento termín je odvozen od řeckého kolaphos, který znamená ránu uštědřenou protivníkovi v boxu.

Paulík (2010) dále popisuje, že výraz coping se ustálil ve významu aktivního a vědomého zvládání stresu. V případech, ve kterých je potřeba vyvinout zvýšené úsilí k vyrovnání se se zátěží, uplatňujeme pro specifický způsob zvládání právě tento výraz. „Coping představuje stabilizující faktor, jenž může pomoci udržovat psychosociální adaptaci během stresuplné epizody.“ (C. J. Holahan, R. H. Moss, 1990, s. 910 in Paulík, 2010)

Křivohlavý (2001) popisuje dvě základní strategie zvládání stresu, které vymezil Lazarus v roce 1994.

#### **1. coping zaměřený na problém (problem-focused coping)**

Jedná se o konstruktivní snahu řešit situaci s cílem odstranit daný problém, který působí obavy a eliminovat stresotvorné vlivy a podmínky, které zhoršují celkový stav.

#### **2. coping zaměřený na emoce (emotion-focused coping)**

Tento způsob eliminuje stresový stav způsobem regulace emocionálního stavu (např. snížení míry zlosti).



G. Prystav (1981, in Paulík, 2010, s. 80) rozlišuje čtyři základní diferencované pojmy, které konkretizují proces zvládání a jsou zároveň jeho pevnou a neměnnou součástí:

- zvládací schopnost – souhrn osobnostních dispozic, ovlivňujících, na kognitivní, emocionální a behaviorální úrovni, zvládání zátěže;
- zvládací zdroje – aktuální charakteristiky jedince a prostředí, které hrají klíčovou roli pro zvládání;
- zvládací procesy – psychofyzilogické děje, nastávající v transakcích organismu a prostředí v okamžiku vnímaného stresu;
- zvládací strategie – poměrně stabilní, habituální, vzorce poznávání, chování a prožívání, které uplatňuje jedinec ve snaze adaptovat se na zátěž.

Janke a Erdmannová (2003) zjistili pomocí dotazníku SVF 78 u mužů vyšší hodnoty v subtestech Podhodnocení a Odmítání viny. Ženy naopak vykazovaly vyšší hodnoty v subtestech Potřeba sociální opory, Úniková tendence, Perseverace, Rezignace, Sebeobviňování. Taktéž Paulík (2010) konstatuje, že tendence k odlišným reakcím na zátěž z pohledu genderu dokazují mnohé výzkumy. Všeobecně se např. konstatuje, že ženy bývají oproti mužům odolnější vůči dlouhodobější zátěži, mají významnější tendence k přátelským a podpurným projevům a k vyhledávání sociální opory. Nutno podotknout, že výše uvedené výzkumy byly realizovány u běžné populace.

## **5.2.Strategie zvládání stresu v nemoci**

Dle Paulíka (2010) jsou strategie, oproti stylům (zvládání), méně obecné. Křivohlavý (2001) doplňuje, že strategie zvládání stresu jsou specifitější způsoby přístupu ke zvládání stresu. Svou roli ve zvládání hrají, dle studií zjišťujících individuální rozdíly v používání strategií, vrozené preference k určitým typům strategií (až ve 30%) a taktéž příklon k určitému typu strategie souvisí s rodinnou výchovou i vlivem společenského prostředí, ve kterém člověk žije. Dále (dle Lazaruse a Folkmannové, 1986 in Křivohlavý, 2002) uvádí strategie zvládání životních těžkostí:

- Konfrontační způsob zvládání stresu.
- Hledání sociální opory.
- Plánované hledání řešení problému.
- Sebeovládání (uklidnění emocionálního vzrušení).

- Distancování se od dění.
- Hledání pozitivních stránek dění.
- Přijetí osobní odpovědnosti za řešení situace.
- Snaha vyhnout se stresové situaci a utéci z ní.

Ve studii soustředící se na vliv vnímání nemoci, negativního stresu a zvládacích strategií hovoří výsledky o tom, že existuje korelace mezi uvědomováním si nemoci a jejích příznaků s větším negativním stresem. Dále mimo jiné taktéž hovoří o významu pozitivní reinterpretace a růstu v rámci diagnózy duševního onemocnění, jež koreluje s nižším prožitkem stresu, který nemoc může způsobovat (Cooke, et al., 2007).

### **5.2.1. Nácvik dovedností vyrovnávání se stresem**

Křivohlavý (2001) popisuje několik technik, které umožňují kvalitní nácvik vyrovnávání se se stresem, příkladem uvádíme některé z nich:

- Metody známé z oblasti kognitivně – behaviorální terapie;
- výcvik dovedností plánování času (time management skills);
- řízení pohybové aktivity a využití volného času;
- uzavírání smluv sama se sebou (contingency training) a sebeodměňování;
- výcvik relaxačních technik;
- tvorba sociální opory;
- meditace nad smysluplným směřováním vlastního já.

V otázce prevence duševního onemocnění se nácvik dovedností, které pomáhají vyrovnání se se stresem a s onemocněním samotným se, dle Mahrové (2008), týkají především oblastí psychosociální rehabilitace.

## **5.3. Psychiatrická rehabilitace**

Vývoj konceptu psychiatrické rehabilitace byl postupný a idea humánního přístupu k duševnímu onemocnění si hledá své ukotvení stále ještě v dnešní době. Pěč a Probstová (2009) vysvětlují, že často užívaným termínem se stejným významem je „psychosociální rehabilitace“, který byl vytvořen před devadesátými lety minulého

století profesionály, kteří spíše vylučovali biologickou léčbu a zdůrazňovali její sociální složku.

Jak popisuje Wilken a Hollander (1999) v první etapě svého vývoje, který se děl přibližně v období před a během 2. světové války, se kladl důraz především na návrat do zaměstnání. Dělo se tak ovšem z praktického důvodu v době, kdy byla potřebná každá pracovní síla. Po válce taktéž cítila společnost morální závazek vůči vojákům, kteří byli fyzickým nebo psychickým způsobem poškozeni a hledali posléze pracovní uplatnění.

V 80. letech došlo k rozvoji rehabilitačního hnutí, které reagovalo na antipsychiatrické hnutí. V jeho důsledku docházelo k propouštění duševně nemocných z nemocničních prostředí, ti ale neměli posléze potřebné kompetence k vyrovnání se s důsledky nemoci a se ztracenými schopnostmi postarat se sama o sebe a obstát ve vnějším světě v rámci své diagnózy. V dnešní době tedy termín psychosociální rehabilitace vystihuje tendenci, která si klade za cíl zlepšení kvality života psychosociálně zranitelných lidí a přispět k jejich většímu zapojení do společnosti. Jednoduchý model rehabilitace není možné sestavit, jelikož pojem rehabilitace slučuje mnoho různých myšlenek a konceptů, které obsahují jak péči o klienta samotné, tak dále i práci s rodinnými příslušníky, nebo aktivity, které stimulují integraci do komunity. (Wilken a Hollander, 1999)

Psychosociální rehabilitace působí na několika rovinách:

- klient
- prostředí klienta
- společnost

Wilken a Hollander (1999) dále rozdělují těžiště péče na několik domén:

1. První oblastí, ve které se uplatňují tzv. životní domény je *rozvoj osobnosti*:
  - životní doména bydlení
  - životní doména práce
  - životní doména učení se
  - životní doména volného času

2. *Pocit spokojenosti spojený s plněním každodenních povinností se odráží v tzv. osobních doménách:*

- osobní doména péče sama o sebe
- osobní doména zdraví
- osobní doména účelu a smyslu
- osobní doména sociálních vztahů

Autoři dále předkládají koncepci tzv. Tří dimenzí komplexního přístupu. Těmi jsou dimenze vztahů, dimenze činnosti a dimenze času. Cílem tohoto modelu je klientovi pomoci dosáhnout co nejvyšší míry soběstačnosti pro sebe a taktéž ve vztahu k okolí. K tomu právě klient potřebuje schopnost optimalizace osobní i sociální způsobilosti. Petry (1993, in Wilken, Hollander, 1995) zdůrazňuje, že klientovi můžeme porozumět a pomoci pouze v případě, že pomáhající pracovník projeví dostatek vůle a času poznat klienta v kontextu jeho osobní historie. „Psychóza může být i pokusem o záchranu jedince – projevem sebeobrany – a může být opakovaně vyvolávána okolnostmi, které rezonují celým klientovým životem.“ (Petry, 1993, in Wilken, Hollander, 1995). Podobně hovoří i Stavros Mentzos (2005), který popisuje psychotické příznaky také jako formu nepřímého, kompromisního nebo náhradního uspokojení. Důkazem je zvýšená tvorba příznaků, např. hlasů či bludů, jako reakce na každou frustraci, především na pocit osamocení či prázdnoty.

Principy psychiatrické rehabilitace uvádí Anthony (2002, in Pěč a Probstová, 2009):

1. Rehabilitace je primárně zaměřená na zlepšení schopností a kompetencí lidí s psychiatrickým postižením.
2. Přínosem psychiatrické rehabilitace pro klienta je zlepšení chování v prostředí, které potřebuje.
3. Přechodné zvýšení závislosti může vést k postupné nezávislosti.
4. Dvě základní intervence psychiatrické rehabilitace jsou rozvoj klientových dovedností a rozvoj zdrojů podpory v okolí.
5. Psychiatrická rehabilitace se zaměřuje na zlepšení dovedností v oblasti bydlení, vzdělávání a práce u osob s psychiatrickými postiženími.
6. Aktivní účast a začlenění osob v jejich rehabilitačním procesu je základním kamenem rehabilitačního procesu.

7. Dlouhodobá terapie léky je často nezbytným, ale málokdy dostačujícím doplňkem rehabilitační intervence.
8. Psychiatrická rehabilitace je eklektická v použití různých technik.
9. Naděje je hlavní složkou rehabilitačního procesu.

## **5.4. Psychofarmakoterapie**

Jak hovoří Večeřová-Procházková a Dušek (2010) psychofarmakem je to léčivo, u kterého je hlavním očekávaným účinkem změna psychického stavu. Zároveň to ovšem neznamená, že všechny látky ovlivňující psychický stav jsou psychofarmaka. „Psychoterapeutická léčiva“ jsou všechna ta, u nichž se jejich podáním klade za cíl odstranění psychické poruchy. Dále autoři (2010) doplňují, že v rámci užívání psychofarmak dochází k polarizaci postojů veřejnosti. Na straně jedné stojí ti, kteří mají opatrný až odmítavý postup užívání ovlivňujících psychiku člověka, na druhé straně se lékaři čím dál více setkávají s těmi, kteří mají již nějakou drogovou zkušenost a zároveň tendence užívat i psychofarmaka toxikomanickým způsobem.

Obavy ze vzniku závislosti spolu s vtíravým pocitem, že dotýčný potencionální pacient přispívá k získání negativního postoje, který ovlivňuje samotný průběh léčby a účinky léků. Jak dále autoři Večeřová - Procházková a Dušek (2010) podotýkají, právě časně manifestace nežádoucích účinků nebo jejich intenzita, dle psychoanalyticky orientovaných koncepcí, mohou souviset právě s odporem a přenosovými mechanismy vůči preskribujícímu psychiatrovi.

### **Antipsychotika**

Skupina léků potlačujících psychotické příznaky označujeme jako antipsychotika. Ty přinášejí nemocnému úlevu, pomáhají stabilizovat psychický stav a eliminují návrat onemocnění. Zavedení antipsychotik do léčby v 50. letech 20. století mělo skutečně revoluční účinek a v rámci psychiatrie byla k dispozici cílená terapie, která nemocným pomohla výrazně zredukovat negativní symptomy onemocnění. Kromě antipsychotik se v léčbě používají ještě další psychofarmaka, obvykle ve formě přídatných psychofarmak, jako např. v případě antidepresiv (léčba úzkostných nebo depresivních stavů) či anxiolytik (slouží proti úzkosti a napětí). (Praško a kol., 2005)

Základním účinkovým mechanismem všech antipsychotik je blokáda dopaminových receptorů D2 v konkrétních oblastech mozku. Dvě hlavní skupiny antipsychotik představují (Praško a kol., 2005):

- klasická antipsychotika první generace (typická) – CISORDINOL, DOGMATIL, PLEGOMAZIN, TISERCIN a další;
- antipsychotika druhé generace (atypická) – ABILIFY, LEPONEX, SOLIAN, ZYPREXA a další.

Klasická antipsychotika jsou účinná především léčbě pozitivních příznaků (bludy, halucinace, poruchy chování aj.). Naopak atypická antipsychotika představují velmi různorodou skupinu týkající se jak chemické struktury, tak farmakologických vlastností. I přes vysokou účinnost vůči negativním příznakům mají antipsychotika své nežádoucí účinky. Těmi jsou např. pohybové, tzv. extrapyramidové nežádoucí účinky – parkinsonismus (svalová ztuhlost a třes), dystonie (svalové křeče), dyskineze (rytmické samovolné pohyby), akazitie (vnitřní neklid a napětí, jehož projevem je neustálé přešlapování). Někdy se mohou objevit i endokrinní nežádoucí účinky, kdy blokáda dopaminu může způsobit zvýšení koncentrace prolaktinu, která má za následek poruchy menstruace. Dalšími negativními projevy mohou být ospalost, přechodně se může objevit snížená hladina krevního tlaku apod. (Praško a kol., 2005)

První lékovou volbou v případě léčby bipolární afektivní poruchy jsou obvykle stabilizátory nálady. Mezi ně patří především lithium. Jeho nežádoucími účinky mohou být pocity sucha v ústech, lámavost nehtů a vlasů, nervozita nebo zažívací obtíže. Dalším stabilizátorem nálady jsou v případě léčby bipolární afektivní porucha antiepileptika mezi něž patří např. Valproát, Lamictal, Trileptal či Topamax. Všechny předchozí zmíněné mají také mnoho nežádoucích účinků. V případě Valproátu vydal Státní ústav pro kontrolu léčiv doporučení o omezení používání tohoto přípravku u žen a dívek.<sup>4</sup> Dalšími možným způsobem léčby je užívání antidepresiv.

---

<sup>4</sup> <http://www.sukl.cz/valproat-vybor-prac-doporučuje-omezit-pouzivani-u-zen-a>

## 5.5. Sociální terapie

Sociální terapie je specifický druh odborné intervence, jejímž cílem je dosahovat přímým i nepřímým působením žádoucích změn v chování klienta a v jeho sociálním okolí, řešit situaci, která bezprostředně ohrožuje klienta a předcházet vzniku rizikového chování i podmínek, které mohou jeho vznik podporovat (Zakouřilová, 2014).

Rozdíly mezi sociální terapií a psychoterapií (Zakouřilová, 2014):

- Sociální terapie nepracuje s klientem na medicínské bázi (sociální terapeut nepředepisuje léky a hospitalizaci v nemocnici jako např. v rámci psychoterapie psychiatr).
- Sociální terapie nezachází do takové hloubky psychiky člověka jako psychoterapie. Používá jiné metody a techniky, zaměřené spíše na získání potřebných informací, podporu komunikace a motivace, uvědomění si vlastních pocitů, emocí a získání reálného náhledu. (Do sociální terapie nepatří postupy, jakými jsou hypnóza, psychoanalytická léčba aj.)
- Diagnostika v sociální terapii používá jednodušších prostředků než psychoterapie. Nejsou užívány testy inteligence, škály dosažené výkonnosti, není vyšetřován tělesný stav klienta či klinicky hodnocen jeho stav psychický.
- Sociální terapie i psychoterapie se zabývají chováním lidí a interakčními charakteristikami, sociální terapie se však více zaměřuje na sociální fungování a vztahy klienta.

