

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

**SOUVISLOST STACIONÁRNÍ LÉČBY SE SUBJEKTIVNĚ
VNÍMANÝMI KOGNITIVNÍMI
POTÍŽEMI U PACIENTŮ S PSYCHOTICKÝM ONEMOCNĚNÍM**

THE RELATIONSHIP BETWEEN A DAY CARE TREATMENT AND SUBJECTIVELY
PERCEIVED COGNITIVE DEFICITS OF PATIENTS WITH PSYCHOTIC DISORDERS



Magisterská diplomová práce

Autorka: Bc. Adéla Hrubcová

Vedoucí práce: prof. PhDr. Panajotis Cakirpaloglu, DrSc.

Olomouc

2020

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem svou magisterskou diplomovou práci s názvem „Souvislost stacionární léčby se subjektivně vnímanými kognitivními potížemi u pacientů s psychotickým onemocněním“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Praze dne 20. 11. 2020

Podpis

Poděkování

V první řadě bych ráda poděkovala svému vedoucímu práce, prof. PhDr. Panajotisovi Cakirpaloglu, DrSc., za jeho podporu, vstřícnost a trpělivý přístup a za cenné odborné podněty a připomínky. Dále bych ráda poděkovala MUDr. Ondřeji Pěčovi, Ph.D. i kolegům z denního stacionáře Kliniky Eset, bez jejichž spolupráce bych nemohla realizovat výzkum, který je součástí této práce. Za pomoc se statistickým zpracováním dat děkuji Mgr. Pavlovi Hašanovi, Ph.D. V neposlední řadě děkuji pacientům za jejich čas a ochotu podílet se na tomto výzkumu. Též mé velké díky patří mým nejbližším, kteří mi byli oporou.

OBSAH

ÚVOD.....	7
I TEORETICKÁ ČÁST.....	9
1 SCHIZOFRENIE.....	10
1.1 Psychózy.....	10
1.2 Historie onemocnění schizofrenie.....	11
1.3 Symptomatika.....	14
1.3.1 Pozitivní symptomy.....	16
1.3.2 Negativní symptomy.....	19
1.4 Epidemiologie.....	19
1.5 Etiologie a patogeneze.....	20
1.6 Diagnostika a klasifikace.....	24
1.6.1 Podtypy schizofrenie.....	26
1.7 Léčba schizofrenie.....	29
1.7.1 Farmakologická léčba.....	29
1.7.2 Nefarmakologická léčba.....	31
2 KOGNITIVNÍ FUNKCE U SCHIZOFRENNÍCH PACIENTŮ.....	36
2.1 Přehled výzkumů o kognitivních funkcích u schizofrenních pacientů.....	37
2.2 Oblasti kognitivního deficitu u pacientů se schizofrenií.....	40
2.2.1 Pozornost.....	40
2.2.2 Paměť.....	42
2.2.3 Exekutivní funkce.....	43
2.2.4 Jazykové schopnosti.....	44
2.3 Schizofrenie a sociální kognice.....	46
2.3.1 Mentalizace.....	47
2.3.2 Metakognice.....	47
2.3.3 Emoce/vnímání emocí.....	49
2.3.4 Deficit sociálních dovedností.....	49
3 LÉČBA KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ.....	50
3.1 Kognitivní remediace.....	51
3.2 Terapie podporující kognici (CET).....	52
3.3 Metakognitivní trénink (MCT).....	53
3.4 Integrovaný psychoterapeutický program (IPT).....	53
3.4.1 Denní stacionář.....	56
3.5 Některé dosavadní výzkumy v oblasti subjektivně vnímaného kognitivního deficitu u schizofrenních pacientů.....	57

II VÝZKUMNÁ ČÁST.....	59
4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A CÍLE VÝZKUMU.....	60
4.1 Výzkumné hypotézy a výzkumné otázky.....	61
5 POPIS ZVOLENÉHO METODOLOGICKÉHO RÁMCE.....	63
5.1 Zvolený typ výzkumu.....	63
5.2 Metody získávání dat.....	63
5.2.1 Frankfurtský dotazník potíží (FBF).....	64
5.3 Popis průběhu sběru dat.....	68
5.4 Metody zpracování a analýzy dat.....	69
5.5 Etické aspekty výzkumu.....	69
6 VÝZKUMNÝ SOUBOR.....	71
6.1 Charakteristika výzkumného souboru.....	71
7 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ.....	75
7.1 Platnost stanovených hypotéz a odpovědi na výzkumné otázky.....	80
8 DISKUSE.....	83
9 ZÁVĚR.....	89
SOUHRN.....	91
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ.....	93
SEZNAM PŘÍLOH.....	102

Úvod

Diplomová práce tematicky navazuje na mou bakalářskou práci, ve které jsem se zabývala rolí denního stacionáře pro pacienty s psychotickým onemocněním. V předkládané magisterské diplomové práci na téma *Souvislost stacionární léčby se subjektivně vnímanými kognitivními potížemi u psychotických pacientů* opět navazuji na denní stacionář. Zaměřuji se na subjektivně vnímaný kognitivní deficit u pacientů s psychotickým onemocněním, konkrétně schizofrenií - jak ho pacienti subjektivně vnímají na začátku devítiměsíční léčby ve stacionáři, jak na konci léčby a rok po konci takto intenzivní terapie. Onemocnění schizofrenie mě velmi zajímá, chtěla bych se této problematice profesně věnovat i v budoucnu. Práce s lidmi, kteří onemocněli takto závažným a dlouhodobým onemocněním je velmi zajímavá, pestrá, inovativní a i motivující, nicméně má to i druhou stranu mince. Je to velmi náročná práce, která klade velké nároky na psychickou odolnost terapeuta samotného. Při psaní diplomové práce jsem si znovu a s větší intenzitou uvědomila, jak toto onemocnění výrazně zasahuje do kvality života jedince. Schizofrenie patří k nejzávažnějším duševním onemocněním mimo jiné i proto, že má vliv na řadu psychických funkcí současně. Jedním z významných symptomů tohoto onemocnění je i kognitivní deficit, který má spojitost s celkovým psychosociálním selháváním nemocného se schizofrenií a vede k časté invalidizaci.

Cílem práce je prozkoumat souvislost subjektivně vnímaného kognitivního deficitu u pacientů s psychotickým onemocněním, nejčastěji s diagnózou schizofrenie a terapie v denním stacionáři. V **teoretické části** diplomové práce se podrobněji zabývám popisem onemocnění schizofrenie, popisují historii onemocnění, symptomatiku, epidemiologii, etiologii a patogenezi a diagnostiku a dále nastiňuji léčbu schizofrenie. Druhá obsáhlá kapitola práce podává ucelený pohled na kognitivní fungování takto nemocných. Jsou zde definovány nejvíce zasažené oblasti kognitivního deficitu u pacientů se schizofrenií, jako pozornost, paměť, exekutivní a jazykové schopnosti. Závěrečná kapitola se zaměřuje na představení možností léčby kognice u schizofrenních pacientů. Dále zde představuji denní stacionář na Klinice ESET a integrovaný psychoterapeutický program pro schizofrenní pacienty (IPT).

Empirická část práce si klade za cíl prozkoumat souvislost stacionární léčby se subjektivně vnímanou mírou kognitivního deficitu u pacientů s psychotickým

onemocněním, převážně schizofrenií, kteří řádně absolvovali devítiměsíční léčbu v denním stacionáři. Popisuje, v jakých konkrétních oblastech kognice sami pacienti pocítují nejvýraznější zlepšení a zhoršení. Pro účely výzkumu byl zvolen kvantitativní design pomocí dotazníku FBF (Frankfurtská škála potíží). Domnívám se, že výzkumná část práce může pomocí analýzy výsledků šetření a interpretací získaných dat sloužit nejen jako základ k dalším výzkumům dané problematiky, ale může popřípadě vést i ke zdokonalení péče poskytované duševně nemocným.

TEORETICKÁ ČÁST

1 SCHIZOFRENIE

První kapitola této práce je koncipována tak, aby co možná nejkompaktněji popsala onemocnění schizofrenie v celé jeho složitosti. Schizofrenie patří mezi jedno z nejčastějších duševních onemocnění a je ústředním tématem práce. Zčásti je tato kapitola převzata z autorčiny bakalářské práce (Hrubcová, 2017), protože na ni tematicky navazuje. V první kapitole bude stručně popsán pojem psychóza neboť je zastřešujícím pojmem ve vztahu ke schizofreniím, jimž je tato práce především věnována. Dále bude popsána historie onemocnění, symptomatika, epidemiologie, etiologie a patogenese, diagnostika a v poslední podkapitole bude nastíněna léčba schizofrenie.