## 5.6. Psychoterapie

„Psychoterapie je především léčbou, ale i profylaxí (primární prevencí) a rehabilitací (terciární prevencí) poruch zdraví, která se uskutečňuje výhradně psychologickými prostředky, tedy prostředky komunikační a vztahové povahy. Psychoterapie představuje zvláštní druh psychologické intervence působící na duševní život, chování člověka, jeho meziosobní vztahy i tělesné procesy tím způsobem, že navozuje žádoucí změny a tak podporuje úzdravu, či znesnadňuje vznik a rozvoj určité poruchy zdraví...“ (Vymětal a kol., s. 14, 1997). Komplexní pojetí tématu psychoterapie by vyžadovalo rozsáhlejší strukturování kapitoly, mým cílem je ovšem popsat a vhodně vystihnout smysl psychoterapie právě v rámci zvládnutí stresu u osob s psychotickým onemocněním. Jak

podotýká Kalina (2001), rady, doporučení a instrukce mohou mít právě v léčbě psychotického onemocnění velký význam, kdy právě na počátku pacient potřebuje orientaci. Právě proto, že psychoterapie si v léčbě psychóz dává realistické cíle, nemůže změnit prostředí, ve kterém pacient žije, ale může mu pomoci, aby se s ním lépe vyrovnal. „I když psychoterapie psychózu nevyléčí, může člověka naučit s ní žít.“ (Kalina, 2001, s. 89).

### **5.6.1. Systemická rodinná terapie**

Rodinná terapie operuje především s obrazem člověka, který touží po individualitě a zároveň si přeje být součástí sociálních vazeb. Dle H. Stierlina se jedná o pojmy autonomie a vztaženost. Vychází dále z premisy, že člověk je v první řadě sociální bytostí, jež může poznat sama sebe a dozvědět se o sobě pouze ve vzájemných vazbách. „Schopnost reflektovat své chování ze zkušenosti styku s ostatními (reflektivní vědomí) je znakem, který je pro člověka specifický, a předpokladem změny. (Ludewig, 1992, s. 79 in Vymětal a kol., 1997, s. 262)

Jak dále popisuje Vymětal a kol. (1997) jednou z cest, díky kterým vznikla systemická rodinná terapie byla konfrontace s výsledky vědeckých studií, na nichž, na počátku 50. let, pracovali Th. Lidz a jeho spolupracovníci. A právě v nich byla prokázána souvislost mezi dynamikou rodiny a vznikem schizofrenních onemocnění. Průkopnické byly taktéž studie - uveřejněné pod názvem “Towards a Theory of Schizophrenia“ (1956) – v nichž je chápána schizofrenie jako porucha komunikace. Konkrétně se jedná o poruchu komunikace nazývanou jako tzv. dvojná vazba, nebo-li rozporný způsob komunikace, kde dochází k nesouladu mezi obsahovou rovinou toho co je řečeno a vztahovou rovinou (Vymětal a kol., 1997).

### **5.6.2. Kognitivně – behaviorální terapie**

Kognitivně-behaviorální terapie (KBT) je forma léčby zaměřená na celkové zklidnění pomocí přijetí nemoci, odstranění úzkostného způsobu myšlení, úpravy vzorců maladaptivního chování a relaxace. Kognitivně behaviorální terapie se soustředí zejména na nemocné s dlouhodobým postižením. Učí je zbavovat se residuálních příznaků a trénuje dovednosti potřebné pro sebeobstarání a život ve společnosti. (Praško a kol., 1999)



V KBT nám jde především o změnu konkrétního chování, které znepríjemňuje člověku život. Může to být změna na úrovni fyziologické, kognitivní, motorické či emocionální. Obecně můžeme říci, že cílem KBT je (Štuksová, 2007):

- zmírnění nebo odstranění takového chování, které působí nepříjemnosti klientovi či jeho okolí
- naučení nových dovedností
- využití toho chování, které nemá dostatečně zafixované a využívané

## **5.7. Psychoedukace**

Bouček (2004) vysvětluje, že psychoedukace spočívá v poučení pacienta o povaze jeho onemocnění, o metodách a technikách jeho léčby, dále o průběhu a úskalích choroby, vedlejších účincích psychofarmak a o možných následcích po prodělané poruše. V dlouhodobé práci s pacientem se tento postup rozšiřuje o porozumění vlastní nemoci, o rozšíření důvěry k terapeutovi s tím, že pokud mu bude sdělovat své prožitky, bude je sám lépe snášet. Do edukačního procesu je nutno zapojit i příbuzné i členy okolí pacienta. Právě interakce uvnitř rodiny a rodinné klima mohou dosti výrazně spoluovlivňovat průběh psychotické poruchy. Kromě seznámení rodinných příslušníků s druhem a průběhem psychotické poruchy, se učí také jak zacházet a jednat s postiženým členem rodiny.

## **5.8. Kvalita života osob s psychotickým onemocněním**

Zdraví jako pojem významově úzce souvisí subjektivním prožíváním kvality vlastního života. Jak popisuje Křivohlavý (2001), z etymologických slovníků se můžeme jednoznačně dočíst, že slovo „zdraví“ znamenalo původně v řečtině i latině „celek“. Odtud se dostáváme k nynější definici zdraví dle WHO, která popisuje, že jde o „stav úplné duševní, tělesné a sociální pohody, a nejen nepřítomnost nemoci nebo vady“. I zde můžeme sledovat tendenci k popisu komplexního pojetí zdraví a snahu o vyjádření multidimenzionálního pojetí a jeho víceúrovňového procesuálního modelu. Pokud tedy dojde k vypuknutí duševního onemocnění, všechny tyto níže uvedené kvality ztrácejí na svojí intenzitě. V závislosti na druhu a rozsahu onemocnění tak osoba přichází o vnitřní i vnější homeostázu, která je v zásadě nutná pro vedení plnohodnotného života.

Křivohlavý (2001) popisuje tyto následující úrovně významu, na kterých můžeme důkladněji porozumět pojmu zdraví a kvalita života:

1. Zdraví jako zdroj psychické a fyzické síly.

Konkrétně se jedná o pojetí, které zdůrazňuje význam síly jako prostředku zvládnání těžkostí.

2. Zdraví jako metafyzická síla.

Zdraví je zde vnímáno jako životní síla, vitalita či životní elán. Všeobecně můžeme hovořit o pojetí, které nám umožňuje přístup k tzv. vyšším cílům. Tzn., že člověk má možnost realizovat svůj potenciál.

3. Salutogeneze – individuální zdroje zdraví.

Součástí je tzv SOC, což znamená Sense Of Coherence, nebo-li smysl pro integritu. Toto označení v sobě zahrnuje tři zásadní salutogenetické charakteristiky: smysluplnost, vidění zvládnutelnosti úkolů a schopnost chápat dění, ve kterém se nacházíme.

4. Zdraví jako schopnost adaptace.

Pojmem adaptace rozumíme schopnost přizpůsobení se vnějším podmínkám a okolnostem či přizpůsobení si jich tzv. k obrazu svému.

5. Zdraví jako schopnost dobrého fungování.

Být v dobré kondici, v dobrém zdravotním stavu a zároveň být schopen s tímto stavem operovat ve svůj prospěch.

6. Zdraví jako zboží.

Tomuto pojetí odpovídá přesvědčení, že zdraví existuje jako komodita se dá opětovně získat či ztratit - formou léku či lékařského zákroku.

7. Zdraví jako ideál.

Zdraví jako ideální vyrovnaný stav, všech složek a potřeb, které přispívají ke spokojenosti a pozitivní kvalitě života.

Raboch a Zvolský (2001) konstatují, že dobře vedená terapie dává pacientovi šanci žít kvalitní život. Budoucnost pravděpodobně ještě přinese některé nové postupy, nicméně obecný princip léčebného postupu, který brání následkům choroby na všech úrovních, od sociální a psychologické až po molekulární, lze považovat za trvalé východisko terapie. Péče o pacienta by měla být vysoce individualizovaná. Společně s psychiatrem by se na její přípravě měli podílet i další členové terapeutického týmu: psychologové, zdravotní sestry, sociální pracovníci, pracovní terapeuti a další. Její strukturu lze popsat pomocí léčebných modulů:

- farmakoterapeutický modul: odstranění psychotické tenze a lepší kontrola psychotických příznaků;
- psychoedukace: zajištění dlouhodobé spolupráce a upevnění terapeutické aliance a vzájemné důvěry;
- pracovní terapie: udržení jistoty o dovednostech, odkrytí a využití skrytých zanedbávaných dovedností, aktivace zájmů a koníčků;
- trénink asertivity: udržení sebevědomí;
- kognitivně – behaviorální modul: zvládnutí reziduálních příznaků;
- rodinná terapie: edukace rodinných příslušníků o povaze onemocnění pacienta a nácvik komunikace s úzkou emotivností.

## 6. Občanské sdružení Fokus

Tato kapitola se věnuje krátkému představení občanského sdružení Fokus. Vzhledem k tomu, že výzkum byl realizován právě ve spolupráci s tím sdružením a účastníky výzkumu byli jeho klienti, považuji za významné věnovat se krátce i jeho podstatě a původu.

### 6.1. Původ a vznik sdružení

Občanské sdružení Fokus je nestátní nezisková organizace poskytující komplexní komunitní péči o lidi s dlouhodobým duševním onemocněním v neústavních podmínkách.<sup>5</sup> Fokus je dobrovolným nepolitickým sdružením odborníků (psychiatrů, psychologů, sociálních pracovníků a dalších), uživatelů služeb (duševně nemocných) a jejich příbuzných a blízkých.<sup>6</sup> Fokus České Budějovice byl založen na jaře roku 2006.<sup>7</sup>

Na počátku vzniku sdružení, a komunitních služeb v Čechách vůbec, stáli na začátku 90. let lidé jako např. MUDr. Jan Stuchlík, MUDr. Martin Jarolímek nebo MUDr. Ondřej Pěč. Ti budovali nejen Fokusy, ale i další obdobné organizace jako např. Green Doors nebo Baobab. Dále se jednalo taktéž o svépomocné organizace jako např. Kolumbus, které vedou a provozují lidé, kteří mají osobní zkušenost s duševním onemocněním. Např. MUDr. Johan Pfeiffer, který působil taktéž svého času v Anglii v komunitních týmech, zprostředkoval kontakt osobností ze zahraničí, například z Holandska, Anglie, Itálie, Finska zabývající se touto problematikou, s Českou republikou. Jak podotýká Tomáš Trajer z českobudějovického sdružení Fokus, právě kontakty se zahraničními institucemi stále existují. Je však u nich znatelné rozčarování, jelikož se i po čtvrt století trvajícím období „svobody“ nepodařilo zcela změnit celospolečenský systém především na politické úrovni, a to např. systém financování, zlepšení mezirezortní spolupráce a pohled na léčbu psychiatrického onemocnění jako celku. (viz Příloha č. 2)

---

<sup>5</sup> <http://www.fokus-praha.cz/index.php/o-fokusu-praha>

<sup>6</sup> <http://www.fokus-mb.cz/>

<sup>7</sup> <http://www.fokus-cb.cz/o-nasem-sdruzeni/>

## 6.2. Filosofie sdružení

Jak dále popisuje Tomáš Trajer, filosofie služby je spojena především posledních pár let s konceptem *recovery*, jež se překládá především jako zotavení nebo uzdravení. Při chápání a zacházení s tímto termínem dochází velmi často k mylnému pochopení pravé podstaty, kterou není úplné uzdravení nebo zotavení. Hlavním význam tkví v žití člověka, který sice zaznamenává příznaky, ale dokáže vést spokojený život v maximální možné míře. Jedná se především i o prožívání kvality života, která, ač úzce souvisí se společenskými normami, je individuální. Smyslem je právě ono nalezení ideálního stavu, který bude vyhovovat každému klientovi. Sociální pracovník je především jakýmsi pomocníkem a průvodcem zároveň. Klient služby je ten, který rozhoduje, kterým směrem se chce vydat, sociální pracovník stojí při něm a ten taktéž jeho kroky, dle svých příslušných kompetencí, přiměřeně usměrňuje (viz Příloha č. 2).

# Výzkumná část

## 7. Metodologie

### 7.1. Cíle výzkumu

Cílem práce je zmapovat strategie zvládání stresu, které užívají osoby s psychotickým onemocněním a následně zjistit, jak užívání těchto strategie ovlivňuje psychosociální rehabilitace.

#### 7.1.1. Fáze výzkumu

Cílem první části výzkumu bylo zmapovat strategie zvládání stresu, které užívají osoby s psychotickým onemocněním včetně jejich četnosti. Výzkum byl realizován pomocí dotazníku SVF 78.

Druhá část výzkumu si klade za cíl porovnat výsledné hodnoty se zkušenostmi občanského sdružení Fokus, které se poskytováním sociálních služeb osobám s duševním onemocněním dlouhodobě zabývá a jehož klienti byli probandy výzkumu. Nástrojem této části výzkumu je polostrukturovaný rozhovor s vedoucím komunitních služeb českobudějovického sdružení.

Z důvodu nízkého množství účastníků výzkumu, který čítal 30 osob, se jedná o tzv. předvýzkum. Záměrem této studiu tedy není generalizovat získaná data, ale poskytnout informace potřebné k získání vhledu do dané problematiky, případně o doporučení, jakým způsobem data zpracovávat a jakým problémům se vyhnout při realizaci rozsáhlejšího výzkumu.

Na základě přečtené literatury jsem převedla výzkumné cíle do hypotéz (1. fáze):

1. Soubor bude statisticky signifikantně vykazovat převahu negativních strategií zvládání stresu.

2. Soubor žen dosáhne statisticky vyššího skóre v subtestu perseverace ve srovnání s muži.
3. Soubor žen dosáhne statisticky vyššího skóre v subtestu potřeba sociální opory ve srovnání s muži.

Pro druhou část výzkumu byly stanoveny výzkumné otázky, které navazují na předchozí fázi a slouží k ověření a rozšíření získaných poznatků.

Výzkumné otázky pro strukturovaný rozhovor (2. fáze):

1. Jaké jsou nejobvyklejší obtíže klientů občanského sdružení Fokus v každodenním životě?
2. Jaké jsou nejčastější strategie zvládnání stresu klientů občanského sdružení Fokus?
3. Jakým způsobem ovlivňuje psychiatrická rehabilitace, poskytovaná občanským sdružením Fokus, strategie zvládnání stresu u svých klientů?

## 8. Výzkumný soubor

Výzkumný soubor se skládá ze vzorku 30 účastníků (viz Graf. 1), kteří jsou klienty občanského sdružení Fokus v Jihočeském kraji. V rámci výzkumu se podařilo zajistit výzkumný vzorek, jež pojímá široké věkové rozpětí od 25 – 63 let. O spolupráci jsem nejdříve požádala pobočku v Českých Budějovicích a dále se zapojila pracoviště v Táboře a Písku (viz Graf 2.).

### 8.1. Podmínky účasti

Kritérii pro výběr účastníků byla diagnóza psychotického onemocnění osob, kteří jsou klienty občanského sdružení Fokus a dále tedy především aktivní zájem účastnit se výzkumu. Vzhledem k problematické dostupnosti výzkumného vzorku probandů, nápomocí mi bylo sdružení Fokus, které samozřejmě z podstaty své existence je v kontaktu s reprezentativními osobami a sociální pracovníci mohli tedy relativně bez problémů zprostředkovat kontakt, který bych sama pravděpodobně zajistila s velkými obtížemi.