1.1 Psychózy

Psychóza může být dle Höschla a kol. (2004, 347) chápána jako: *...„dimenze přítomná v jednání a prožívání lidí v kontextu ztráty kontroly nad svou situací a sociálního selhání.“* Psychóza je obecný pojem, který je pojmu schizofrenie nadřazen, ačkoli jsou tyto termíny dosti často ztotožňovány, čímž dochází k jejich v zásadě nežádoucímu splývání. Psychotický stav může mít různé příčiny, ať již toxické, organické, traumatické či endogenní, schizofrenie je pouze jednou z podkategorií psychóz. Primárním příznakem psychózy je dezintegrace funkcí „já“. V důsledku dezintegrace jáských funkcí dochází u psychoticky nemocných lidí ke ztrátě testování reality a potažmo pak i ke ztrátě vnímání vlastních hranic, tedy hranic sama sebe. V obecné rovině lze tedy konstatovat, že každý psychotický stav lze považovat za velmi závažný zásah do integrity jedince (Pěč & Probstová, 2009).

Podle Pěče a Probstové (2009, 54) *„psychotické symptomy tedy můžeme chápat jako výsledek kompenzačních a obranných mechanismů, snahu o řešení neřešitelné situace.“*

Kalina (2001) tvrdí, že vše, co člověka obklopuje a čím je on sám, se zpracovává v jeho osobnosti a vzniká tak subjektivní obraz reality, světa a vlastní vnímání osoby. U duševních nemocí je tento obraz zásadně pozměněn.

V odborné terminologii je psychóza charakterizována bludy coby poruchami myšlení, halucinacemi coby poruchami vnímání, dezorganizovaným chováním i slovním projevem, rovněž pak poruchou testování reality (Češková, 2007).

Psychóza je syndrom, nikoliv samostatná nosologická jednotka. Může být přítomna u řady psychiatrických poruch nebo jako sekundární syndrom například u odvykacích stavů, v důsledku intoxikace či přímého organického poškození mozku nebo celkového somatického onemocnění. V psychiatrii je termín psychóza užíván jako nadřazený pojem skupině psychotických poruch, kam spadá schizofrenie, schizoafektivní porucha, akutní a přechodné psychotické poruchy, poruchy s bludy, a i toxické psychózy (Mohr, 2012).

Mezi nejčastěji zmiňovaná onemocnění psychotického okruhu patří právě **schizofrenie** jako jedna ze subkategorií psychotických onemocnění, o kterých bych se nyní ráda zmínila podrobněji.

Schizofrenie má **sklon k chronickému průběhu** a často vede k trvalé invaliditě (Češková, 2007), čímž je ji nepochybně třeba zařadit mezi velmi závažné psychosociální faktory s vysokým potenciálem ovlivnění kvality života jak jedince samého, tak i jeho sociálního okolí. Lze tvrdit, že pacienti trpící schizofrenií ztrácí kontakt s realitou včetně vztahu k vnějšímu světu, druhým lidem, a i vztah ke své vlastní osobě je silně narušen (Malá & Pavlovský, 2010).

Dle Rabocha a kol. (2001) u onemocnění schizofrenií je patrný i rodinný výskyt. Onemocnění zvyšuje mortalitu nemocných, a to za prvé v důsledku dokonaných sebevražd, které v populaci pacientů se schizofrenií dosahují až 10 procent, a za druhé i jiným nepřímým způsobem. Schizofrenie ohrožuje jedince zkrácením života a významným narušením či dokonce zničením kvality jeho života.

Malá a Pavlovský (2010) též popisují schizofrenii jako destruktivní onemocnění, které ničí osobní, emoční, intelektový a sociální život jedince. Podobného názoru je i Kučerová a Říhová (2006, 189), které tvrdí, že „*schizofrenie prostupuje celou osobností nemocného, ovlivňuje jeho myšlení, cítění a jednání.*“

1.2 Historie onemocnění schizofrenie

Projevy onemocnění schizofrenie provázejí lidstvo od nepaměti, nejstarší zmínky o schizofrenii pocházejí z Ebersova papyru z Egypta přibližně asi dvatisíce let př.n.l. (Orel et al., 2012). Již několik tisíce let zpět můžeme v odborných textech dohledat popis příznaků, které odpovídají dnešnímu obrazu onemocnění schizofrenie, například v dokumentech Hippokrata či Galéna.

Zlom v péči o duševně nemocné se datuje do doby Francouzské revoluce a je spojena hlavně se jménem francouzského lékaře Philippa Pinela. Pinel byl toho názoru, že zdrojem určitého neklidu a agrese u duševně nemocných jsou restriktce a nesvoboda (Hosák, Hrdlička, & Libiger a kol., 2015).

Až v průběhu 18. - 19. století, kdy se psychiatrie vyčleňuje jako samostatná lékařská disciplína, začíná mnoho autorů (Pinel, Morel, Hecker) popisovat toto onemocnění (Hosáková, 2016).

V průběhu první poloviny 19. století se zkoušely různé fyzikální a mechanické metody, které měly mít u duševně nemocných vliv na celý organismus včetně mozku. Samozřejmě, že účinnost takovéto léčby byla mizivá. Ve 20. století se duševní onemocnění začala diferencovat na organická, exogenní a endogenní (Hosák, Hrdlička, & Libiger a kol., 2015).

V druhé polovině 19. století navrhl německý psychiatr Wilhlem Griesinger teorii jednotné psychózy, kdy podle něj existuje pouze jedna psychóza, která je proměnlivá v čase, přičemž příčinu hledal v poruchách mozku. Griesinger rozdělval tuto jednotnou psychózu na primární proces psychózy, pod nímž si lze představit dnešní afektivní poruchu, a proces sekundární psychózy kam, lze v dnešní době zařadit onemocnění schizofrenie (Preiss, Kučerová a kol., 2006).

Pojem schizofrenie (z řeckého *schizein* – rozštěp a *phren* – mysl), se v odborné literatuře objevil až v roce 1911, a jako první jej použil švýcarský psychiatr Eugen Bleuler (1857-1939). Bleuler konkrétně použil pojmu „*skupina schizofrenií*“, jelikož se domníval, že lépe vystihují nesoulad jednotlivých duševních projevů a též se snažil schizofrenii charakterizovat rozlišením symptomů schizofrenie na základní a akcesorní. Základní příznaky se dají shrnout do takzvaných tří A, což značí autismus, poruchu afektivity a poruchu asociací. K poruchám afektivity se dále řadí ambivalence, která bývá zmiňována jako takzvané čtvrté A (Höschl a kol., 2004). „*Klíč k vymezení pojmu schizofrenie viděl Bleuler v pojmu rozštěpení. Rozštěpení psychických funkcí považoval za důležitou vlastnost onemocnění. Schizofrenie znamená sice rozštěpenou osobnost, ale rozštěp není chápán jednotně*“ (Höschl a kol., 2004, 344).

Eugen Bleuler nechápal schizofrenii jako onemocnění v pravém slova smyslu, ale spíše jako výraz zvláštního vývoje jedince, jehož životní cesta je ovlivňována řadou velice těžkých vnitřních i vnějších podmínek (Rahn & Mahnkopf, 2000). Nicméně ještě

před Bleulerem byl v polovině devatenáctého století francouzským psychiatrem Benedictem Augustinem Morelem popsán stav náhlého znehybnění všech duševních schopností neboli „*démence précoce*“. Lze tvrdit, že se jednalo o jednu z prvních srozumitelných definic psychózy. Morel (in Höschl, Libiger, & Švestka, 2004) byl toho názoru, že nástup onemocnění schizofrenie začíná již v pubertě a v průběhu času má za následek předčasné stárnutí mozkových funkcí.

Morelův termín převzal německý psychiatr Emil Kraepelin, který shrnul řadu psychóz v nosologickou jednotku pod názvem „*dementia praecox*“ čili předčasné zhloupení. Kraepelinova „*dementia praecox*“ zahrnovala tři varianty onemocnění, mezi něž patřila forma katatonní, hebefrenní a paranoidní, ke které přidal Bleuler ještě simplexní formu. Kraepelin pokládal tuto chorobu za endogenní, jinými slovy za onemocnění, které vzniká z vnitřních neznámých příčin (Raboch, Zvolský a kol., 2001).

Dementia praecox byla chápána jako nevléčitelná organická porucha mozku s progresivním charakterem (Preiss, Kučerová a kol., 2006).

Již Freud (in Koukolík, 1995) se zabýval problémem schizofrenie, přičemž zprvu spatřoval příčinu v narušeném narcismu, schizofrenii nazval „*narcistní neurózou*“ a také vysvětloval etiologii schizofrenie v souvislosti s homosexualitou. Narcistická neuróza se vyznačovala masivní regresí, která vznikla jako odpověď na konflikty s okolím a intenzivní frustrací. Až později začal Freud na schizofrenní onemocnění nahlížet jako na onemocnění struktury ega, když výrazem právě této poruchy je dle něj používání primitivních obranných mechanismů.

Shodně to popisuje i McWilliams (2015), která tvrdí, že až později, poté, co Freud vytvořil strukturální model psychiky, začal nahlížet na psychózy odlišně, chápal je jako konflikt mezi „já“ a vnějším světem.

Sullivan (in Koukolík, 1995), který psychoterapeuticky s nemocnými schizofrenií pracoval, byl toho názoru, že schizofrenie je poruchou komunikace člověka s okolím. V období adolescence, kdy schizofrenní onemocnění většinou vzniká, je na jedince kladeno daleko více nových nároků, měl by začít fungovat jako více či méně samostatná jednotka, být zodpovědný a žít dospěle.

Právě v tomto komplikovaném vývojovém období může být spouštěčem schizofrenního onemocnění mj. i zkušenost s drogou. Řadou látek lze vyvolat intoxikace, které mohou vést k akutnímu psychotickému stavu. V neposlední řadě může být

spouštěčem vzniku schizofrenie i tělesné trauma, nemoc, nepříznivé podmínky vývoje či nadměrné vyčerpání (Höschl a kol., 2004).

Na diagnostiku schizofrenie měla velký vliv práce německého psychiatra Kurta Schneidera, který popsal „*symptomy prvního řádu*.“ Příznaky prvního řádu u onemocnění schizofrenie lze chápat jako symptomy, které jednoznačně svědčí pro onemocnění schizofrenie, patří mezi ně např. ozvučování myšlenek, vysílání myšlenek či bludné interpretace a mnohé další. Většina těchto příznaků je v současnosti považována dle MKN-10 za typické diagnostické symptomy schizofrenie (Raboch, Zvolský a kol., 2001).

Vymezení pojmu schizofrenie se v průběhu let měnilo, a to v souvislosti s měnícími se poznatky na poli psychiatrie (Preiss, Kučerová a kol., 2006).

V poslední době se diagnostika schizofrenie stále vyvíjí a zlepšuje. Na základě genetických studií vznikají nové teorie o vzniku tohoto závažného duševního onemocnění. Potvrdila se vztahová souvislost mezi onemocněním schizofrenního okruhu a sociálními vlivy prostředí. Byly objeveny další rizikové faktory ovlivňující vznik schizofrenie. To vše vedlo ke vzniku nových koncepcí tohoto onemocnění (Hosák et al., 2015).

1.3 Symptomatika

Podle Češkové (2012) se diagnóza opírá o zachycení charakteristických psychopatologických a funkčních narušení osobnosti nemocného. Klinická diagnóza schizofrenie vychází tedy z důkladné anamnézy a vlastního pozorování nemocného, a v neposlední řadě i z analýzy jím sdělených prožitků. I přes veškeré dostupné vyšetřovací a laboratorní metody a jejich překotný rozvoj nebyla doposud zcela objasněna příčina vzniku schizofrenie. Schizofrenie je z hlediska klinických projevů velice heterogenní, liší se od člověka k člověku a stejně tak je individuálně variabilní i její průběh a vývoj v čase. Symptomy schizofrenie jsou v různých fázích onemocnění rozmanité. Taktéž jsou příznaky rozličné i u jednotlivých klinických forem onemocnění (Höschl a kol., 2004).

Mezi **hlavní příznaky** této diagnózy patří bezesporu slyšení a ozvučování vlastních myšlenek či vkládání nebo naopak odebrání myšlenek. Dalšími příznaky schizofrenie mohou být nečinnost, abulie, sociální stažení, oploštění a nepřiměřenost emočních reakcí. Významnými a častými symptomy jsou formální poruchy myšlení jako například inkoherece, neologismy či zárazy v myšlení (Raboch, Zvolský a kol., 2001). „*Intenzivní psychotická derealizace a depersonalizace jsou asi nejbližší zkušenosti nemocných, kteří*

jsou zaskočení a znejistění přesvědčivým prožitkem neskutečnosti, inscenovanosti dění ve svém okolí a ztrátou schopnosti do toho dění zasahovat.“ (Höschl a kol., 2004, 347).

Klasifikace schizofrenie podle MKN-10 spočívá v průkazu přítomnosti psychotických příznaků, které by měly trvat alespoň jeden měsíc, americká klasifikace nemocí vyžaduje půlroční dobu trvání příznaků. Je velice obtížné určit přesnou dobu vzniku, respektive nástupu onemocnění, a přitom toto má nesmírný význam ve včasné diagnostice a vhodném způsobu léčby a s tím spojené prognóze onemocnění (Smolík, 2002).

V této souvislosti považuji za vhodné zmínit, že diagnostikování schizofrenie u dětí je například dle Hosáka (2015) zpravidla významně obtížnější, než u dospělých jedinců. Od toho se přirozeně odvíjí i příznivost prognózy, která se snižuje v přímé úměře k věku nástupu onemocnění. U nemocných lidí trpících psychózou se setkáváme s poruchami téměř všech psychických funkcí, a to v různých fázích onemocnění. Z hlediska vhodné terapie je nutné rozlišovat pozitivní a negativní příznaky a v neposlední řadě i kognitivní deficit (Češková, 2007). O těchto kategoriích příznaků bude pojednáno podrobněji v následujících částech práce (Hrubcová, 2017).

V rámci onemocnění schizofrenie se popisované symptomy dělí na specifické a nespecifické čili pozitivní a negativní. Kromě těchto příznaků se u schizofrenních pacientů vyskytují i poruchy v oblasti nálad, kognice a v neposlední řadě i sociální kognice. (Bankovská Motlová & Španiel, 2017).

Symptomy u pacientů se schizofrenií tak můžeme rozdělit na psychotické symptomy (pozitivní příznaky), poruchy v oblasti motivace, sociální stažení (negativní příznaky), poruchy kognitivních funkcí (zejména paměti, pozornosti a exekutivních funkcí) a depresivní či manické symptomy (afektivní příznaky). Klinický obraz onemocnění schizofrenie doprovázejí ještě nespecifické symptomy, což mohou být například poruchy spánku, změny chuti k jídlu, pocity napětí, úzkost apod. V průběhu onemocnění dochází u pacientů i ke ztrátě náhledu na nemoc (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Většina schizofrenních pacientů si své psychotické příznaky vůbec neuvědomuje nebo je nepřisuzuje nemoci, chybí náhled (Hosáková, 2016).

Výzkum, který se zabýval mírou depresivních stavů u schizofreniků ve spojitosti s náhledem na nemoc, dospěl k závěru, že u schizofrenních pacientů dochází k prohlubování nedostatečného uvědomování si svého onemocnění. U takto nemocných

je patrná větší míra absence náhledu, schizofrenní pacienti mají sníženou funkční kapacitu hodnocení vlastního každodenního fungování. Tato zjištění poukazují na to, že závažnost deprese u schizofrenních pacientů má přímý vliv na náhled vlastního onemocnění (Harvey et al., 2017).

Z mé vlastní praxe je mi známo, jak je právě absence náhledu na nemoc u psychotických pacientů častá, a jak významně ovlivňuje průběh terapie v rámci denního stacionáře. Je třeba, aby pacient alespoň minimální náhled získal, a to nejlépe již ze začátku psychoterapie, protože je-li náhled na nemoc zcela popřený, nemůže mít terapie požadovaný efekt. S těmito pacienty je pak velmi těžká spolupráce a většinou jejich pokus o léčbu končí předčasným odchodem ze skupiny. Takoví pacienti totiž zpravidla nevydrží konfrontaci s ostatními členy skupiny, kteří u druhých spolupacientů psychotické příznaky vidí a verbálně na ně poukazují.