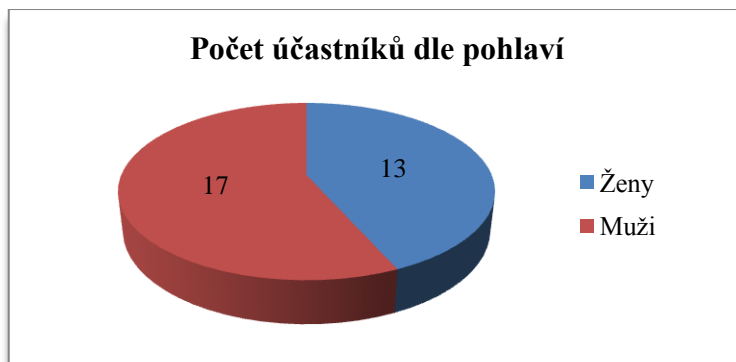
Můžeme tedy v této podobě hovořit o **metodě záměrného výběru přes instituci**. Dle Miovského podstatou tohoto typu výběru je, že bez užití dalších specifických metod či strategií, vybíráme mezi potenciálními účastníky výzkumu toho, který je pro účast ve výzkumu vhodný a zároveň s ní souhlasí (Miovský, 2006). Sdružení Fokus zprostředkovalo oslovení klientů, kteří se zúčastnili výzkumu dobrovolně, dle svého vlastního uvážení. Po vyhodnocení výsledků byly data zaslány na jednotlivé pobočky tak, aby případní zájemci o zpětnou vazbu mohli zjistit výsledné informace.

Tab. 1. Popis výzkumného souboru

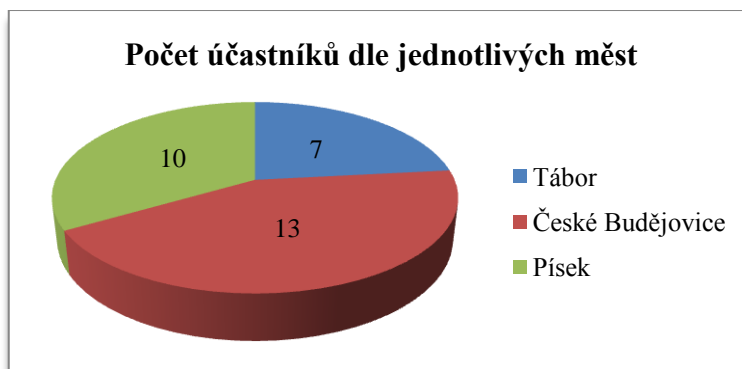
	Počet účastníků	Ženy	Muži	Průměrný věk
<b>Tábor</b>	7	3	4	35,6
<b>České Budějovice</b>	13	5	8	42,2
<b>Písek</b>	10	5	5	44,5
<b>Celý soubor</b>	30	13	17	41,4



Graf 1. – Počet mužů a žen



Graf 2 – Počet účastníků dle jednotlivých měst



## 9. Typ výzkumu a jeho organizace

V tomto případě se jednalo o kombinovaný design výzkumu. Jako první byla uskutečněna fáze, ve které jsem realizovala kvantitativní výzkum, ve druhé části se jednalo o výzkum kvalitativní.

### 9.1. Průběh výzkumu

V **první fázi** jsem pro získání kvantitativních dat jako první oslovila pracoviště občanského sdružení Fokus v Českých Budějovicích. Po počátečním rozhovoru s ředitelkou subjektu jsme přistoupily k oslovení ještě dalších pracovišť v Táboře a Písku pro zajištění co největšího množství dat. Osobně jsem neměla žádnou zkušenost s klienty zařízení a vzhledem k nutnosti současného zprostředkování kontaktu a zachování anonymity, přistoupily pracoviště v Českých Budějovicích a Písku k oslovování cestou přes klíčové sociální pracovníky, jež oslovovali jednotlivé klienty a klientky. Průvodní myšlenkou bylo, že klíčoví pracovníci mají přirozeně ke klientům blíže a ve světle citlivé situace, jež vyžadovalo ochotu klientů se do dotazníkového výzkumu zapojit, se takovéto řešení zdálo nejvhodnější právě pro získání co největšího množství dat. V případě pracoviště v Táboře tomu bylo naopak. Toto pracoviště preferovalo mou přítomnost u vyplňování dotazníku již předem oslovených a ochotných klientů, se kterými jsem posléze osobně přímo na pracovišti vyplňovala jednotlivé dotazníky. Konkrétně dvěma klientům jsem předčítala a následně dotazníky sama vyplňovala dle jejich odpovědí, zbylých pět dotazovaných probandů vyplnilo dotazník samo. Další účastníci v Písku a Českých Budějovicích vyplňovali dotazník buď samostatně, anebo s pomocí klíčových sociálních pracovníků.

Dotazník SVF 78 byl anonymní, jedinými vyžadovanými údaji byly věk a pohlaví. Sběr dotazníků se uskutečnil v období říjen až prosinec 2014. Ochranu osobních údajů jsem zajistila přiřazením anonymního kódu, sestávajícího z čísla, které reprezentuje pořadí účasti ve výzkumu, písmene M či Ž, jež označuje pohlaví daného účastníka, resp. klienta a také čísla označující věk.

Ve **druhé fázi** jsem v únoru 2015 realizovala polostrukturované interview s vedoucím sociálním pracovníkem českobudějovického pracoviště, jež jsem zaznamenávala na diktafon, následně ho přepsala a uvádím jej v Příloze č. 2. Polostrukturované interview probíhalo na pracovišti českobudějovického sdružení Fokus a trvalo přibližně 60 minut.

V rámci interview jsem dodržela předem danou strukturu otázek. Během interview ovšem velmi často docházelo u dotazovaného k rozšiřování odpovědí k dalším tématům, která nebyla součástí původní struktury, ale která byla významná pro doplnění celkového obrazu zkoumané problematiky. Příležitosti jsem proto využila a na vyslovené informace jsem se dále dotázala.

## 10. Metody získávání a analýzy dat

Prvním nástrojem získávání dat byl dotazník Strategii zvládání stresu SVF 78. Ve druhé fázi se jednalo o strukturovaný rozhovor. Pro analýzu získaných dat byla nejvhodnější metoda prostého výčtu, jejímž prostřednictvím vyjadřujeme vlastnost určitého jevu, např. frekvenci či intenzitu výskytu daného jevu, či poměr výskytu tohoto jevu k jinému (Miovský, 2006). Této metody je využito napříč celým výzkumem, jak u vyhodnocení strategií zvládání stresu, tak u vyhodnocení výzkumných otázek v interview.

### 10.1.SVF 78

Wilhelm Janke a Gisela Erdmannová vytvořili dotazník, jež umožňuje zachytit škálu způsobů, které jedinec uplatňuje při zvládání zátěžových situací. Aktuální verze SVF 78 je zkrácenou verzí původního dotazníku Strategie zvládání stresu SVF 120. Dotazník upravil a přeložil Jiří Švancara v roce 2003. Principem dotazníku je doplnění jeho 78 položek, které jsou vztaheny k základnímu výroku: „Když jsem něčím nebo někým poškozen/a, vnitřně rozrušen/a...“. Proband doplněním základního výroku vyjadřuje míru souhlasu s položkami formou pětibodové stupnice (0 - vůbec ne, 1 - spíše ne, 2 - možná, 3 - pravděpodobně, 4 - velmi pravděpodobně).

#### 10.1.1.Teoretické základy dotazníku SVF 78

1. Psychické a somatické změny („stres“), nastupující nebo očekávané v zátěžových situacích („stresory“), se nepojímají pasivně, nýbrž jako odpovědi směřující k tomu, aby byla dosažena výchozí psychosomatická úroveň, nebo aby se zamezila větší odchylka od výchozího stavu.
2. Způsoby zpracování stresu, které jedinec užívá, se chápou jako „habituální“ rysy osobnosti, tzn. že jsou relativně stabilní v čase („časová konstanta“).
3. Způsoby, které jedinec při zpracování stresu užívá jsou relativně nezávislé na druhu zátěžové situace („situační konstanta“).
4. Způsoby, jichž určitý jedinec užívá při zpracování, resp. zvládání stresu, jsou relativně nezávislé na druhu reakce na zátěž (reakční konstanta).

5. Korelačně lze rozlišit více relativně nezávislých způsobů užitých při zpracování stresu („multidimenzionalita“).
6. Způsoby zpracování stresu jsou nejen navzájem rozlišitelné, ale nejsou zcela nebo rozhodujícím způsobem určovány jinými osobnostními charakteristikami („nezávislost, případně samostatnost“).
7. Jako dotazníková metoda vychází SVF z předpokladu, že strategie určité osoby při zpracování stresu jsou natolik vědomé, že se lze na ně pomocí verbálních technik dotázat.

Tento dotazník je podložen poměrně vysokou vnitřní konzistencí i vysokými reliabilitami pro celý standardizační soubor včetně jednotlivých pohlaví. Souhrnné hodnoty každého subtestu, označované také jako hrubý skóre subtestu, lze převést dle norem na T-hodnoty (T-skóre), jež umožňují posuzovat výsledky jedince vzhledem ke skórum jiných osob.

### 10.1.2. Popis subtestů

Dotazník SVF 78 je rozdělen do 13 subtestů viz. Tab. 1.

Název subtestu	Charakteristika
1. Podhodnocení	Ve srovnání s ostatními si přisuzovat menší míru stresu.
2. Odmítání viny	Zdůraznit, že nejde o vlastní odpovědnost.
3. Odklon	Odklon od zátěžových aktivit/situací, případně příklon k situacím inkompatibilním se stresem.
4. Náhradní uspokojení	Obrátit se k pozitivním aktivitám/situacím.
5. Kontrola situace	Analyzovat situaci, plánovat a uskutečnit jednání za účelem kontroly a řešení problému.
6. Kontrola reakcí	Zajistit nebo udržet kontrolu vlastních reakcí.
7. Pozitivní sebeinstrukce	Přisuzovat sobě kompetenci a schopnost kontroly.
8. Potřeba sociální opory	Přání zajistit si pohovor, sociální oporu a pomoc.
9. Vyhýbání se	Předsevzetí zamezit zátěžím nebo se jim vyhnout.
10. Úniková tendence	Tendence (rezignační) vyváznout ze zátěžové situace.
11. Perseverace	Nedokázat se myšlenkově odpoutat, dlouho přemítat.
12. Rezignace	Vzdávat se s pocitem bezmocnosti, beznaděje.
13. Sebeobviňování	Připisovat zátěže vlastnímu chybnému jednání.

Celková hodnota pozitivních strategií (POZ), tj. strategií vedoucích k redukci stresu se určí jako aritmetický průměr hrubých skóre prvních sedmi subtestů (Podhodnocení, Odmítání viny, Odklon, Náhradní uspokojení, Kontrola situace, Kontrola reakcí, Pozitivní sebeinstrukce). Celková hodnota negativních strategií (NEG), tj. strategií vedoucích k zesílení stresu se pak určí jako aritmetický průměr hrubých skóre čtyř posledních subtestů (Úniková tendence, Perseverace, Rezignace, Sebeobviňování). Konkrétní přehled výsledků viz kapitola 11.

V rámci pozitivních strategií se rozlišují ještě další tři podkategorie strategií, které se určí aritmetickým průměrem svých hrubých skóre. Jako první jsou strategie Podhodnocení a Odmítání viny, další jsou strategie Odklonu a Náhradního uspokojení a jako poslední strategie Kontrola situace, Kontrola reakcí a Pozitivní sebeinstrukce.

## **10.2. Polostrukturované interview**

Pro verifikaci kvantitativních dat byl zvolen polostrukturovaný rozhovor. Jak uvádí Miovský (2006), v úvodní fázi vytváří výzkumník okruhy otázek, které posléze bude s respondenty při rozhovoru probírat. Není však zcela vázán pouze pevnou strukturou, ale může např. měnit pořadí otázek. Změnu pořadí přizpůsobuje okolnostem – tj. podle toho, jak celý rozhovor probíhá. K základním otázkám je možné doplnit i další týkající se nových témat.

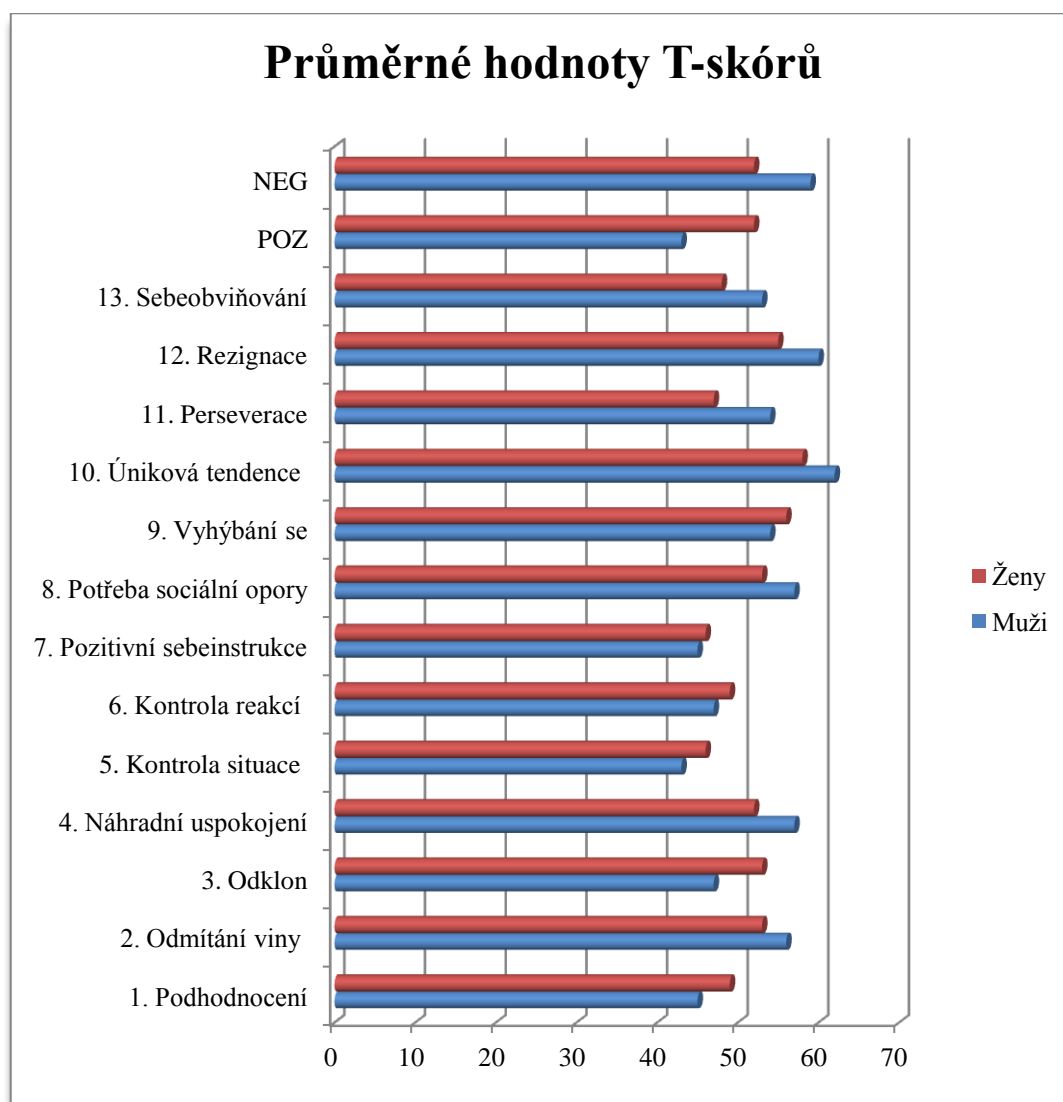
Následující otázky byly součástí předem daného schématu (viz Příloha č. 2):

1. Mohl byste charakterizovat problémy klientů vašeho sdružení v každodenním životě? Řekl byste, že můžete pozorovat nějaké společné znaky?
2. Jaké strategie zvládání stresu, potažmo nemoci jako celku pozorujete u vašich klientů? Mohl byste i říct, že se dá zase eventuálně nějak generalizovat? A jak se eventuálně mezi sebou liší ženy a muži?
3. S jakou službou máte pozitivní zkušenosti ve snaze pomoci lidem zvládat stres a duševní onemocnění?
4. Jakým způsobem reflektujete potřeby klientů a jejich zpětnou vazbu?
5. Kdy vzniklo sdružení Fokus, na jakém základě odvíjí toho sdružení svou filozofii a čím se řídí ve svém vývoji?