1.3.1 Pozitivní příznaky schizofrenie

Mezi pozitivní (produktivní) příznaky se řadí zejména poruchy vnímání a myšlení, tedy **halucinace** a **bludy**. Dále pak rozvolněné chování či jiné poruchy chování a dezorganizace řeči. Vznik pozitivních příznaků bývá spojován s nerovnováhou neurotransmiterů, jinak řečeno s regionální zvýšenou dopaminergní aktivitou. Pozitivní neboli psychotické příznaky jsou též nejčastějším důvodem hospitalizace, zároveň jsou lépe ovlivnitelné psychofarmaky (Češková, 2007).

Obdobně Raboch, Zvolský a kol. (2001) radí mezi pozitivní příznaky u onemocnění schizofrenie v první řadě halucinace a bludy, nicméně sem spadá i neadekvátní, bizarní a neklidné chování. Mnoho autorů se podle nich neshoduje v tom, jestli se pozitivní a negativní symptomy vzájemně ovlivňují či jestli se vyskytují v určité míře v různých stádiích onemocnění.

Psychiatrie se v dřívějších dobách věnovala víceméně výhradně těmto akutním příznakům schizofrenní psychózy (Rahn & Mahnkopf, 2000).

Smolík (2002) shrnuje pozitivní příznaky schizofrenie do dvou základních dimenzí. První dimenze představuje psychotický rozměr, který v sobě zahrnuje poruchy myšlení a poruchy vnímání. Druhá dimenze je nazývána dezorganizační, a spadá do ní dezorganizovaná řeč a chování.

Dále se budu věnovat podrobnějšímu popisu jednotlivých pozitivních symptomů.

Halucinace, což jsou poruchy vnímání, jinými slovy šalebné vjemy, které mohou postihovat všechny smysly. Halucinace dělíme na sluchové, zrakové, čichové, chuťové, taktilní a somatické. Nejčastěji se u schizofrenních pacientů vyskytují auditivní halucinace, tzv. „hlasy“, a to až u poloviny nemocných (Bankovská Motlová & Španiel, 2017).

Dle Rabocha, Pavlovského a Janotové (2006) halucinace vznikají na chorobném základu, chybí zevní podnět. Halucinace můžeme rozdělit do tří obecných oblastí, a to komplexní, elementární a kombinované. Další konkrétnější dělení spočívá v kategorizaci podle postižení toho kterého smyslového vjemu. V neposlední řadě lze hovořit o halucinacích inadekvátních, kdy pacient například „slyší loktem“ (Dušek & Večeřová Procházková, 2015).

Bludy jsou poruchy myšlení, mylná přesvědčení, která bývají velmi častá. Vznik bludů je pozvolný a u většiny schizofrenních pacientů jim předchází tzv. vztahovačnost (Bankovská Motlová & Španiel, 2017).

Dle Kučerové (2010) jsou bludy patologickou poruchou myšlení, pacient trpící schizofrenií je nevyvratně přesvědčen o nějaké skutečnosti, která však není reálná nebo není vůbec možná. Druhů bludů je mnoho, velmi časté jsou paranoidní bludy, s tím související bludy perzekuční, dále pak religiózní, hypochondrické a žárlivecké bludy.

Ze své několikileté praxe v denním stacionáři pro pacienty s psychotickým onemocněním na klinice ESET jsem se setkala s mnoha pacienty s psychózou, kteří měli bludnou produkci. Pro mne osobně velmi zajímavé a nové, jelikož jsem se s tím neselektovala tak často, byl u jednoho pacienta blud hypochondrický. Práce s ním byla velmi obtížná, jelikož neustále perseveroval své somatické problémy a každý den na skupině zmiňoval, že dnes zemře. Dokonce i v rámci arteterapie kreslil obrázky se stejnou tematikou, kde napsal i přesné datum svého skonu. Největší obavu měl z toho, že zkolabuje před cizími lidmi na ulici. Je velmi zajímavé, že pacienti, nejčastěji s diagnózou paranoidní schizofrenie, kteří se účastnili terapie v denním stacionáři, sami na sobě poruchu myšlení (blud) nepozorovali, to pro ně byla realita, ale u druhých spolupacientů ve skupině vnímali, že se jedná o chorobné myšlení, dokonce to i mnohdy sami nazývali bludnou produkcí.

V rámci skupinové psychoterapie psychóz je pak dle mého názoru nesmírně důležité neustále popisovat, porovnávat s aktuálním časem *tady a ted'* (realitou), oslovovat ostatní členy skupiny, tzv. „*nenechat se vtáhnout do bludu s pacientem*“. Podstatné je mít stále na paměti, že nelze bludy pacientům vyvracet či je dokonce bagatelizovat, a že i ten

nejnesmyslnější blud je podle mne alespoň nepatrnou měrou vystavěn na nějakém reálném základu, situaci, vzpomínce, která se v životě pacienta stala.

Orel (2012) je toho názoru, že se u schizofrenních pacientů objevují nejen poruchy myšlení ve formě bludů, ale i **inkoherece, myšlenkové zárazy a neologismy**. Totéž tvrdí i Bankovská Motlová a Španiel (2017), kteří popisují **dezorganizaci řeči a formální poruchy myšlení** u schizofrenních pacientů, které se projevují neologismy, inkoherencí, zárazy v myšlení, echolálií, mutismem, ztrátou schopnosti asociovat a verbigerací. U takto nemocných je patrná i **dezorganizace chování**. Projevuje se zanedbáváním celkové péče o sebe včetně nápaditostí v úpravě zevnějšku, bývá narušena i struktura dne, denní režim (příjem potravy, spánek), pacienti se schizofrenií se ve většině případů nezvládají starat o domácnost.

Poruchy motoriky jsou u pacientů se schizofrenií patrné buď zvýšenou, nebo sníženou mírou motorické aktivity. Při zvýšené míře motorické aktivity se pacienti cítí neklidní až agitovaní. Snížená motorická aktivita se může projevit až úplnou strnulostí čili stuporem, přičemž tento stav je životu nebezpečný. Dalšími projevy v oblasti motorického tempa jsou katatonní symptomy, které se mohou vyskytovat v rozličných podobách jako je např. manýrování, grimasování, stereotypie, katalepsie, echomatismy, povelový automatismus, raptus, excitace, a již zmiňovaný stuporózní stav (Bankovská Motlová & Španiel 2017; Raboch, Zvolský a kol., 2001).

Ze své profesní praxe právě s psychotickými pacienty je mi známo, že takto nemocní lidé mají rozličné příznaky a potřeby. Životní příběh každého z pacientů je individuální, a je třeba ke každému pacientovi s takto závažným na straně jedné, a zajímavým až fascinujícím na straně druhé, onemocněním, přistupovat. Stejného názoru je i Kučerová (2013), která na symptomatologii schizofrenie pohlíží jako na barvitou, fascinující a různorodou. Příznaky schizofrenie je třeba chápat komplexně, vnímat jejich vzájemné souvislosti a i osobnost toho kterého jedince, a mít na paměti i vývoj onemocnění v čase. Schizofrenie se mění v čase, vyvíjí se, je to proces. Zjednodušeně lze tvrdit, že se schizofrenie nedá zcela vyléčit nebo se jí nedá nadobro zbavit, ale lze ji léčit, kompenzovat, a v tom lepším případě „držet“ pacienty ve stádiu remise onemocnění.

1.3.2 Negativní příznaky schizofrenie

Mezi významné negativní příznaky, o kterých můžeme hovořit a které jsou spojeny s dysfunkcí čelního laloku mozku, patří **afektivní oploštění, anhedonie, abulie a alogie**. Uvedené vyplývá zejména ze skutečnosti, že frontální kortex úzce souvisí především s kognitivními funkcemi, motivací, emotivitou, spontaneitou a organizovaností jednání. Z neurochemického hlediska je vznik negativních příznaků dáván do souvislosti s hypodopaminergním stavem (Höschl a kol., 2004).

Češková (2012) se domnívá, že negativní příznaky jsou dány chorobným procesem a jsou většinou přítomny u lidí s první epizodou schizofrenní poruchy. Lze je považovat za primární. Vedle těchto primárních negativních příznaků se vyskytují ještě negativní symptomy druhotné, které mají souvislost s pozitivními příznaky. Jestliže má nemocný například halucinace, není schopen adekvátní komunikace, která je v danou chvíli vyžadována od okolí.

Negativní symptomy schizofrenie nejsou tak snadno ovlivnitelné léčbou, jako pozitivní příznaky, nemocní si stěžují, že nejsou schopni prožívat emoce, rozhodnout se, jsou bez zájmu, motivace, vůle a mají problémy s udržením pozornosti, obtížně něco začnou a dokončí (Koukolík, 1995).

Trvalé kognitivní postižení u nemocných se schizofrenií je způsobeno právě přítomností negativní symptomatiky a kognitivních deficitů, které mají závažnější a trvalejší dopad na celkové zdraví jedince než pozitivní příznaky (Oberaignerů a kol., 2011).

Dle Mentzose (2005 in Pěč & Probstová, 2009, 54) lze na psychotické symptomy nahlížet jako na výsledek kompenzačních a obranných mechanismů, tedy snahu „o řešení neřešitelné situace“.

1.4 Epidemiologie

Mohr (2012) tvrdí, že schizofrenie je jedním z nejzávažnějších onemocnění, a to nejen na poli psychiatrie, ale komplexně celé medicíny.

Schizofrenie je poměrně časté onemocnění, což lze mimo jiné vysledovat i z dostupných statistických údajů, kdy schizofrenní onemocnění patří mezi čtyři nejčastější diagnózy, pro které byli v roce 2018 ošetřeni pacienti v psychiatrických ambulancích. Konkrétně se jednalo o 8 % ze všech ošetřených pacientů. Co se týče podílu

na počtu hospitalizací v témže roce, tvořila léčba schizofrenie, schizotypálních poruch a poruch s bludy necelou pětinu z celkového počtu hospitalizací. V České republice onemocnění schizofrenií či schizotypální prouchou, a v neposlední řadě i poruchou s bludy, vede až k šesti tisícům hospitalizací ročně a průměrná ošetrovací doba takto nemocných činí 129 dnů. Schizofrenní pacienti tak zaujímají pomyslné prvenství co se týká průměrné doby ošetření. U většiny pacientů je po propuštění z hospitalizace nutná trvalá ambulantní psychiatrická péče, a to až u 67 % z nich, a též jsou těmto pacientům nejčastěji přiznány II. a III. stupně invalidity (ÚZIS, online, 2020).

Jedním z ukazatelů morbidit je prevalence, tedy číslo, které udává počet nemocných v populaci za definované časové období. U onemocnění se sklonem k chronicitě, jakým bezesporu schizofrenie je, není markantní rozdíl mezi prevalencí intervalovou a celoživotní. Celoživotní prevalence se pohybuje kolem 1 % (Höschl a kol., 2004).

Toto duševní onemocnění postihuje stejně často obě pohlaví, nicméně u žen se vyskytuje mnohdy až v pozdějším věku, nejčastěji mezi 25. a 35. rokem, zatímco u mužů se ve většině případů schizofrenie projeví již mezi 15. a 25. rokem. Obecně lze tvrdit, že ženy s touto diagnózou lépe zvládají sociální fungování než muži, jsou méně často hospitalizovány, což může být mimo jiné důsledkem vlivu estrogenů na dopaminergní systém (Češková, 2012).

V některých případech může k onemocnění dojít i v pozdějším věku. V těchto případech však jsou projevy a celý průběh duševní choroby poněkud odlišné, protože schizofrenie zasáhne již zformovanou osobnost jedince. Počátek onemocnění schizofrenie v dětství se vyskytuje pouze vzácně. Celoživotní riziko onemocnění schizofrenií je pro obě pohlaví shodné (Hosák et al., 2015).

1.5 Etiologie a patogeneze

Na etiologii schizofrenie lze nahlížet z více úhlů. Ať již z hlediska sociálního, psychologického, fyziologického nebo molekulárního, na těchto všech úrovních lze dohledat určité známky, svědčící o klíčovém narušení funkce (Rahn & Mahnkopf, 2000).

Etiologie schizofrenie není dosud přesně známa, a to i přes velký technologický pokrok, který nám umožňuje sledovat biochemické, elektrofyziologické i molekulární děje v mozku. Doposud není známo, zda existuje pouze jedna nevyhnutelná příčina

onemocnění, proto se nelze obejít bez hypotéz multifaktoriální etiologie a mnohočetných patogenetických vlivů. Jedna z teorií, která se týká patogeneze schizofrenie, je teorie stresu a vulnerability, jinak řečeno teorie zátěže a dispozice. „*Podle této teorie disponuje dědičná nebo získaná vloha k selhání adaptivních funkcí duševního života, což vede k nepřizpůsobivému prožívání a chování při zátěži. To prohlubuje snížení odolnosti jedince, a nakonec vyústí do klinické manifestace onemocnění*“ (Raboch, Zvolský a kol., 2001, 242).

Podle Rahna a Mahnkopfové (2000), pacienti trpící schizofrenií jsou náchylnější k různým formám stresu a obecně lze tvrdit, že mají nižší frustrační toleranci. Celkově jsou tedy zranitelnější než běžná populace, a to na všech úrovních, jak psychické, tak i fyzické a sociální. Kognitivní procesy u schizofrenních pacientů mají celkově vliv na nižší odolnost vůči stresu.

U jedinců, kteří jsou zranitelnější, jinými slovy mají větší vulnerabilitu vůči zátěži, je i o něco větší pravděpodobnost, že onemocní schizofrenií. Stres či neúnosná míra zátěže, která může mít různý charakter (od biologického až po psychosociální), společně s genetickou predispozicí daného jedince může vyústit až v rozvoj poruchy psychického spektra (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2006).

Jak tvrdí Alanen (1997 in Pěč & Probstová, 2009) vulnerabilita u schizofrenních pacientů souvisí s psychosociálními zkušenostmi z raného dětství. Tito jedinci jsou pak díky těmto zkušenostem v dospělosti hůře vybaveni odolností osobnosti, když se v jejich životě nakumuluje větší míra stresových situací.

Jsem stejného názoru jako Syřišťová (1972), která ve své, byť již skoro padesát let staré publikaci, a pro mne osobně z určitého hlediska stále aktuální, tvrdí, že člověk, který je fyzicky i psychicky zdravý, v zátěžových situacích mobilizuje své obranné mechanismy včetně určité duševní síly - rezervy. Oproti tomu duševně nemocný jedinec, konkrétně pacient se schizofrenním onemocněním, se spíše stahuje a uzavírá sám do sebe, izoluje se od vnějšího okolí, tím pádem více propadá pocitům beznaděje a úzkosti, a to vše má za následek narušení integrace osobnosti. Integraci osobnosti chápe Syřišťová jako jedno z nejdůležitějších kritérií pro fungování psychické činnosti. Zatímco extrémním protikladem jsou právě psychózy, kde dochází k dezintegraci či až fragmentaci osobnosti.

Schizofrenní psychózu tedy nelze vnímat pouze jako psychologickou reakci zdravého jedince na extrémní podmínky. Bylo by příliš zjednodušující a v mnoha ohledech

insuficientní tvrdit, že jde pouze o jakési selhání rolí a komunikace mezi rodinnými příslušníky a blízkým okolím, anebo že má vše na svědomí nadměrný stres potencovaný přehnanými emocemi blízkých (Rahn & Mahnkopf, 2000; Hrubcová, 2017).

Významnou roli hrají v etiopatogenezi schizofrenie i **zobrazovací metody** mozku, které poukazují na strukturální a funkční změny mozku u pacientů se schizofrenií. U osob trpících schizofrenií byly zjištěny díky těmto zobrazovacím metodám snížené kapacity některých mozkových struktur (amygdala, temporální lalok, prefrontální kortex a úbytek bílé hmoty mozkové), co se týká funkčních abnormalit mozku schizofreniků, byly zde zjištěny poruchy neurotransmiterových transmisí včetně poruch intracelulárního přenosu signálu (Češková, 2012; Svoboda, Češková, & Kučerová, 2006).

Zobrazovací metody mozku potvrdily u pacientů se schizofrenií typické neuroanatomické změny. Jedná se o snížení celkového objemu mozku včetně šedé hmoty mozkové, též snížení objemu mozkových struktur, které jsou tvořeny bílou hmotou mozkovou. Právě tyto strukturální změny bílé mozkové hmoty vedou u schizofrenních pacientů k poruchám kognitivních funkcí a asociativního myšlení (Raboch, Pavlovský a kol., 2013).