## 11. Výsledky

Z výsledků testu lze získat hrubé skóry pro každý subtest, tyto původní získané hodnoty lze dále převést na tzv. T-skóry, jež umožňují posuzovat výsledky jedince vzhledem ke skórum jiných osob, tzn. představují plošnou transformaci v populaci. Právě na základě T-skóru jsem prováděla výslednou analýzu. Graf níže (viz Graf 3.) uvádí průměrné hodnoty T- skóru jednotlivých subtestů zvlášť pro ženy a pro muže.

Graf 3. – Průměrné hodnoty T – skóru



## 11.1. Vyhodnocení hypotéz

**Hypotéza 1:** Soubor bude statisticky významně vykazovat převahu negativních strategií nad pozitivními.

### Postup

Vzhledem k tomu, že spolu chceme porovnávat pozitivní a negativní výsledky strategií jednotlivých probandů, kde se vyskytují hodnoty v párech, volím **levostranný párový T-test** ke komparaci průměrů, který vyžaduje odstranění párů, ve kterých chybí jeden z údajů (jelikož bychom hodnoty neměli s čím porovnávat). Hladinu významnosti, na které budeme hodnotit test, stanovíme na klasických 5%.

### 1) Párový levostranný T-test

#### 1.1) Stanovení hypotéz

Nulová hypotéza	$H_0: \mu_p = \mu_n$
Alternativní hypotéz	$H_1: \mu_p < \mu_n$

$\mu_p$ ..... stř. hodnota poz. strat.
$\mu_n$ ..... stř. hodnota neg. strat.

#### 1.2) Určení kritického oboru

Pomocí funkce TINV v programu MS EXCEL jsem převedla zvolenou hladinu významnosti:  $\alpha = 5\%$ , při stupních volnosti:  $SV = n - 1 = 26 - 1 = 25$ , na hodnotu studentova rozdělení:

$$= TINV(2 * 0,05; 25) = 1,70814075 \doteq 1,70814$$

Kritický obor:  $W = (-\infty; -1,70814)$



### 1.3) Hodnota testové statistiky

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{s^*} = \frac{48 - 57}{21,239} \doteq -2,142$$

$\bar{x}_1$  ..... aritm. průměr 1. vzorku  
 $\bar{x}_2$  ..... aritm. průměr 2. vzorku  
 $s^*$  ..... výběr. směrodatná odchylka  
z rozdílu všech párů

### 1.4) Převod testového kritéria na pravděpodobnost

Pomocí funkce TDIST v programu MS EXCEL jsem převedla získanou hodnotu testové statistiky  $t$  při stupních volnosti:  $SV = 25$ , na pravděpodobnost ( $p - value$ ):

$$= TDIST(ABS(-2,142); 25; 1) = 0,02105305 \doteq 0,0211 = 2,11\%$$

Získaná hladina významnosti,  $p - value = 2,11\%$

### 1.5) Hodnocení hypotéz

Jelikož tedy hodnota testové statistiky **patří** do kritického oboru a získaná hladina významnosti je **menší** než zvolená hladina významnosti [  $t \in K$ ,  $p \leq \alpha$  ], zamítáme  $H_0$  ve prospěch  $H_1$ , tudíž na základě dostupných dat, na zvolené hladině významnosti  $\alpha = 5\%$ , můžeme potvrdit naši hypotézu, že soubor bude statisticky signifikantně vykazovat převahu negativních strategií nad pozitivními.

**Hypotéza 2:** Soubor žen dosáhne statisticky vyššího skóre v subtestu Perseverace ve srovnání s muži.

### Postup

V tomto případě se jedná o 2 nezávislé soubory dat, proto zvolím **dvouvýběrový nezávislý T-test**. Před jeho aplikací je vyžadováno určení, zda se jedná o homoskedasticitu (shodu rozptylů) či heteroskedasticitu (odlišnost rozptylů), o které rozhodneme pomocí **F-testu**. Hladinu významnosti obou testů volíme na klasických 5%.

### 1) Pomocný F-test na shodu rozptylů

#### 1.1) Stanovení hypotéz

Nulová hypotéza	$H_0: \sigma_1^2 = \sigma_2^2$
Alternativní hypotéz	$H_1: \sigma_1^2 \neq \sigma_2^2$

$\sigma_1^2$ ..... rozptyl mužů
$\sigma_2^2$ ..... rozptyl žen

#### 1.2) Určení kritického oboru

Pomocí funkce FINV v programu MS EXCEL jsem převedla zvolenou hladinu významnosti:  $\alpha = 5\%$ , při stupních volnosti:

$$SV_1 = m - 1 = 17 - 1 = 16,$$

$$SV_2 = n - 1 = 12 - 1 = 11,$$

na hodnotu Fisherova rozdělení:

$$= FINV\left(1 - \frac{0,05}{2}; 16; 11\right) = 0,340866592 \doteq 0,34087$$

$$= FINV\left(\frac{0,05}{2}; 16; 11\right) = 3,304394614 \doteq 3,30439$$

Kritický obor:  $W = (-\infty; 0,34087) \cup (3,30439; \infty)$

### 1.3) Hodnota testové statistiky

$$f = \frac{s_1^2}{s_2^2} = \frac{95,015}{120,811} \doteq \mathbf{0,786}$$

$s_1^2$ ..... výběr. rozptyl 1. vzorku
$s_2^2$ ..... výběr. rozptyl 2. vzorku

### 1.4) Převod testového kritéria na pravděpodobnost

Pomocí funkce FDIST v programu MS EXCEL jsem převedla získanou hodnotu testové statistiky  $f$  při stupních volnosti:  $SV_1 = 16$ ,  $SV_2 = 11$ , na pravděpodobnost ( $p - value$ ):

$$= FDIST(0,786; 16; 11) = \dots = 0,64353689 \doteq 0,6435 = 64,35\%$$

Získaná hladina významnosti,  $p - value = 64,35\%$

### 1.5) Hodnocení hypotéz

Jelikož tedy hodnota testové statistiky **nepatří** do kritického oboru a získaná hladina významnosti je **větší** než zvolená hladina významnosti [ $f \notin K$ ,  $p > \alpha$ ], nezamítáme  $H_0$  ve prospěch  $H_1$ , tudíž na základě dostupných dat, na zvolené hladině významnosti  $\alpha = 5\%$ , nelze prokázat signifikantní rozdíl mezi rozptyly, tedy rozptyly se přibližně shodují. Můžeme pokračovat **dvouvýběrovým nezávislým t-testem se shodnými rozptyly**.

## 2) Dvouvýběrový nezávislý T-test se shodnými rozptyly

### 2.1) Stanovení hypotéz

Nulová hypotéza	$H_0: \mu_m = \mu_z$
Alternativní hypotéz	$H_1: \mu_m < \mu_z$

$\mu_m$ ..... střední hodnota mužů
$\mu_z$ ..... střední hodnota žen

## 2.2) Určení kritického oboru

Pomocí funkce TINV v programu MS EXCEL jsem převedla zvolenou hladinu významnosti:  $\alpha = 5\%$ , při stupních volnosti:  $SV = m + n - 2 = 17 + 12 - 2 = 27$ , na hodnotu studentova rozdělení:

$$= TINV(2 * 0,05; 27) = 1,70328842 \doteq 1,70329$$

Kritický obor:  $W = (-\infty; -1,70329)$

## 2.3) Hodnota testové statistiky

$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{s^*} * \sqrt{\frac{m * n}{m + n}}$	$s^* = \sqrt{\frac{(m - 1) * s_1^2 + (n - 1) * s_2^2}{m + n - 2}}$
$t = \frac{53,529 - 46,583}{10,27249467} * \sqrt{\frac{17 * 12}{17 + 12}}$ $= 1,793411057$	$s^* = \sqrt{\frac{(17 - 1) * 95,02 + (12 - 1) * 120,81}{17 + 12 - 2}}$ $= 10,27249467$

## Legenda

$\bar{x}_1$ .....	aritm. průměr prvního vzorku
$\bar{x}_2$ .....	aritm. průměr druhého vzorku
$s^*$ .....	přepočítaná výběrová směrodatná odchylka
$s_1^2$ .....	výběrový rozptyl prvního vzorku
$s_2^2$ .....	výběrový rozptyl druhého vzorku
$m$ .....	rozsah prvního vzorku
$n$ .....	rozsah druhého vzorku

#### 2.4) Převod testového kritéria na pravděpodobnost

Pomocí funkce TDIST v programu MS EXCEL jsem převedla získanou hodnotu testové statistiky  $t$  při stupních volnosti:  $SV = 27$ , na pravděpodobnost ( $p - value$ ):

$$= TDIST(ABS(1,793); 27; 1) = 0,04205830 \doteq 0,0421 = 4,21\%$$

Jelikož testové kritérium vyšlo kladně oproti zápornému kritickému oboru, je nutné převrátit  $p - value$ :  $1 - 0,0421 = 0,9579 = 95,79\%$

Získaná hladina významnosti,  $p - value = 95,79\%$

#### 2.5) Hodnocení hypotéz

Jelikož tedy hodnota testové statistiky **nepatří** do kritického oboru a získaná hladina významnosti je **větší** než zvolená hladina významnosti [  $t \notin K$ ,  $p > \alpha$  ], nezamítáme  $H_0$  ve prospěch  $H_1$ , tudíž na základě dostupných dat, na zvolené hladině významnosti  $\alpha = 5\%$ , **nemůžeme potvrdit naši hypotézu**, že soubor žen dosáhne statisticky vyššího skóre v subtestu Perseverace ve srovnání s muži.

**Hypotéza 3:** Soubor žen dosáhne statisticky vyššího skóre v subtestu Potřeby sociální opory ve srovnání s muži.

### Postup

V tomto případě se jedná o 2 nezávislé soubory dat, proto zvolím **dvouvýběrový nezávislý T-test**. Před jeho aplikací je vyžadováno určení, zda se jedná o homoskedasticitu (shodu rozptylů) či heteroskedasticitu (odlišnost rozptylů), o které rozhodneme pomocí **F-testu**. Hladinu významnosti obou testů volíme na klasických 5%.

### 1) Pomocný F-test na shodu rozptylů

#### 1.1) Stanovení hypotéz

Nulová hypotéza	$H_0: \sigma_1^2 = \sigma_2^2$
Alternativní hypotéz	$H_1: \sigma_1^2 \neq \sigma_2^2$

$\sigma_1^2$ ..... rozptyl mužů
$\sigma_2^2$ ..... rozptyl žen

#### 1.2) Určení kritického oboru

Pomocí funkce FINV v programu MS EXCEL jsem převedla zvolenou hladinu významnosti:  $\alpha = 5\%$ , při stupních volnosti:

$$SV_1 = m - 1 = 16 - 1 = 15,$$

$$SV_2 = n - 1 = 13 - 1 = 12,$$

na hodnotu Fisherova rozdělení:

$$= FINV\left(1 - \frac{0,05}{2}; 15; 12\right) = 0,337463618 \doteq 0,33746$$

$$= FINV\left(\frac{0,05}{2}; 15; 12\right) = 3,177201107 \doteq 3,1772$$

Kritický obor:  $W = (-\infty; 0,33746) \cup (3,1772; \infty)$

### 1.3) Hodnota testové statistiky

$$f = \frac{s_1^2}{s_2^2} = \frac{95,163}{144,103} \doteq 0,66$$

$s_1^2$  ..... výběr. rozptyl 1. vzorku

$s_2^2$  ..... výběr. rozptyl 2. vzorku

### 1.4) Převod testového kritéria na pravděpodobnost

Pomocí funkce FDIST v programu MS EXCEL jsem převedla získanou hodnotu testové statistiky  $f$  při stupních volnosti:  $SV_1 = 15$ ,  $SV_2 = 12$ , na pravděpodobnost ( $p - value$ ):

$$= FDIST(0,66; 15; 12) = \dots = 0,442975733 \doteq 0,443 = 44,3\%$$

Získaná hladina významnosti,  $p - value = 44,3\%$

### 1.5) Hodnocení hypotéz

Jelikož tedy hodnota testové statistiky **nepatří** do kritického oboru a získaná hladina významnosti je **větší** než zvolená hladina významnosti [ $f \notin K$ ,  $p > \alpha$ ], nezamítáme  $H_0$  ve prospěch  $H_1$ , tudíž na základě dostupných dat, na zvolené hladině významnosti  $\alpha = 5\%$ , nelze prokázat signifikantní rozdíl mezi rozptyly, tedy rozptyly se přibližně shodují. Můžeme pokračovat **dvouvýběrovým nezávislým t-testem se shodnými rozptyly**.

## 2) Dvouvýběrový nezávislý T-test se shodnými rozptyly

### 2.1) Stanovení hypotéz

Nulová hypotéza	$H_0: \mu_m = \mu_z$
Alternativní hypotéz	$H_1: \mu_m < \mu_z$

$\mu_m$  ..... střední hodnota mužů

$\mu_z$  ..... střední hodnota žen

## 2.2) Určení kritického oboru

Pomocí funkce TINV v programu MS EXCEL jsem převedla zvolenou hladinu významnosti:  $\alpha = 5\%$ , při stupních volnosti:  $SV = m + n - 2 = 16 + 13 - 2 = 27$ , na hodnotu studentova rozdělení:

$$= TINV(2 * 0,05; 27) = 1,70328842 \doteq 1,70329$$

Kritický obor:  $W = (-\infty; -1,70329)$

## 2.3) Hodnota testové statistiky

$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{s^*} * \sqrt{\frac{m * n}{m + n}}$	$s^* = \sqrt{\frac{(m - 1) * s_1^2 + (n - 1) * s_2^2}{m + n - 2}}$
$t = \frac{56,688 - 53,462}{10,81266108} * \sqrt{\frac{16 * 13}{16 + 13}}$ $= 0,799022968$	$s^* = \sqrt{\frac{(16 - 1) * 95,02 + (13 - 1) * 120,81}{16 + 13 - 2}}$ $= 10,81266108$

## Legenda

$\bar{x}_1$ .....	aritm. průměr prvního vzorku
$\bar{x}_2$ .....	aritm. průměr druhého vzorku
$s^*$ .....	přepočítaná výběrová směrodatná odchylka
$s_1^2$ .....	výběrový rozptyl prvního vzorku
$s_2^2$ .....	výběrový rozptyl druhého vzorku
$m$ .....	rozsah prvního vzorku
$n$ .....	rozsah druhého vzorku



#### 2.4) Převod testového kritéria na pravděpodobnost

Pomocí funkce TDIST v programu MS EXCEL jsem převedla získanou hodnotu testové statistiky  $t$  při stupních volnosti:  $SV = 27$ , na pravděpodobnost ( $p - value$ ):

$$= TDIST(ABS(0,799); 27; 1) = 0,21562513 \doteq 0,2156 = 21,56\%$$

Jelikož testové kritérium vyšlo kladně oproti zápornému kritickému oboru, je nutné převrátit  $p - value$ :  $1 - 0,2156 = 0,7844 = 78,44\%$

Získaná hladina významnosti,  $p - value = 78,44\%$

#### 2.5) Hodnocení hypotéz

Jelikož tedy hodnota testové statistiky **nepatří** do kritického oboru a získaná hladina významnosti je **větší** než zvolená hladina významnosti [ $t \notin K, p > \alpha$ ], nezamítáme  $H_0$  ve prospěch  $H_1$ , tudíž na základě dostupných dat, na zvolené hladině významnosti  $\alpha = 5\%$ , nemůžeme potvrdit naši hypotézu, že soubor žen dosáhne statisticky vyššího skóre v subtestu Potřeby sociální opory ve srovnání s muži.

## 11.2. Vyhodnocení výzkumných otázek

*Výzkumná otázka č. 1: Jaké jsou nejobvyklejší obtíže klientů občanského sdružení Fokus v každodenním životě?*

Jak vyplývá z rozhovoru, nejobvyklejší obtíže klientů spočívají především v tvorbě a udržování mezilidských vazeb. Největší roli v této problematice hrají vysoká míra stigmatizace a taktéž specifika prožívání osob s duševním onemocněním komplikující komunikaci s okolím. Mnohdy tato nedorozumění vedou i ke ztrátě kontaktu s blízkými osobami. Další oblastí, která je úzce spojena s dalšími, jsou finance. Mnoho klientů občanského sdružení Fokus má nízké invalidní důchody, někteří výjimečně dostávají příspěvky na péči.

*Výzkumná otázka č. 2: Jaké jsou nejčastější strategie zvládání stresu klientů občanského sdružení Fokus?*

Ač strategie zvládání stresu jsou u klientů různé, převládá především forma „*stáhnutí se do ulity*“, „*schování se před světem*“. Mnozí s klientů operují s množstvím medikace, ať už za přítomnosti ošetřujícího lékaře nebo formou samoléčby. Pozitivními strategiemi jsou různé aktivity, které už klient provozoval před propuknutím nemoci nebo se k nim v průběhu léčby navrácí. Pokud např. některý z klientů sportoval, možnou strategií je jít si zaběhat nebo vyjít ven na procházku. Smyslem aktivity je zkrátka „zlomit“ onen nepříjemný stav. Těchto lidí, využívajících tu pozitivní formu zvládání je ovšem minimum. Naopak nejméně užívanou strategií se jeví vyhledávání společnosti ostatních lidí, kromě klientů s bipolární afektivní poruchou, jež ve fázi mánie mohou mít sklony vyhledávat další osoby. Co se týče významných rozdílů mezi muži a ženami, není patrný jasný rozdíl v preferenci odlišných strategií.

*Výzkumná otázka č. 3: Jakým způsobem ovlivňuje psychiatrická rehabilitace, poskytovaná občanským sdružením Fokus, strategie zvládání stresu u svých klientů?*

Hlavní myšlenkou, která taktéž souvisí s celou filosofií sdružení je nalezení vhodného výsledku spolupráce, který bude individuálně kompatibilní s přáními každého

jednotlivého klienta/klientky. Cíl, ke kterému chce klient/klientka dojít, určuje především on sám/ona sama... „*takže to je o nějakém ideálním stavu, ke kterému se kráčí a který určí klient*“. Technikami či způsoby, kterým se tento proces uskutečňuje je např. nácvik („*Třeba pokud uvedu příklad, tak pro někoho je ideální stav, že zvládne nákup ve tři odpoledne. Ve tři není úplná špička, protože lidé končí v práci, třeba někdy až ve čtyři, v půl páté začíná už být skutečně narváno... A volí se nějaké stupně, které chceme od toho člověka vědět. Takže už je to i o tom, že člověk dokáže dojet hromadnou dopravou do toho obchodu, zvládne ten nákup odnést...*“), motivační rozhovory nebo individuální rozhovory klíčových pracovníků s jednotlivými klienty. Negativní strategie zvládání stresu se snaží sociální pracovníci reflektovat a formou pořádání rozličných aktivit a akcí napomáhat klientům navracet se do běžného života. Právě o kontakt s běžnou populací mnoho klientů má velký zájem. Jedním ze způsobů pomoci navracet se zpátky do běžné společnosti, je např. obnova vazby klienta na běžnou společnost, kterou měl v minulosti, pokud došlo k jejímu narušení. Touto cestou jsou klienti podporováni, aby mohli navštěvovat různé komunity lidí se společnými zájmy (dobrovolní hasiči, sbory atd.). Dalším způsobem jsou právě aktivity konající se v rámci sdružení Fokus (...*“Ti, kteří třeba už nikoho nemají, jsou úplně sami, pokud to zaženu do extrému, tak hledají nějaké jiné způsoby, třeba právě přes Fokus. Zkoušeli jsme různé aktivity, jako třeba chození do kina, do divadla, na fotbal... Kde ti lidé mají zase možnost potkat jiné lidi. Sice tam jdou v nějaké skupině, ta ale není nijak pevně definována...*“) (viz Příloha č. 2).

## 12. Shrnutí výsledků

Nejpočetněji užívaná strategie, dle výsledných průměrů T-skórů v dotazníku SVF 78, byla Úniková tendence a to u obou pohlaví. Tento fakt reflektuje i Tomáš Trajer, jež hovoří o „*stažení se do ulity*“ či „*schování se před světem*“. Právě tyto negativní strategie a snaží sociální pracovníci reflektovat a naopak se snaží všemu dostupnými prostředky pomáhat klientů navracet se zpět do běžné společnosti. U strategie Úniková tendence, která je ve výzkumném vzorku užívána nejvíce, Janke a Erdmannová (2008) podotýkají, že právě tato strategie má výrazně rezignační ráz, která se pojí se sníženou pohotovostí nebo schopností čelit zátěžové situaci. Vysoká korelace subtestu Únikové tendence se subtesty Sociální uzavřenosti, Rezignace a Sebelítosti je toho důkazem.

U žen se na druhém místě objevila strategie Vyhýbání se a třetí nejpočetnější byla Rezignace. U mužů se na druhém místě objevila Rezignace a na třetím místě se objevily pozitivní strategie Potřeba sociální opory a Náhradní uspokojení.

Naopak na posledním místě, resp. jako nejméně užívané strategie, se ukázaly u mužů Kontrola situace, u žen se taktéž jednalo o Kontrolu situace a na stejné pozici se umístily Pozitivní sebeinstrukce. U strategie Kontrola situace Janke a Erdmannová (2008) hovoří, že právě tato strategie je považována za zvláště konstruktivní, jelikož dokazuje tendenci získat kontrolu nad zátěžovými situacemi. Co se týče Pozitivní sebeinstrukce, ta zachycuje, v jaké míře mají jedinci sklon přisuzovat kompetenci sobě a dodávat si odvalu v zátěžových situacích.

### 12.1. Porovnání výsledků hypotéz a výzkumných otázek

**Hypotéza 1:** *Soubor bude statisticky signifikantně vykazovat převahu negativních strategií nad pozitivními -> **Potvrzeno.***

V **první části** se potvrdil předpoklad, že výzkumný vzorek, jež sdružoval osoby s diagnózou psychotického onemocnění využívá ve větším množství negativní strategie. Nejčastěji užívanou strategií, dle průměrných T-skórů se u obou pohlaví, prokázala Úniková tendence.

Toto tvrzení taktéž potvrzuje výsledek **druhé části** výzkumu, kdy z rozhovoru jasně vyplývá, že velmi frekventovanou strategií je právě únik.

**Hypotéza 2:** *Soubor žen dosáhne statisticky vyššího skóre v subtestu Perseverace ve srovnání s muži.* -> **Nepotvrzeno.**

Ač literatura hovoří ve prospěch této hypotézy, nepodařilo se jí v rámci **první části** tohoto výzkumu potvrdit.

Z **druhé části** výzkumu vyplynulo, že ze zkušenosti občanského sdružení Fokus žádné významné rozdíly v užití jednotlivých strategií nevyplývají.

**Hypotéza 3:** *Soubor žen dosáhne statisticky vyššího skóre v subtestu Potřeba sociální opory ve srovnání s muži.* -> **Nepotvrzeno.**

Jako v předchozím případě platí fakt, že ač literatura zmiňuje převahu toto typu strategie u žen, náš **první část** výzkumu tuto skutečnost nepotvrdila. Naopak se v celkovém souhrnu výsledných průměrů T-skórů objevila na třetím místě v počtu nejvíce užívaných strategií Potřeba sociální opory u mužů, nikoliv u žen.

Opět **druhá část** výzkumu o žádných významných rozdílech v užívání strategií u mužů a žen nehovoří.

## 13. Diskuse

Jak již bylo řečeno v úvodu praktické části, z důvodu nízkého počtu účastníků, se jednalo o tzv. předvýzkum. To znamená, že záměrem této studie tedy není generalizovat získaná data, ale poskytnout informace potřebné k získání vhledu do dané problematiky, o doporučení, jakým způsobem data zpracovávat, a jak se vyhnout případným komplikacím při realizaci rozsáhlejšího výzkumu. Výzkum byl realizován u klientů občanského sdružení Fokus v Českých Budějovicích, Písku a Táboře.

Výzkumná část, která byla uskutečněna formou kombinovaného výzkumu a měla několik úskalí, kterým bych se nyní chtěla věnovat. Vzhledem k tomu, že předmětem první fáze mého výzkumného zájmu byla specifická skupina osob, bylo zapotřebí oslovit prostředníka, který by kontakt s lidmi s psychotickým onemocněním zprostředkoval. To se tedy díky spolupráci s občanským sdružením Fokus podařilo. Výzkumný soubor byl tedy ovšem pro svou specifičnost vybrán metodou záměrného výběru přes instituci, což znamenalo omezení reprezentativnosti vzorku. Primární oslovení klientů se uskutečnilo právě přes sociální pracovníky instituce. To se na začátku jevilo jako výhodné, vzhledem k potřebě získat co možná největší množství vyplněných dotazníků. Já osobně jsem tak na úvodní motivaci k vyplnění dotazníků neměla vliv – především pro dodržení ochrany osobních údajů. Původní odhad, který byl ovšem jedenkrát vyšší než je výsledný počet vyplněných dotazníků, se i přesto nenaplnil. Průběh výzkumu mohl být taktéž zkreslen z důvodu, že části klientů byl dotazník předcítán a nevyplňovali ho tedy zcela samostatně. Této skutečnosti se dalo zabránit jedině stanovením další podmínky účasti na výzkumu, tedy, že každý ze zúčastněných by měl zvládnout dotazník vyplnit samostatně. Tím by se ale snížil počet vyplněných dotazníků a výzkum by tak nebylo možné realizovat. Dalším předmětem diskuze jsou interferující vlivy, které se mohly vyskytnout v případě vyplňování dotazníků v Českých Budějovicích a Písku, kde jsem u vyplňování dotazníků nebyla osobně a nemohla tak zajistit adekvátní podmínky.

Ve druhé části jsem realizovala polostrukturované interview. Podstatou bylo především porovnání výsledků první fáze se zkušenostmi občanského sdružení, tedy zajištění validity formou získání informací z odlišných zdrojů. Rozhovor byl uskutečněn s vedoucím sociálním pracovníkem, který reprezentoval danou instituci. Realizace

většího množství interview by bylo v tomto případě příhodné, protože by se tím výzkum rozšířil do dalších dimenzí. Pro skutečně reprezentativní vzorek by bylo ovšem významné uskutečnit rozhovory se sociálními pracovníky ze všech tří pracovišť, jejichž klienti byli účastníky výzkumu. Pro větší konzistentnost by tak jistě bylo přínosné porovnání zkušeností jednotlivých sociálních pracovníků, jejich analýza a následné porovnání s výsledky první části výzkumu.

Kombinace použitých metod, dotazník SVF 78 a polostrukturovaného interview, se tedy jeví jako vyhovující. Pouze dotazník SVF 78 by bylo třeba nahlédnout kritičtěji. U tohoto dotazníku je nevýhoda v opakujících se formulcích (ač se vyskytují v obměněné podobě, tak jsou významově shodné). Samozřejmě chápu jejich význam, ale tento fakt byl skutečně problematický, především pokud na tento jev upozorňovali sami participující účastníci výzkumu. Částečně to narušovalo konzistentnost průběhu získávání dat.

Co se týče porovnání výsledků tohoto výzkumu s výsledky jiných studií, např. Kutřínová (2008) ve své diplomové práci zabývající se copingovými strategie klientů kontaktního centra konstatuje, že se jako nejčastější copingové strategie v rámci dotazníku SVF 78 objevily Úniková tendence, Rezignace a Sebeobviňování. Právě Úniková tendence se objevila v mém výzkumu na prvním místě u obou pohlaví Rezignace u mužů na druhém místě.

Rozdíly ve strategiích mezi muži a ženami reflektuje ve své diplomové práci, zabývající se výkonovou motivací a strategiemi zvládnání stresu, Doležal (2009), který konstatuje, že jak v případě strategie Perseverance, tak v případě potřeby Sociální opory, vykazují ženy v těchto subtestech statisticky signifikantně vyšší skóry než muži. To se ovšem ani u jedné ze strategií, jež obsahovaly obě hypotézy, v mé studii nepotvrdilo. Nutno ovšem podotknout, že výzkumný vzorek v jeho práci čítal 315 osob a jeho reprezentativnost tak byla tedy mnohem vyšší.

Celkově tedy mohu konstatovat, že zabývat se dále tématem zkoumání strategií zvládnání stresu v rámci psychotického onemocnění má jistě široký potenciál, obzvláště téma genderových rozdílů v této problematice by mohlo být skutečně podnětným tématem k výzkumu.

## Závěr:

Tuto diplomovou práci lze tradičně rozdělit na dvě části, teoretickou a výzkumnou. Úvod práce nejprve stručně představuje výzkumnou oblast a krátce nastiňuje její myšlenkový základ. Strukturu teoretické části práce tvoří šest hlavních kapitol. Teoretická část se věnovala především popisu stresu a strategií jeho zvládnání v kontextu psychotického onemocnění, nesnažila jsem se věnovat podrobné teoretické analýze, dle mého názoru, poměrně podrobně a hlavně frekventovaně popsaným tématům, ale zasadit je do specifického kontextu.

Obsah další části, která se již týká výzkumu, se věnuje metodologii a popisuje ve svých podkapitolách cíle a fáze výzkumu. Vzhledem k tomu, že design výzkumu měl dvě fáze, každá z následujících kapitol slouží jako pevná struktura, v níž jsou popisovány obě fáze najednou. První fáze obsahovala sběru dotazníků SVF 78, jež jsou konstruovány ke zjištění převládajících strategií zvládnání stresu jednotlivých osob. Ve druhé fázi se uskutečnilo polostrukturované interview s vedoucím sociálním pracovníkem v Českých Budějovicích, jež sloužilo ke zjištění zkušeností sdružení Fokus, které bylo v tomto případě reprezentováno vedoucím pracovníkem.

Výzkumný soubor, který čítal 30 osob, jež jsou klienty občanského sdružení Fokus v Českých Budějovicích, Táboře a Písku. Dále se výzkumná část věnuje podrobnému popisu průběhu výzkumu, jež se skládal ze dvou fází. V první fázi jsem na žádost tábořského sdružení Fokus asistovala při vyplňování dotazníků klienty, v případě Českých Budějovic a Písku pomáhali probandům s vyplňováním dotazníků klíčoví sociální pracovníci. Ve druhé fázi jsem vedla polostrukturované interview, které jsem nahrávala na diktafon a následně přepsala (viz Příloha č. 2).