Bazální poruchou u onemocnění schizofrenie je narušení procesu zpracování informací. Dle Češkové (2012, 14) je jako jedna z možných příčin „*zvažováno rozpojení mezi prefrontální mozkovou kůrou a limbickým systémem a rozpojení na úrovni kůry mozkové, včetně komunikace mezi pravou a levou hemisférou.*“

Studie Woodwarda a Heckerse z roku 2015, jasně prokázala vliv léčby antipsychotiky na morfologické a funkční změny mozku u schizofrenních pacientů. Pro klinické využití se jeví jako nadějně metody rozpoznávání obrazových vzorů, které by v budoucnu mohly umožnit použití vyšetření magnetickou rezonancí jako screeningu rizika rozvoje psychózy, mohly by být použity i v diferenciální diagnostice psychiatrických onemocnění či přispět k odhadu prognózy. Dosud však nedosahují uspokojivých výsledků.

Co se týče patogeneze schizofrenie, zde hraje nezastupitelnou roli neurochemický transmitter - **dopamin**, který má vliv na citlivost vůči podnětům motivujícím chování jedince (Hosák et al., 2015).

Dopaminová hypotéza

Neurochemické základy schizofrenie zahrnují i změny v metabolických, neurotransmiterových a neuroendokrinních systémech. Nejvíce známá a rozšířená neurochemická hypotéza u onemocnění schizofrenie je právě **dopaminová hypotéza**. Podle této hypotézy souvisí psychotické příznaky s dopaminergní hyperaktivitou mozku, což má za následek vznik negativních symptomů u tohoto onemocnění (Raboch, Pavlovský a kol., 2013).

Dopaminová hypotéza bere v potaz i účinky antipsychotik a předpokládá nedostatek dopaminu v korových oblastech mozku, a naopak jeho nadbytek, který se vyskytuje subkortikálně (Češková, 2012). U psychotických pacientů dochází k nadměrné aktivaci přenosu dopaminu, což způsobuje chaos, zahlcení až přesycení, a to jak vnějšími, tak i vnitřními podněty. Tato porucha dopaminové transmise a zpracování informací v mozku schizofrenních pacientů se klinicky manifestuje formou bludů a halucinací.

Dle Rabocha a kolektivu autorů (2001) neuroleptika působí jako antagonisté na dopaminovaných receptorech. Aktuálně je známo pět typů molekul, které slouží jako dopaminové receptory s vlastními geny a distribucí v mozku. Naopak např. amfetamin, který je dopaminergním agonistou, vede k manifestaci psychotických projevů včetně vztahovačnosti a změn v chování jedince. „*Vedle nadměrné aktivity dopaminergního přenosu má u schizofrenie úlohu pokles aktivity dopaminu v prefrontální mozkové kůře, který je pravděpodobně spojen s přítomností negativních příznaků a snížením některých kognitivních schopností, jako je např. pracovní paměť.*“ (Raboch, Zvolský a kol., 2001, 243).

Vzhledem k mechanismu účinku nových antipsychotik a v souvislosti s ověřováním dopaminové hypotézy byly zkoumány i další možné neuromediátorové systémy ve vztahu k onemocnění schizofrenie. Jedná se například o glutamátergní systém, serotoninergní systém, noradrenergní systém a i některé peptinergní systémy (Tuček & Chodura, 2005). To samé tvrdí i Orel a kol. (2016), totiž že při vzniku schizofrenního onemocnění nejsou vyloučeny další neurotransmiterové systémy, např. mediátory glutamát, serotonin, noradrenalin apod.

Vliv glutamátu

Dalším významným neurotransmiterem, který byl zkoumán v souvislosti se schizofrenním onemocněním, je dle Češkové (2012) **glutamát**. Rizikové geny schizofrenie mají souvislost s glutamátovou transmisí. Nicméně u schizofrenie nejde o narušení jednoho či dvou neurotransmiterů, ale o vzájemnou interakci neurotransmiterových systémů v mozku.

Rozvoj a původ schizofrenie dává do souvislosti i Bubeníková (2005), která je toho názoru, že glutamátergní systém se podílí na plasticitě mozku. Některé druhy antipsychotik mají vliv právě na hladinu glutamátu v mozku. U schizofrenních pacientů je systém neurotransmise glutamátu poškozen, což má za následek změny chování a vede k narušení kognitivních funkcí a manifestaci schizofrenních příznaků. Harrison a Owen (2003) ve svém výzkumu poukazují shodně jako Bubeníková, že molekulární změny, které vedou k funkčním změnám v glutamátergní transmisí, mají velký význam v etiologii schizofrenie.

Poruchy glutamátové transmise jsou dávány do souvislosti s negativními příznaky schizofrenního onemocnění, včetně narušení kognitivních schopností, a to konkrétně v oblasti paměti a učení. Nedostatek glutamátu vede k rozvoji negativní symptomatologie (Preiss, Kučerová a kol., 2006).

Nelze však, dle Češkové (2012) přisuzovat etiologii schizofrenie pouze jednomu z neurotransmiterových systémů, ba naopak, je třeba se zabývat interakcí těchto systémů a nahlížet na ně komplexně.

Etiologie schizofrenie je podmíněna i geneticky, kombinací více faktorů, genů a vlivu prostředí (Raboch, Pavlovský a kol., 2013). Schizofrenní onemocnění má pravděpodobně určité genetické souvislosti, ale nelze přesně určit, jaké jsou povahy. Mohr (2012, 342) se domnívá, že „*Genetické a epigenetické faktory jsou zodpovědné za vznik schizofrenie až v 80%.*“

1.6 Diagnostika a klasifikace

V roce 2019 přijala Světová zdravotnická organizace poslední jedenáctou revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11), do praxe by měla být zavedena počátkem roku 2022. Je patrné, že právě klasifikace a diagnostika je nejjednoznačnější u těch duševních poruch, kde je nejvíce poznatků o původu onemocnění včetně patofyziologie. Psychotické

poruchy, schizofrenie a schizoafektivní poruchy však mezi takovátoto onemocnění nepatří, jak ostatně vyplývá i z předchozího textu. MKN-11 proto upouští od diferenciacie schizofrenie na jednotlivé podtypy, o to více pak cílí na plnou či částečnou remisi těchto onemocnění a dále pak na to, zda se jedná o první či opakovanou epizodu nebo zda se jedná o poruchu s kontinuálním průběhem. Též bere na zřetel převažující symptomy (Mohr, 2020).

Diagnostika schizofrenie je velmi komplikovaná, ostatně jako samo onemocnění, u kterého se může vyskytovat velmi široké spektrum symptomů. Jsem ve shodě s Kučerovou (2013), že diagnostikovat onemocnění schizofrenie není lehké a každý pacient je individuální, a to nejen v manifestaci jednotlivých příznaků. Za nejvýraznější symptom schizofrenie dle Kučerové lze považovat inkoherentní myšlení.

V současné době je však dosud aktuální MKN-10, podle níž klasifikace schizofrenie spočívá v průkazu přítomnosti psychotických příznaků, které by měly trvat alespoň jeden měsíc. Americká klasifikace nemocí DMS-V pak vyžaduje dokonce půlroční dobu trvání příznaků. Je velice obtížné určit přesnou dobu vzniku, respektive nástupu onemocnění, a přitom toto má nesmírný význam ve včasné diagnostice a vhodném způsobu léčby a s tím spojené prognóze onemocnění (Smolík, 2002).

Ještě složitější situace pak nastává, pokud se jedná o diagnostikování schizofrenie u dětí. Od komplikací s diagnostikováním se pak přirozeně odvíjí i příznivost prognózy, která se snižuje v přímé úměře k věku nástupu onemocnění (Hosák et al., 2015).

Podle MKN-10 je schizofrenie charakteristická typickými poruchami myšlení a vnímání. Dle Kučerové (2013) se mezi nejvýznamnější psychopatologické fenomény u onemocnění schizofrenie řadí:

- ozvučování vlastních myšlenek
- vkládání či odnímání myšlenek
- bludné vnímání
- bludy
- sluchové halucinace
- poruchy myšlení
- negativní příznaky

Průběh schizofrenie pak může být různorodý. Buď se jedná o průběh epizodický s narůstajícím nebo trvalým defektem, trvalý průběh nebo průběh s jednou atakou či více atakami, a to buď s úplnou nebo neúplnou remisí. Na základě převažující psychopatologie se schizofrenní poruchy podle MKN-10 dělí na několik níže popsaných klinických forem. Jednotlivé podtypy autorka již popsal ve své bakalářské práci (Hrubcová, 2017).