Výsledky ukazují, že nejpočetněji užívaná strategie, dle výsledných průměrů T-skóřů v dotazníku SVF 78, byla Úniková tendence a to u obou pohlaví. První hypotéza, předpokládající, že soubor bude statisticky signifikantně vykazovat převahu negativních strategií nad pozitivními, se potvrdila. Další dvě hypotézy, předpokládající, že soubor žen dosáhne statisticky vyššího skóre v subtestu Perseverace ve srovnání s muži a že soubor žen dosáhne statisticky vyššího skóre v subtestu Potřeba sociální opory ve



srovnání s muži, se nepotvrdily. O rozdílech ve strategiích mezi muži a ženami taktéž nehovoří ani výsledek druhé části výzkumu.

Z druhé části výzkumu vyplývá, že nejobvyklejší obtíže klientů spočívají především v tvorbě a udržování mezilidských vazeb. Největší roli v této problematice hrají vysoká míra stigmatizace a taktéž specifika prožívání osob s duševním onemocněním komplikující komunikaci s okolím. Ač strategie zvládání stresu jsou u klientů různé, převládá především forma „stáhnutí se do ulity“, „schování se před světem“. Mnozí s klientů operují s množstvím medikace, ať už za přítomnosti ošetřující lékaře nebo formou samoléčby. Pozitivními strategiemi jsou různé aktivity, které už klient provozoval před propuknutím nemoci nebo se k nim v průběhu léčby navrácí. Lidí, využívajících pozitivní formu zvládání je ovšem minimum. Negativní strategie zvládání stresu se snaží sociální pracovníci reflektovat a formou pořádání rozličných aktivit a akcí napomáhat klientům navracet se do běžného života. Hlavní myšlenkou, která taktéž souvisí s celou filosofií sdružení Fokus je nalezení vhodného výsledku spolupráce, který bude individuálně kompatibilní s přáními každého jednotlivého klienta/klientky. Cíl, ke kterému chce klient/klientka dojít, určuje především on sám/ona sama.

V diskusi je pozornost zaměřena na kritické zhodnocení této práce z různých úhlů pohledu (téma, metodika atd.) a na srovnávání výsledků z jiných výzkumů. Veškeré použité zdroje jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Práce je doplněna o přílohy.

# Použité zdroje:

## Literatura:

BAŠTECKÁ, Bohumila a Petr GOLDMANN. *Základy klinické psychologie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 436 s. ISBN 80-7178-550-4.

COHEN, Robert M. a STRUKOVÁ, Silvie. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002, 190 s. ISBN 80-7178-497-4.

DOLEŽAL, Martin. *Výkonová motivace a strategie zvládnání stresu*[online]. 2009 [cit. 14.4.2015]. Diplomová práce. Univerzita Palackého, Filozofická fakulta. Vedoucí práce Alena Plháková. Dostupné z: <http://theses.cz/id/eatfci/>

FERJENČÍK, Ján. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Vyd. 2. Přeložil Petr Bakalář. Praha: Portál, 2010, 255 s. ISBN 978-80-7367-815-9.

FURMANÍKOVÁ, Lada. *Osoby s kognitivním deficitem v důsledku schizofrenie jako cílová skupina speciální pedagogiky*. Ústí nad Labem, 2009.

GORDON, Barbara a Jitka BERÁNKOVÁ. *Tančím tak rychle, jak dokážu*. 2. vyd. Praha: Portál, 2011, 292 s. ISBN 978-80-7367-580-6.

HARTL, Petr., HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.

JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha : Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.

KALINA, Kamil. *Jak žít s psychózou*. 1. vyd. Praha: Portál. 2001, 247 s. ISBN 80-7178-563-6

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro.. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-774-4.

MAHROVÁ, Gabriela a VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 168 s. ISBN 978-80-247-2138-5.

- KUTŘÍNOVÁ, Laura. *Copingové strategie klientů kontaktního centra* [online]. 2008 [cit. 14.4.2015]. Diplomová práce. Univerzita Palackého, Filozofická fakulta. Vedoucí práce Miroslav Charvát. Dostupné z: <http://theses.cz/id/a3biyj/>
- MIOVSKÝ, Martin. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha, 2006: Grada Publishing. ISBN 80-247-1362-4.
- MOTLOVÁ, Lucie, KOUKOLÍK, František. *Schizofrenie: Neurologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-277-3.
- MOŽNÝ, Pavel. *Když se řekne psychóza*. Praha: Galén [online], 1999. [cit. 3. března 2015]. Dostupný na World Wide Web: <<http://sanity.cz/wp-content/uploads/psychoza.pdf>>
- PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 240 s. ISBN 978-80-247-2959-6.
- PĚČ, Ondřej, PROBSTOVÁ, Václava (eds.). *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. 1. vydání. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.
- PILGRIM, David. *Key concepts in mental health*, 2nd ed. London: SAGE, 2009, ix, 204 s. ISBN 978-1-84860-879-5
- PRAŠKO, Ján, BAREŠ, Martin, HORÁČEK, Jiří. *Léčíme se s psychózou*. Praha: Medical Tribune, 2005. ISBN 80-239-5482-2.
- PRAŠKO, Ján, HORÁČEK Jiří, ŠKRDLANTOVÁ, Lucie. *Psychoterapeutické přístupy v léčbě psychóz*. Praha [online], [cit. 4. dubna 2015]. Dostupný na World Wide Web <[http://files.kbt-pesek.cz/200000039-ccccfd15e/Psychoza\\_psychoterapeuticke%20pristupy%20cl%20Prasko%20a%20kol.pdf](http://files.kbt-pesek.cz/200000039-ccccfd15e/Psychoza_psychoterapeuticke%20pristupy%20cl%20Prasko%20a%20kol.pdf)>
- RABOCH, Jiří a ZVOLSKÝ, Petr. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. 662 s. ISBN 80-7262-140-8
- SAKS, Elyn R a Lenka NĚMEČKOVÁ. *Střed se hroutí zevnitř: mé putování šílenstvím*. V Praze: Triton, 2011, 334 s. ISBN 978-80-7387-470-4.
- SYŘIŠŤOVÁ, Eva. *Imaginární svět*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 1977, 166 s., [16] s. obr. příl.
- SYŘIŠŤOVÁ, Eva. *Puklý čas a smích absolutní vlády*. V češtině vyd. 2., Vyd. 1. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka, 2005, 186 s. ISBN 80-85880-40-7.

ŠTUKSOVÁ, Zuzana. : *Využití kognitivně - behaviorální terapie v ergoterapii poruch příjmu potravy* (bakalářská práce), Klinika rehabilitačního lékařství, Praha 2007

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.

VYMĚTAL, Jan. *Obecná psychoterapie*. Vyd. 1. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1997, 295 s. ISBN 80-86123-02-2.

WILKEN, Jean P., HOLLANDER, David. 1999. *Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci*.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *MKN–10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: 10. revize. Tabeleární seznam. 2. aktualizované vydání*. Praha: ÚZIS ČR, 2008. ISBN 92-4-154649-2.

ZAKOUŘILOVÁ, Eva. *Speciální techniky sociální terapie rodin*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014, 191 s. ISBN 978-80-262-0583-8

### Internetové články:

Faith B. Dickerson, Jewel Sommerwille, Andrea E. Origony, Norman B. Ringel and Frederick Parente. *Experiences of Stigma Among Outpatients With Schizophrenia*. Schizophr Bull (2002) 28 (1): 143-155.

Arboleda-Florez J. *What causes stigma?* World Psychiatry. 2002;1:25–6. PMID: 16946812. Web. 3 March 2015.

Shrivastava, Amresh, Megan Johnston, and Yves Bureau. “*Stigma of Mental Illness-1: Clinical Reflections*.” Mens Sana Monographs 10.1 (2012): 70–84. *PMC*. Web. 3 Mar. 2015.

Cooke, Michael et al. “*Insight, Distress and Coping Styles in Schizophrenia*.” Schizophrenia Research 94.1-3 (2007): 12–22. *PMC*. Web. 3 Mar. 2015.

# Přílohy:

**Příloha č. 1: Dotazník SVF 78**

**Příloha č. 2: Přepis rozhovoru s vedoucím sociálním pracovníkem**

## Příloha č. 1: Dotazník SVF 78

### DOTAZNÍK

#### SVF 78

Wilhelm Janke, Gisela Erdmannová

Jméno: .....

Věk: ..... Pohlaví:  muž  žena

Povolání: .....

Datum: .....

#### Pokyny ke zpracování dotazníku:

Dotazník obsahuje řadu výroků – způsobů, jak člověk může reagovat v situacích, kdy je něčím (někým) poškozen, nebo vnitřně rozrušen, nebo vyveden z míry.

Přečtěte si, prosím, každý výrok a uveďte, nakolik odpovídá Vašemu způsobu reagování. Svou odpověď označte přeškrtnutím (křížkem **X**) zvoleného čísla na škále od **0 (vůbec ne)**, po **4 (velmi pravděpodobně)**:

vůbec ne	spíše ne	možná	pravděpodobně	velmi pravděpodobně
0	1	2	3	4

#### Příklad:

V situaci, kdy jsem něčím (někým) poškozen(a) / nebo vnitřně rozrušen(a) / nebo vyveden(a) z míry ...

... zajdu navštívit dobré přátele nebo známé

vůbec ne	spíše ne	možná	pravděpodobně	velmi pravděpodobně
0	1	2	<b>X</b>	4

V tomto případě je označeno číslo **3 (pravděpodobně)**. To znamená, že „navštívit dobré přátele nebo známé“ pravděpodobně odpovídá Vašemu způsobu reagování v této situaci.

*Nevynechejte, prosím, žádný z uvedených výroků a při váhání se přikloňte vždy k vyjádření, které Vás nejlépe vystihuje.*

*Pokud omylem označíte jinou odpověď a chcete se opravit, označte křížkem **X** správnou odpověď a navíc ji i výrazně podtrhněte.*

*Pracujte plynule, ale pečlivě; nezdržujte se příliš u jednotlivých výroků. Ověřte prosím, zda jste vyplnil(a) údaje o Vás a začněte vyplňovat dotazník.*

V situaci, kdy jsem něčím (někým) poškozen(a) / nebo vnitřně rozrušen(a) / nebo vyveden(a) z míry ....	vůbec ne	spíše ne	možná	pravděpodobně	vůbec pravděpodobně
1) ... snažím se soustředit své myšlenky na něco jiného	0	1	2	3	4
2) ... řeknu si, že se nenechám vyvést z míry	0	1	2	3	4
3) ... snažím se, aby mě při řešení podpořil někdo jiný	0	1	2	3	4
4) ... cítím se nějak bezmocný(-á)	0	1	2	3	4
5) ... řeknu si, že si nemám co vyčítat	0	1	2	3	4
6) ... nemohu dlouhou dobu myslet na nic jiného	0	1	2	3	4
7) ... ptám se, co jsem už zase udělal(a) špatně	0	1	2	3	4
8) ... promyslím přesně své další jednání	0	1	2	3	4
9) ... chce se mi od toho utéct	0	1	2	3	4
10) ... řeknu si, že to vydržím	0	1	2	3	4
11) ... přemyslím, jak se příště nedostat do podobné situace	0	1	2	3	4
12) ... vyrovnám se s tím rychleji než ostatní	0	1	2	3	4
13) ... snažím se ujasnit si všechny detaily situace	0	1	2	3	4
14) ... přejdu k nějaké jiné činnosti	0	1	2	3	4
15) ... požádám někoho o radu, jak bych měl(a) postupovat	0	1	2	3	4
16) ... dám si něco dobrého k jídlu, něco co mám opravdu rád	0	1	2	3	4
17) ... pak o tom znovu a znovu přemyslím	0	1	2	3	4
18) ... řeknu si: „co nejrychleji pryč od toho“	0	1	2	3	4
19) ... mám špatné svědomí	0	1	2	3	4
20) ... řeknu si: „musíš se sebrat“	0	1	2	3	4
21) ... řeknu si, že si přece nemusím dělat výčitky svědomí	0	1	2	3	4
22) ... příště se takovým situacím hned při prvních náznacích vyhnu	0	1	2	3	4
23) ... mám tendenci hned ustoupit	0	1	2	3	4
24) ... jsem sám (sama) se sebou nespokojen(a)	0	1	2	3	4
25) ... podívám se na nějaký pěkný film	0	1	2	3	4
26) ... pomyslím si: „nedám se odradit“	0	1	2	3	4
27) ... musím o tom s někým mluvit	0	1	2	3	4

V situaci, kdy jsem něčím (někým) poškozen(a) / nebo vnitřně rozrušen(a) / nebo vyveden(a) z míry ....	vůbec ne	spíše ne	mnohdy	pravděpodobně	vůbec pravděpodobně
28) ... přepadají mne myšlenky na útěk	0	1	2	3	4
29) ... udělám vše, abych odstranil(a) příčinu	0	1	2	3	4
30) ... jsem rád(a), že nejsem tak přecitlivělý(-á) jako druzí	0	1	2	3	4
31) ... zabývám se pak touto situací ještě dlouho	0	1	2	3	4
32) ... dělám něco, co mě od toho odvádí	0	1	2	3	4
33) ... umím si, že se příště takovým situacím vyhnu	0	1	2	3	4
34) ... snažím se potlačit své rozrušení	0	1	2	3	4
35) ... řeknu si, že já za to nemohu	0	1	2	3	4
36) ... řeknu si, že druzí by to tak snadno nestrávili	0	1	2	3	4
37) ... dělám si výčitky	0	1	2	3	4
38) ... řeknu si: „nesmíš to v žádném případě vzdát“	0	1	2	3	4
39) ... nevím, jak mohu takové situaci čelit	0	1	2	3	4
40) ... udělám něco příjemného pro sebe	0	1	2	3	4
41) ... pouze si přeji, abych z této situace co nejrychleji vyvázl(a)	0	1	2	3	4
42) ... požádám někoho o pomoc	0	1	2	3	4
43) ... vytvořím si plán, jak mohu tyto nesnáze odstranit	0	1	2	3	4
44) ... myslím si, že za to já odpovědný nejsem	0	1	2	3	4
45) ... říkám si: „jen se nenechat odradit“	0	1	2	3	4
46) ... myslím si, že bych se nechtěl(a) v budoucnu dostat do takové situace	0	1	2	3	4
47) ... nejde mně ta situace dlouho z hlavy	0	1	2	3	4
48) ... snažím se zachovat si pevný postoj	0	1	2	3	4
49) ... všechno se mně zdá tak beznadějně	0	1	2	3	4
50) ... vrhnu se do práce	0	1	2	3	4
51) ... řeknu si, že to nakonec byla moje chyba	0	1	2	3	4
52) ... lépe se kontroluji než druzí v téže situaci	0	1	2	3	4
53) ... koupím si něco, co už jsem dlouho chtěl(a) mít	0	1	2	3	4
54) ... obvykle se mně všechno zdá nesmyslné	0	1	2	3	4



V situaci, kdy jsem něčím (někým) poškozen(a) / nebo vnitřně rozrušen(a) / nebo vyveden(a) z míry ....	vůbec ne	spíše ne	módná	pravděpodobně	vůbec pravděpodobně
55) ... ujasním si, že je v mých silách situaci zvládnout	0	1	2	3	4
56) ... myslím si, že na tom nenesu žádnou vinu	0	1	2	3	4
57) ... potřebuji k tomu slyšet názor někoho jiného	0	1	2	3	4
58) ... snažím se kontrolovat své chování	0	1	2	3	4
59) ... pokouším se vymanit se ze vzniklé situace	0	1	2	3	4
60) ... v myšlenkách si pak situaci znovu a znovu přehrávám	0	1	2	3	4
61) ... aktivně se snažím situaci změnit	0	1	2	3	4
62) ... řeknu si: „dokážeš se s tím vypořádat“	0	1	2	3	4
63) ... přeče se zase uklidním rychleji než ostatní	0	1	2	3	4
64) ... dbám na to, aby příště k takovým situacím vůbec nedocházelo	0	1	2	3	4
65) ... hledám něco, co by mě mohlo potěšit	0	1	2	3	4
66) ... snažím se od toho odpoutat pozornost	0	1	2	3	4
67) ... hledám vinu sám (sama) u sebe	0	1	2	3	4
68) ... snažím se s někým o problému hovořit	0	1	2	3	4
69) ... prostě se pak nemohu zbavit myšlenek na tuto situaci	0	1	2	3	4
70) ... myslím si, že k tomu nedošlo mou vinou	0	1	2	3	4
71) ... řeknu si, že se nesmím nechat rozhodit	0	1	2	3	4
72) ... splním si nějaké dlouho vytoužené přání	0	1	2	3	4
73) ... beru to lehčeji než jiní ve stejné situaci	0	1	2	3	4
74) ... nějak se od toho odpoutám	0	1	2	3	4
75) ... mám sklon rezignovat	0	1	2	3	4
76) ... snažím se přesně si ujasnit důvody, které k situaci vedly	0	1	2	3	4
77) ... uvažuji, jak se mohu příště vyhnout takovým situacím	0	1	2	3	4
78) ... nejraději bych od toho jednoduše utekl(a)	0	1	2	3	4

# TESTOVÝ PROFIL

## SVF 78

Wilhelm Janke, Gisela Erdmannová

	T-skóry						
	20	30	40	50	60	70	80
POZ 1: 1 Podhodnocení 2 Odmítání viny							
POZ 2: 3 Odklon 4 Náhradní uspokojení							
POZ 3: 5 Kontrola situace 6 Kontrola reakce 7 Pozitivní sebeinstrukce							
8 Potřeba sociální opory 9 Vyhýbání se							
NEG 10 Úniková tendence 11 Perseverace 12 Rezignace 13 Sebeobviňování							
POZ Pozitivní strategie NEG Negativní strategie							

## **Příloha č. 2: Přepis rozhovoru s vedoucím sociálním pracovníkem**

DH: Mohl byste charakterizovat problémy klientů vašeho sdružení v každodenním životě?

TT: Myslíte, co standardně řeší v každodenním životě nejobvykleji..

DH: Ano, s čím vy se setkáváte, s čím se osobně svěřují.

TT: Já si myslím, že jedna z nejobvyklejších oblastí, která je ještě zároveň spojena s dalšími, je oblast financí. Ti lidé mají malé důchody, výjimečně mají naši klienti příspěvky na péči. V tom my vidíme velkou nevýhodu oproti jiným cílovým skupinám. Takže finance.. pak si myslím, že pro spoustu lidí to jsou sociální vztahy nebo vazby. Hodně často jsou ti lidé osamělí, což se do značné míry pojí se stigmatizací, kterou ta nemoc způsobuje.

DH: A když bych se ještě zeptala na obtíže v rámci té konkrétní nemoci. Pokud klient bude mluvit o tom, že ho nemoc omezuje nějakým specifickým způsobem..

TT: Ano, to podle mě stále souvisí například s těmi sociálními kontakty a s tím „vypadáváním“ ze sociálních vazeb. Protože v důsledku toho onemocnění, spousta klientů je nedůvěřivých..

DH: Asi hraje roli i to stigma samo o sobě.

TT: Ano, stigma hraje velkou roli... Velký problém je v komunikaci. S tím se setkáváme v podstatě denně. To je něco, na čem je třeba s těmi lidmi neustále pracovat. Ale to je v podstatě asi i záležitostí běžné populace.

DH: A řekl byste, že v tom můžete sledovat nějaké společné znaky?

TT: Co je charakteristické pro naše klienty, ale nedá se to úplně zobecnit, tak je to stažení se do sebe. Ten stav izolace, ten je naprosto obvyklý. Tím, že lidé mají v důsledku nemoci změněné vnímání, tak to je něco, co se těžko sdílí s jinými lidmi. Těžko se ostatní lidi nezatíženě mohou vžít do toho dotyčného. Vnímání našich klientů je tak specifické, že nemohou ty své zkušenosti sdílet a to souvisí právě s tou komunikací a se systémem sociálních vazeb.

DH: Pozorujete, že vaši klienti se stejným nebo podobným onemocněním mají tendence se sdružovat? Nebo spíše naopak, právě v důsledku té charakteristické tendence, být oddělenými od reality, nebo od okolního prostředí, sledujete tendence izolovat se.

TT: Já myslím, že platí obojí. Ta nemoc je nějaký společný prvek, který jim usnadňuje navazovat nějaké vazby, ale stejně tak i na druhou stranu. Je spousta klientů, kteří odmítají chodit na skupinové aktivity (v rámci sdružení Fokus, pozn. aut.) právě z toho důvodu, že nechtějí být mezi ostatními nemocnými a vnímají to tak, že by je to naopak strhávalo zpátky do té nemoci a chtějí být mezi zdravými a to je pro ně právě to zajímavé. Vrátit se do toho běžného života. Protože ať chceme nebo ne, tak ty aktivity jsou ovlivněny přítomností lidí se specifickou diagnózou a samo o sobě je to prostředí vytvořeno nějak uměle. A ty vztahy nevznikají úplně přirozeně.

DH: Takže pozorujete tendence sdružovat se právě se zdravými lidmi..

TT: Určitě. Ti, kterým zůstali blízcí lidé, nebo přátelé, tak se snaží jít zpátky touto cestou. Ti, kteří třeba už nikoho nemají, jsou úplně sami, pokud to zaženu do extrému, tak hledají nějaké jiné způsoby, třeba právě přes Fokus. Zkoušeli jsme různé aktivity, jako třeba chození do kina, do divadla, na fotbal.. Kde ti lidé mají zase možnost potkat jiné lidi. Sice tam jdou v nějaké skupině, ta ale není nijak pevně definována. Takže takto. Ale jestli existuje nějaký standardní mechanismus, to mě momentálně nenapadá.

DH: Asi je ten paradox právě v tom, že klienti chtějí vést normální vazby, ale právě v rámci té nemoci toho nejsou úplně schopni..

TT: Ten standardní způsob my volíme přes jejich společenství. Můžeme to třeba vysvětlit na příkladě nějakých menších vesnic. Protože i přesto, že člověk z těch sociálních vazeb vypadne, tak ale „historicky“ je tam stále někde má a jde vlastně o pomoc toho určitého klíčového pracovníka, aby mu pomohl se do těch vazeb vrátit. To znamená, že pokud třeba dotyčný klient navštěvoval dobrovolné hasiče, tak my můžeme využívat těchto „přirozených zdrojů“, to je nějaká běžná cesta. Netroufám si říct, nakolik procent ovšem úspěšná, protože právě v rámci těch menších obcí dochází k větším předsudkům než ve větších městech. Tam zase ale hraje roli anonymita a kde tyto spolky zase spíše mizí.

DH: Ale samozřejmě jsou asi jiné aktivity..

TT: Jasně. Měli jsme klientky, které chodily do sboru.. rády zpívaly. Takže je ta cesta přes nějaké koničky. Tam se dají najít styčné body. Ale nedokážu říct nakolik je to úspěšné a kolika procent lidí se to týká. Nedá se na to úplně spoléhat a spousta lidí ani nechce. Zase spousta lidí to vnímá jako určité nebezpečí, navrátit se do těch přirozených kontaktů, jež jsou potencionálně rizikové. Člověk pokud chodí běžně ven mezi ostatní lidi, tak riskuje potencionální konflikt, byť i pouze slovní, na který běžná populace je zvyklá a umí je nějak řešit, ale pro naše klienty je to téměř nepřekonatelný problém.

DH: Dobře. Co se týče tedy strategií zvládnání stresu, potažmo nemoci jako celku. Mohl byste i říct, že se dá zase nějak generalizovat, nebo to má každý jinak a jak se eventuálně mezi sebou liší ženy a muži.

TT: Ty strategie jsou různé... Může se jednat o to, že dost často ti lidé, pokud jim není dobře, volí to „stáhnutí se do ulity“, obrazně řečeno, schovat se před tím světem. Někteří se snaží to zvládnout bez medikace, kdy prostě si „zalezou“ někam, když zůstanu u toho příměru, schovají se před světem a snaží se to nějak přežít, ten nepříjemný stav, který ta nemoc provází. Někteří volí jinou variantu, že si zajdou za svým psychiatrem, konzultují to s ním a nechají si navýšit medikaci...

DH: A když Vás jenom přeruším, nakolik je to úspěšné, když ti klienti chtějí fungovat bez medikace.. je to forma nějakého vzdoru, nebo to skutečně zvládnou.

TT: Ano, máme klienty, kteří to skutečně zvládají. Nejde jen o to, si tu medikaci nevzít, ale nebrat jí víc. Máme klienty, kteří pokud berou například Rivotril, který tlumí prožívání, dělají to, že pokud je jim zle, tak si vezmou o dva Rivotrily více. A pak jsou lidé, větší bojovníci, dejme tomu, a ti zůstanou u té jedné tablety, kterou mají předepsanou a snaží se s tím stavem dále pracovat jinak. Pak jsou strategie úplně opačné... kdy ti lidé jdou například běhat. Nebo se prostě snaží nějakou aktivitou ten stav „zlomit“. Ale těch lidí je minimum.

DH: Ono asi taky záleží na tom, v jaké fáze onemocnění jsou...

TT: Taky. Celkově záleží na té historii člověka, pokud byl třeba právě člověk sportovec, tak ten sport, je nějaký mechanismus, který mu to pomáhá zvládat. Pokud ten člověk byl zvyklý se dívat na televizi, tak možná bude víc koukat na televizi. Na druhou stranu televize spouště našich klientů moc dobře nedělá. Ale jak říkám, v zásadě jde tedy buď o navýšení medikace a to ještě záleží na tom, jestli to probírají s lékařem, nebo se z větší

části jedná o samoléčbu, kdy oni sami si indikují, že by si měli přidat. Anebo je to ta varianta, že se snaží využít mechanismus, který se jim osvědčil – což může být to, že si „zalezu“ někam, nebudu s nikým komunikovat, nebo si naopak zátěž přidám, budu běhat, jezdit na kole, budu víc chodit se psem... Minimálně je to o tom, že by ti lidé chtěli být mezi ostatními lidmi. V případě klientů s bipolární afektivní poruchou je tomu naopak, ti ve fázi mánie naopak budou chtít být mezi ostatními lidmi.

DH: A jsou ty strategie zvládání primárně zaměřeny na zvládání nemoci nebo na změnu vnitřní, ať se jedná o změnu uvažování, metabolismu.. sebedůvěru, abych dokázala fungovat ve společnosti?

TT: Tohle vnímám jako kulturně podmíněné psychiatrickou péčí tady v Čechách... jsou země, ve kterých lidé s duševním onemocněním nemusí nutně brát medikaci. V těch zemích právě učí klienty, pokud nechtějí brát medikaci, žít s projevy té nemoci, tak aby to nějak zvládali. Tady je ten systém nastavený tak, že právě lidé se schizofrenií musí brát léky... proto se jde více po těch projevech nemoci a klienti jsou na to zvyklí. Takže primárně jdou po projevech a taková ta vnitřní změna svého vlastního nastavení se týká mnohem menšího počtu klientů a spousta z nich o tom ani asi takto nepřemýšlí. Ale dá se to podle mě vztáhnout i na běžnou populaci.

DH: Takže u vašich klientů sledujete spíš tendenci jít po těch projevech, než pracovat sama se sebou?

TT: U některých samozřejmě ano, ale já jsem přesvědčen, že to není jen o nich samotných, že to souvisí s tím kulturně historickým kontextem, kdy západní medicína, včetně naší společnosti, jde tím směrem, že se půjde po těch projevech, které potlačíme a pak zmizí i ta nemoc, ale to tak prakticky není. My tu nemoc schováme, ale ona jede dál a je otázka co ostatního to likviduje okolo. Máme klienty, kteří jsou sice bez příznaků, ale jsou tak utlumení léky, že v tom stavu nebudou nikdy schopni pracovat. Je tedy otázkou, jaká je jejich kvalita života a jsou v podstatě odsouzeni sedět v rohu.

DH: A sledujete nějaké rozdíly mezi muži a ženami?

TT: Hmm.. Já myslím, že tam nějaký významný rozdíl ve strategiích není.

DH: Ze zásady existuje literatura o tom, že existují jakési předpoklady žen i mužů, z jejich vlastní podstaty, k nějakým určitým tendencím. Takže jestli to sledujete i u vás, v tomto ohledu.

TT: Je fakt, že jsem se nad tím asi nikdy nezamýšlel a když se nad tím teď zamýšlím, tak ale opravdu asi nemůžu říct, že by byly nějaké častější tendence u mužů nebo u žen. Samozřejmě existuje několik přístupů, ale nevnímám, že by ženy volily takové a muži jiné... Jak už jsem říkal k těm strategiím, to potlačování příznaků je nějaký obecný jev. Spousta našich klientů, což mě dodnes překvapuje, nechápe význam psychoterapie. Nechápe, proč by měli chodit na terapii, pro ně je zásadní brát léky a zbytek se nějak poddá sám.

DH: Vaše sdružení zprostředkovává i psychoterapii?

TT: Spolupracujeme se dvěma psychoterapeutkami, které zaujalo co děláme a byly ochotny změnit pro klienty běžnou cenovou sazbu, jež by pro spousta našich klientů byla normálně nedostupná. Hlavně je to o tom, že klienti nechápu k čemu ta psychoterapie je. Nechápe, proč by měli dávat horentní sumy, za které si mohou nakoupit cigarety, které jim pomohou více.

DH: A to je právě asi o tom, že psychoterapie by měla primárně sloužit právě k té změně osobnosti, což si ti lidé neuvědomují... nechápe to.

TT: Ano. Je to v podstatě i větší dobrodružství... Vlastně i svého druhu hrdinství poprat se sám se sebou, nebo já to tak vnímám. Psychoterapie je náročný proces a já si myslím, že spousta lidí to není ochotna absolvovat, protože to je moc velké riziko. Což ale taky, dle mého názoru, se projevuje u většiny zdravé populace, která když má nějaký problém, tak ho radši potlačí...

DH: S jakou službou máte nejlepší zkušenosti právě z hlediska pomoci lidem zvládat stres, potažmo nemoc.

TT: Tak, největší část našich klientů je v sociální rehabilitaci, která to s nimi řeší primárně. Nastavení té služby je tedy na individuální kontakt s klientem, v rámci sociální rehabilitace neběží takřka žádné skupinové aktivity. Tam je prostor bavit se s tím člověkem, jak zvládá situace, hledat společně ty zvládací strategie, které může využít...

DH: A v podstatě i ty aktivity, které zprostředkovává vaše sdružení, tak i u nich sledujete, že mohou přispět ke zlepšení jejich stavu? Nebo stává se, že i klienti sami přichází s tím, co by chtěli absolvovat, co by jim mohlo pomoci.... co jste zaznamenali...?