1.6.1 Podtypy schizofrenie

Paranoidní schizofrenie F 20.0

Paranoidní forma schizofrenie patří mezi nejčastější a relativně snadno diagnostikovatelné podoby tohoto onemocnění. Dominantním symptomem jsou relativně stálé paranoidní bludy, které jsou většinou doprovázeny akustickými halucinacemi a dalšími poruchami vnímání. Bludy mohou zahrnovat témata perzekucí, ale i omnipotentní. Typické jsou také imperativní halucinace, komentující hlasy, ale mohou se vyskytovat i halucinace tělové, taktilní, čichové, chuťové i kinestetické (Raboch, Zvolský a kol., 2001).

Hebefrenní schizofrenie F 20.1

Hebefrenní schizofrenie svými projevy napodobuje pubertální období. Propuká nejčastěji právě v období dospívání a časně dospělosti. Bludy a halucinace nejsou dominantní tak, jak tomu je u paranoidní formy schizofrenie. V popředí klinického obrazu hebefrenie jsou nepřiléhavost chování i emocí a celková dezorganizace duševního života. Běžný sociální kontakt s takto nemocným je velice obtížný a nevyzpytatelný (Svoboda a kol., 2006).

Katatonní schizofrenie F 20.2

Katatonní schizofrenii dominují v klinickém obrazu poruchy psychomotoriky. Produktivní forma se projevuje extrémně zvýšenou a neúčelnou motorickou aktivitou až bezcílným neklidem, manýrováním a grimasováním. Neproduktivní forma se oproti tomu projevuje katatonním stuporem, který může být spojen i se zaujímáním nepřírodných pozic, voskovou ohebností, povelovým automatismem, napodobováním a negativismem.

Katatonní symptomy se mohou vyskytovat i u organických poškození mozku (Höschl a kol., 2004).

Nediferencovaná schizofrenie F 20.3

Nediferencovaná schizofrenie je dle Rabocha a Zvolského (2001) forma schizofrenie, kterou nelze nikam konkrétně zařadit, jelikož se zde vyskytují symptomy ze všech psychopatologických okruhů typických pro schizofrenní onemocnění. Smolík (1996, 159) definuje nediferencovanou schizofrenii jako „...stavy, splňující obecná kritéria pro schizofrenii, ale buďto je není možné zařadit k žádnému ze specifických subtypů, nebo obsahují rysy z více než jednoho z nich.“

Postschizofrenní deprese F 20.4

Postschizofrenní depresí se rozumí depresivní epizoda, u které jsou přítomny ještě stále nějaké schizofrenní symptomy, které však již nedominují v klinickém obraze. Postschizofrenní deprese může trvat dlouho a nastupuje a přetrvává po odeznění schizofrenie (Smolík, 1996). Postschizofrenní deprese se podle Mrkvičky (2005) častěji vyskytuje u chronických schizofrenií s výrazným poškozením. Deprese nasedá na rozvinutý defekt, který se vlivem depresivního ladění prohlubuje a zhoršuje tak prognózu onemocnění. Nemocný se může snažit z nepříznivého stavu utéct zpět do psychózy a dojde tak k relapsu anebo jeho stav vyústí právě do deprese.

Reziduální schizofrenie F 20.5

Reziduální schizofrenie představuje chronický přetrvávající stav po odeznění schizofrenní ataky s pozitivními příznaky. Reziduální schizofrenie, dříve diagnostikována postpsychotickým defektem či psychopatizací, se projevuje oploštělou emotivitou, pasivitou, nedostatečnou verbální komunikací, zanedbáním sebe i svého okolí, podivínstvím a restrikcí sociálních vztahů. Může v sobě zahrnovat symptomy, které byly přítomny již před první psychotickou atakou (Höschl a kol., 2004).

Simplexní schizofrenie F 20.6

Simplexní schizofrenie je závažnou a vzácně se vyskytující formou onemocnění, rozvíjející se plíživě a postupně bez zřejmých psychotických příznaků. Dominují zde

změny chování a abulie, společně s oploštěním emocí, dochází k poklesu celkového výkonu na jakékoliv požadavky okolí (Smolík, 1996).

Ostatní psychotické poruchy schizofrenního charakteru

Na tomto místě bych se ráda zmínila o psychických poruchách, které se projevují analogickými symptomy jako schizofrenie, jedná se nicméně o samostatnou kategorii duševních onemocnění, které řadíme do schizofrenního okruhu.

Schizotypní porucha F 21

Schizotypní porucha se dle Rabocha a Zvolského (2001) projevuje stereotypním myšlením, nepřiléhavým a neúčelným formálním chováním, zhoršenou schopností soustředění a sníženou schopností ovládnutí vlastních myšlenek. Schizotypní porucha s těmito symptomy, které se vyskytují i u schizofrenie, má nicméně menší dopad na rozvrat integrity psychiky jedince. Jedinci s diagnózou schizotypní poruchy jsou sociálně stažení a zaobírají se více sami sebou než okolním děním, jsou si nejistí, mají tendence k podezřívavému chování, jsou stále ve střehu. Tyto všechny symptomy mají kolísavý charakter, tudíž se mohou objevovat i krátké epizody psychózy s bludy a halucinacemi.

Trvalá porucha s bludy F 22

Trvalá porucha s bludy je charakteristická dlouhodobými bludy, které mohou být perzekuční, inventorní, žárlivecké, dysmorfické, erotomanické, hypochondrické a kverulantní a prolínají se životem nemocného. Může se vyskytovat pouze jeden blud anebo více bludů současně, které mohou být rafinovaně propojené a někdy mohou mít i halucinatorní doprovod (Smolík, 1996).

Akutní přechodná psychotická porucha F 23

Akutní přechodná psychotická porucha patří do skupiny schizofrenního okruhu a je pro ni typický akutní začátek, který se do dvou dnů rozvine v akutní přechodnou psychotickou poruchu. Symptomy této poruchy jsou často velmi nestálé, rychle se střídají a mění - ze dne na den či z hodiny na hodinu. Mohou být též spojeny s akutním stresem (Raboch, Zvolský a kol., 2001). Tato porucha se vyznačuje mimo jiné i tím, že netrvá dlouhou dobu - jedná se o dobu kratší než jeden měsíc (Orel et al., 2012).

Indukovaná porucha s bludy (folie á deux) F 24

Tato zajímavá forma poruchy s bludy je dle Smolíka (1996) poměrně vzácná. Jedná se o sdílení bludů či bludného systému dvěma nebo více osobami, které jsou si vzájemně hodně blízké, přičemž častěji postihuje ženy. Bludy se zde stávají jediným možným způsobem komunikace. Pouze jedna z osob však trpí skutečnou psychotickou poruchou. Prvním krokem léčby je oddělení těchto osob od vzájemného izolovaného připoutání.

Schizoafektivní porucha F 25

Schizoafektivní porucha je velmi častou diagnózou v klinické praxi. Jak je již z názvu zřejmé, jedná se o onemocnění, u kterého se vyskytují poruchy nálad současně se schizofrenními poruchami. Podle rysů afektivní složky, které v tu danou chvíli převládají, se schizoafektivní poruchy dělí na manický, depresivní a smíšený typ (Smolík, 2002).

1.7 Léčba schizofrenie

Terapie schizofrenie vyžaduje **komplexní přístup**, většinou se prosazují kombinované postupy. V souladu s multifaktoriální etiologií existuje řada východisek k léčení schizofrenie. Jednotlivé příznaky schizofrenie se dají dobře ovlivnit či zcela odstranit. Léčebné metody u psychotických onemocnění lze ve zcela obecné rovině rozdělit na metody biologické, psychologické a sociální (Rahn & Mahnkopf, 2000).

S ohledem na téma této práce se v dalších podkapitolách zaměřím pouze na léčbu psychofarmakologickou (biologická metoda) a nefarmakologickou (psychologická metoda), kterým jsem se věnovala již ve své bakalářské práci, odkud jsem pro tyto účely čerpala (Hrubcová, 2017).