TT: Tak klienti občas přichází s nějakými návrhy, na druhou stranu se nám stává, že oni sami aktivitu navrhnu a pak na ni nedorazí. Že jim to přijde jako velmi zajímavé, ale pak u té praxe sami nejsou... Já si myslím, že to, jaká se zvolí strategie nebo způsob zotavení se, do značné míry souvisí s tím, k čemu chce sám klient dospět. Protože ta socializace je široký pojem, pro někoho to může znamenat dokázat být ve skupině dvaceti lidí. To ale třeba není zajímavé ani pro lidi ze zdravé populace. Běžné je mít pár přátel a zbytek známé a spousta lidí takto vede spokojený život. A myslím si, že to mají stejně i naši klienti, takže to je o nějakém ideálním stavu, ke kterému se kráčí a který určí klient.

DH: A jsou klienti schopni toto sami definovat?

TT: Já si myslím, že jsou. Třeba pokud uvedu příklad, tak pro někoho je ideální stav, že zvládne nákup ve tři odpoledne. Ve tři není úplná špička, protože lidé končí v práci, třeba někdy až ve čtyři, v půl páté začíná už být skutečně narváno, a že to už je vlastně nepříjemné úplně všem, natož našim klientům... A volí se nějaké stupně, které chceme od toho člověka vědět. Takže už je to i o tom, že člověk dokáže dojet hromadnou dopravou do toho obchodu, zvládne ten nákup odnést. Protože pokud chce jet hromadnou dopravou, tak to zase obnáší sociální interakce v rámci toho autobusu. A musí se to takto nějak odstupňovat a já si myslím, že to se daří - tomu se říká právě nácvik... Když zůstaneme u toho příkladu s obchodem, tak my do něj půjdeme třeba dopoledne, kdy je předpoklad, že ten obchod bude poloprázdný. Ten člověk si ten obchod „nachodí“ a postupně se zvyšuje právě ta zátěž.

DH: Od čeho odvíjí Fokus svoji filozofii a čím se řídíte ve svém vývoj?

TT: V posledních pár letech nás oslovil koncept RECOVERY, který se špatně překládá do češtiny, ale buď se to překládá jako nějaké zotavení nebo uzdravení, nicméně to spouště lidem evokuje, že ten člověk je úplně zdravý. V kontextu našeho uvažování bez příznaků a to takhle není. To zotavení je i o tom, že ten člověk žije s příznaky, ale žije běžný život v maximální možné míře. A to je nějaká filosofie, která nás ovlivňuje a říká



tedy, že to zotavení je možné. Myslím, že to je i nějaká spokojenost se svým životem. To je nějaká filosofie, která ovlivňuje celou službu... že je nějaký stav, za kterým se vyplatí jít... Asi jde celkově o tu kvalitu života, která je pro nás směřodátná, je vlastně hodně individuální, byť vychází z nějakých společenských norem... a ta spokojenost je pro nás důležitá. A to je i něco, na co se v rámci té naší spolupráce třeba já snažím klienta neustále doptávat. To, jestli je klient spokojen s tím, jakým způsobem mu já poskytuji tu službu, jestli tohle mu vyhovuje a je spokojen v tom svém životě. Někteří klienti přijdou ani neví proč.. jako třeba někdo přijde, protože „máma mi řekla, že mám přijít...“. A co tedy budeme dělat? To je možná dobré téma na začátek, na kterém se to dá rozpohybovat, protože většina lidí není úplně spokojená, a na té nespokojenosti se to dá nějak stavět. Kdo je spokojen nic nepotřebuje a nepotřebuje tím pádem ani sociální službu. A máme i takové klienty, kteří jsou spokojení, protože mají takový důchod, který jim postačuje... starají se o ně rodiče ve všech aspektech a oni nemají důvod cokoliv měnit.

DH: A vy máte zkušenost i s tím, že klienti jsou ochotni vám klidně říct i něco negativního? Nebo to je další otázka, jakým způsobem zjišťujete zpětnou vazbu od klientů a jakým způsobem spoléháte na to, že už jen z podstaty té nemoci jsou ti lidé schopni říct upřímně to, co si myslí?

TT: Co se týče té upřímnosti... jsou dva způsoby, nebo pokud to hodně zjednoduším, tak my se soustředíme na dva přístupy, kdy jsme zkoušeli vytvořit různé dotazníky, které se v rámci historie Fokusu různě měnily a na základě kterých jsme tedy zkoumali, jakým způsobem jsou klienti spokojeni s tou službou jako takovou. Dotazníky byly samozřejmě anonymní, ale co z nic vzešlo, tak nás stejně absolutně neuspokojilo, protože jsme v zásadě vyšli jako nejlepší služba na světě. Lepší služba už v zásadě neexistuje a jakékoliv vylepšení bude cesta zpět. ☺

DH: On už je asi problém, pokud někteří z vašich klientů mají pouze vás, tak nepůjdou proti tomu, kdo je „drží“... Ale asi jde o nějakou konstruktivní kritiku.

TT: Ale tam byly otázky, jestli jsou spokojeni s pracovní dobou... nebo že program běží pouze dopoledne..

DH: Jasně, ale ono to s tím asi nějak souvisí...

TT: Asi ano, ale to je jedna z cest, která se neosvědčila.. po pár šetřeních jsme zjistili, že to tímto způsobem nemá smysl. Klienti, kteří z nějakého důvodu nechtějí kritizovat... jo, objevily se třeba dva dotazníky, kde se byly nějaké náznaky kritiky, ale hodně opatrně..

DH: A to se týkalo čeho například?

TT: To se týkalo například, já už si to přesně nepamatuji, ale něco v tom smyslu, že vaření je jen jednou týdně a mělo by být třikrát...

TT: Takže druhá varianta, kterou využíváme, ale ne nějak úplně, že bychom sbíraly data a nějak s nimi dál následně pracovali je v rámci individuálních schůzek. Když se s tím člověkem pracovník zná delší dobu, je tam nějaká osobní historie. V té spolupráci je navázaný důvěrný vztah a ten člověk je schopen leccos reflektovat. Jako třeba s tím nejsem spokojen, mohlo by to být jinak, eventuálně jak a pak přes ty klíčové pracovníky my to zase nějak ovlivňujeme nazpět. Ale tyhle informace běží méně formální cestou. Ale nějaká formální cesta je něco, co prostě toho klienta i dost pravděpodobně vyděsí a buď se bát, co se děje a udělá vše, aby mi vyhověl.

DH: Takže k tomu nepoužíváte dotazníky, ale přímo...

TT: Ano, nějakým rozhovorem... ale není to tak, že bychom si jednou za čtvrt roku sedli a řekli si, jak je klient spokojen se službou. Co mě ještě k tomu napadá, že občas, výjimečně za tu dobu, co zde pracuji, bylo třeba pět nějakých stížností. Na druhou stranu si nevybavuji, že by některá z nich byla nějak objektivní. Spíše se jednalo třeba o to, že klient byl subjektivně přesvědčen, že ten pracovník pro něj nedělá dostatek. Ale ve chvíli, kdy jsme si sedli i s klientem, ideálně – což prostě ani to nebyl standard, protože většina těch stížností třeba byla anonymní. Ale když u toho byl, tak jsme si to vysvětlili a bavili jsme se o tom, co dělat, aby se to znovu neopakovalo. A pak my naopak připomínky vítáme, je to pro nás důležité. A je to jedna z věcí, která se má zmínit už na začátku vztahu s klientem, že má právo si stěžovat, eventuálně se vyjadřovat k té službě a hodnotit ji. Ale často to nebývá.

DH: A ten původ filosofie Fokusu, je kde.. kdy.. kdo?

TT: Je to na začátku 90. let. Myslím, že Fokus Praha, Boleslav... myslím, že před rokem nebo dvěma slavili dvacet let. Takže ta historie této služby je tu dlouhá. Na

začátku stáli lidé jako MUDr. Jan Stuchlík z Mladé Boleslavi, MUDr. Martin Jarolímek, který má dnes sanatorium Ondřejov, MUDr. Ondřej Pěč, který má sdružení Eset-help. Ti pomáhali budovat nejen Fokusy, ale třeba Green Doors nebo Baobab. Nějaké svépomocné organizace jako třeba Kolumbus, což je organizace, kterou vedou a provozují lidé, kteří sami mají osobní zkušenost s duševním onemocněním... Tito lidé tedy stáli u vzniku komunitních služeb v Čechách a mluví do toho stále, což je super. Na druhou stranu spousta věcí je tady těch dvacet let a nemění se vlastně... vzhledem k tomu jak vypadá systém financování a poskytování této péče, v kontextu potřebnosti tohoto typu péče, tak systém to nijak nereflektuje, takže ta změna se moc neděje. Napadá mě ještě MUDr. Johan Pfeiffer, který působil v Anglii v komunitních týmech a přivedl sem spoustu lidí ze zahraničí, například z Holandska, Anglie, Itálie, Finska. Ty kontakty tady stále jsou, ti lidé se sem naštěstí vrací, ale pár let u nich už vnímáme zhrzenost... jsou prostě naštvaní, že sem jezdí dvacet let a něco nám říkají a my to stále nechápeme. Samozřejmě oni vidí, že komunitní služby to chápou... rostou, více se profesionalizují, je to lepší a lepší. Ale ten celkový systém to reflektuje minimálně a není tam žádná změna. Tady je taky problém, že je zde minimální meziresortní spolupráce. A na to my spolu s jinými doplácíme. Nicméně psychiatrie je zdravotnický sektor, ale my jsme sociální služba financována zase z úplně jiného zdroje, spadající do jiného resortu. Je to prostě o tom, že pokud já jdu za nějakým doktorem, tak on mi nemůže poskytnout informace, protože já jsem sociální pracovník, osoba z jiného resortu a on mi tu informaci dát nemůže. Nebo jsme se snažili navázat spolupráci s policií, nebo se záchranou službou – to je zase ministerstvo vnitra. Tohle nám přijde důležité zvláště u nedobrovolných hospitalizací. V takových případech, kdy někde někdo v uvozovkách blázní, tak by nám mohli zavolat, jestli to třeba není náš klient a možná my bychom mohli být u toho a té hospitalizace samotné. A spousta z nich by mohla proběhnout hladším způsobem a příjemněji pro všechny strany, než běžně probíhá... Takže tak, začátek 90. let... vznikl Fokus a další...

DH: Ta doba asi byla pro to příhodná..

TT: Určitě, tak tady vlastně nic nebylo. Komunismus padl a najednou lidé zjistili, že tady chybí spousta věcí a bylo to i tom, že skončily ústavy.

DH: Já vím, že vy už jste o tom částečně mluvil, ale já se zeptám ještě jednou přímo a trochu jinak... Jak vy konkrétně ovlivňujete strategie zvládnání, pokud byste měl uvést příklad. Konkrétně jak ovlivňujete, přispíváte k tomu, aby klienti zvládali...

TT: Ještě co mě k tomu napadá a co je důležité, tak tam jde hlavně o to, aby si na to ten klient přicházel sám a já bych měl být někdo, kdo mu pomůže se vůbec zorientovat v těch možných strategiích, jež jeho samotného napadají a ten finální výběr má být na tom klientovi. Může se jednat i akutní zhoršení zdravotního stavu, kdy ten člověk není sám schopen se momentálně rozhodnout a občas za něj tedy musí rozhodnout někdo jiný. Ale není to tak, že by se tímto způsobem mělo dělat. Ty strategie si volí ten klient.

DH: A jakým způsobem se snažíte pomoci najít ten svůj osobní styl?

TT: Teď pro nás velkou inspirací jsou motivační rozhovory. Což je hodně nenásilné a vrací to tu vůdčí roli tomu klientovi a souvisí to i s filozofií služby. A já sám to říkám svým klientům už na začátku spolupráce, protože mi to přijde důležité, aby oni si uvědomili, že to oni jsou do značné míry moji šéfové, oni mi musí říkat, co potřebují ode mne a vyžadovat to. Já to nevím.. já vím, co potřebuji já a já se o sebe postarám. A to, co potřebují oni, to ví jen oni sami. Běžné v našem systému je, že pokud člověk onemocní, tak jsou mu odebrány všechny kompetence a ostatní rozhodují o něm... přijde do nemocnice a je z něj pouze číslo, možná jméno, sestra nebo doktor rozhodují za něj. A je tam potom jen od toho aby ležel, na psychiatrii toto platí dvojnásob. A to, co nám přijde důležité, je toto otočit, změnit a vrátit tomu člověku ty kompetence v maximální možné míře zpátky. Nám se běžně tedy potom stává, že někteří klienti se svěří s tím, že neberou léky. Svému psychiatrovi to neřeknou. V tu chvíli berou ty kompetence do vlastních rukou a rozhodují se sami. Ty léky mají negativní vedlejší účinky... a pokud se člověk rozhodne ty léky nebrat, tak já se potom nestavím do té role, že mu to budu zakazovat nebo soudit. Měl bych to reflektovat a říct mu ty rizika, protože pokud se vydá tímto směrem, tak by měl ještě vědět, jaké to může mít důsledky. Ale je to jeho volba, ok.. Bude to mít dost možná špatné následky, ale je to vaše věc, tak to zkuste, jestli chcete. Já jsem tady od té reflexe, nebo se můžeme domluvit na tom, že když se mi zdá, že se to začíná vymykat a teď ještě záleží na té domluvě jak to bude vypadat, když mně se to přestane zdát, tak potom vám do toho začnu mluvit a začnu navrhopvat, že by bylo dobré léky začít brát znovu. Takže vracení té zodpovědnosti za

sebe samého, to je pro nás důležité a to souvisí i s tím pojmem zotavení se, protože to je právě to obvyklé a běžné, že každý za sebe rozhodujeme a neseme následky.

DH: Takže vy vlastně svým způsobem uplatňujete terapeutické působení...?

TT: Jasně... nějaké prvky terapie tam jsou. Ale my nejsme terapeuti, jsme až na výjimky sociální pracovníci.

DH: A jak vy poznáte tu hranici, že jste ještě sociální pracovník a nebo terapeut... v jakou chvíli vy poznáte, že už přecházíte k jiné fázi?

TT: No, jasně.. tak ta hranice je asi nejasná... kde je ještě sociální práce a kde je terapie, je tam asi nějaký prostor, který je promíchaný. Ale ve chvíli, kdy klient bude chtít jít do nějaké hloubky a bavit se o tom svém prožívání a chtít s tím pracovat, tak to už je na terapii. Sociální práce je spíš praktická stránka života, byť většina klientů si chce popovídat především a já bych měl být připraven na to, že si budeme povídat. Ale ten rozhovor by měl mít nějaký smysl. I pokud třeba budeme řešit fotbal, tak já bych měl vědět, že to není je nějaké plácání, ale má tu moc pomoci v tom zotavení. A i potom zas má význam se ptát toho klienta, jestli je v pořádku, že tady budeme takto půl hodiny tlachat, jestli jeho neobírám o čas.

DH: Já se zeptám ještě jednou na tu konkretizaci obtíží klientů každodenním životě, my už jsme o tom mluvili, ale když byste to měl nějak shrnout ještě... nějak to zobecnit.

TT: Já si opravdu myslím, že nejdůležitější je, a to tedy i u zdravé populace, že minimum lidí je ochotno a schopno být samo. Člověk, jak se říká, že je tvor společenský, tak si myslím, že tohle platí... že potřebujeme někoho, na koho se můžeme spolehnout, společně sdílet. Což je hlavní. A na to naráží ti naši klienti, tím jak je jejich prožívání specifické, tak spousta lidí to prostě nechápe včetně blízkých.