1.7.1 Psychofarmakologická léčba

Existuje mnoho důvodů, proč psychochirurgická léčba schizofrenie byla zavržena. Tyto důvody jsou nejen etické, ale kruciólním důvodem této změny byl vývoj psychofarmakologických látek v 50. letech minulého století. Léky označované dříve jako neuroleptika, nyní jako **antipsychotika**, se primárně používají při léčbě schizofrenie. Antipsychotika pojí společná vlastnost, a to blokáce přenosu neurotransmiteru dopaminu. Dopamin je v léčbě schizofrenie hlavním neuropřenašečem, který vytváří přechodné

oblasti mezi středním mozkem a mezimozkem. Všeobecně mozkové neurotransmitery mají vliv na změny nálad, pozornosti a vigility a promítají se i do všech kognitivních operací (Solms & Turnbull, 2014).

V současné době léčba schizofrenie necílí pouze na aktuální pozitivní příznaky onemocnění, ale snaží se o co nejdélejší remisi. K léčbě takto nemocných je potřeba přistupovat komplexně, to znamená součinnost farmakoterapie, psychosociální léčby a řádné psychiatrické rehabilitace. Hlavní roli stále hrají antipsychotika, terapie psychotických poruch se bez psychofarmak neobejde. Antipsychotika mají vliv na zmírnění hlavně pozitivních symptomů a mají též preventivní charakter, který spočívá v tom, že zabraňují častým relapsům. **Prevence relapsu** je ústředním motivem v terapii schizofrenie. Z řady výzkumných studií, které se zabývaly léčbou schizofrenie, vyplývá, že pacienti, kteří užívali depotní medikaci, měli méně relapsů a s tím spojených hospitalizací než pacienti, kteří užívali psychofarmaka pouze perorálně (Bankovská Motlová & Španiel, 2017).

To lze podle mého názoru vysvětlit tím, že pacienti na depotních preparátech pravidelně a pod kontrolou užívají naordinovanou medikaci, zatímco pacienti, kteří užívají pouze perorální medikaci, často zapomínají léky brát či si sami upravují dávkování, vysazují léky, apod.

Cílem léčby schizofrenie je zlepšení pozitivních, negativních, kognitivních a afektivních symptomů a celkové zkvalitnění života nemocných. Farmakoterapie antipsychotiky by měla vést k znovuzískání kontroly pacientů nad vlastním prožíváním a chováním. Jako psychofarmaka první volby jsou v dnešní době při léčbě schizofrenie preferována antipsychotika druhé generace, kterým se též říká atypická antipsychotika. Ta jsou oproti starším „klasickým“ antipsychotikům pacienty lépe snášena, jelikož mají méně nežádoucích účinků s větším spektrem efektivity, je zde prokázána lepší compliance a udržovací léčba (Češková, 2012).

Švestka (1995) tvrdí, že antipsychotika jsou **hlavní psychofarmaka** při léčbě akutních psychóz, ale v jednotlivých případech lze použít při terapii schizofrenie i **jiná psychofarmaka**. Další skupina léků v terapii psychóz slouží k eliminaci příznaků, které mohou být součástí schizofrenního onemocnění. Mezi ně patří antidepresiva, benzodiazepiny, thymopropylaktika, anticholinergika či beta blokátory. Včasné zahájení léčby psychofarmaky má velký význam pro další průběh schizofrenního onemocnění.

Je zřejmé, že čím dříve se zahájí léčba (nejlépe když je nemoc pokud možno ještě na počátku a není plně rozvinuta), tím lepší je prognóza onemocnění, snižuje se i četnost relapsů a medikace a jsou i lépe zachovány sociální vazby (Raboch, Zvolský a kol., 2001).

V současnosti je při farmakologické léčbě schizofrenie kladen důraz na zachování kognitivních funkcí a remisi onemocnění včetně každodenního fungování pacientů. Nové antipsychotikum **kariprazin** je zkoumáno v posledních patnácti letech a ukazuje se, že nemá tolik vedlejších nežádoucích účinků jako jiná atypická antipsychotika. Pacienti nejsou tolik utlumení, nedochází k velkému nárůstu hmotnosti, nezpůsobuje hyperprolaktémii a ani nevede k sexuálním dysfunkcím. Hlavním těžištěm tohoto nového antipsychotika je to, že cílí nejen na pozitivní symptomy, ale, a to hlavně, i na negativní příznaky schizofrenního onemocnění, které pacienti v rámci celkového onemocnění vnímají jako nejvíce obtěžující a svazující (Masopust & Mohr, 2019).

1.7.2 Nefarmakologická léčba

Primárním posláním při terapii schizofrenie je navázání terapeutického vztahu, což je dlouhodobý proces, který je závislý na jednotlivých fázích průběhu onemocnění. Dobře vedená terapie může lidem s onemocněním schizofrenie zkvalitnit život, naopak nevhodný způsob terapie může vést k chronifikaci onemocnění (Höschl a kol., 2004).

Psychologický postup při léčbě schizofrenního onemocnění spočívá ve využívání psychologických vlivů nespécifické povahy. Takovým vlivem může být například jednání zdravotníků, organizace léčebného režimu apod. **Psychologický přístup** k nemocnému se konkrétně může projevat autoritou a autentičností, úctou, respektem a porozuměním (Vymětal, 2003).

Psychoedukace je nezbytnou součástí terapie psychóz, a to nejen proto, že by měla poskytnout pacientovi dostatečné množství potřebných informací o onemocnění a nezbytných léčebných zákrocích, ale i proto, že disponuje potenciálem zajistit dlouhodobou aktivní spolupráci pacienta, vede k upevnění terapeutické aliance a vzájemné důvěry, což je pro dobře fungující terapii nezbytné. Zároveň je vhodné v rámci psychoedukace připravit nemocného na možné obtíže spojené s léčbou, průběhem a následky onemocnění. Velký význam zde má i kooperace s rodinnými příslušníky (Raboch, Zvolský a kol., 2001).

Psychoterapeutické postupy se užívají v kombinaci s farmakologickou léčbou, jsou nedílnou součástí terapie schizofrenie a sekundární prevence, obzvláště pak psychoedukativní intervence a intervence zaměřené na rodinu nemocného. Psychoterapie je interdisciplinárním oborem a v současné době je využívána převážně v psychiatrii, ale samozřejmě je potřebná i v jiných medicínských oborech (Rahn & Mahnkopf, 2000). „*Formou psychoterapie rozumíme její základní uspořádání, prostředky pak konkrétní metody, způsoby a postupy, jimiž dosahuje cílů.*“ (Vymětal, 2003, 67).

Dle Kratochvíla (2012) je psychoterapie specializovaná metoda léčení, soubor léčebných metod, proces sociální interakce a léčebného působení. Psychoterapeutickou léčbu lze rozdělit podle toho, čím působí, čeho by měla dosáhnout, k čemu při ní dochází, co se při ní děje a také kdo působí. Cíle psychoterapie jsou dvojí. Jedná se v první řadě o odstranění patologických symptomů jedince a dále rovněž o reedukaci, resocializaci a integraci osobnosti nemocného.

Psychoterapeutickými postupy míní Raboch a Zvolský (2001) cílené používání specifických psychologických prostředků v rámci terapeutického vztahu. Psychologické prostředky můžeme rozdělit na verbální a nonverbální. Psychoterapie je odborná činnost, která vyžaduje speciální přípravu.

Individuální psychoterapie

V rámci individuální psychoterapie vzniká mezi terapeutem a pacientem poměrně **intenzivní vztah**. Z tohoto důvodu se nazývá též **dyadickou terapií**. Individuální psychoterapie bývá v praxi hojně využívána. Velice důležitým faktorem je zde osobnost a chování terapeuta, dále bezesporu i jeho teoretické znalosti a způsob práce s nemocným člověkem. Individuální psychoterapie by měla být tvořena vzájemnou interakcí a komunikační výměnou, dochází zde k vzájemnému ovlivňování obou stran, kdy vedoucí roli a zodpovědnost za výsledek terapie má samozřejmě terapeut (Vymětal, 2004).

Rozhodujícím faktorem je dle Mentzose (2005) nejen empatické vedení pacientů terapeutem, ale i schopnost terapeuta adekvátně pojmenovat „*zmatení pocitů*“ pacienta. Řeč lze pak v rámci individuální psychoterapie vnímat jako něco třetího mezi pacientem a terapeutem, přičemž právě řeč slouží k jasnému ohraničení obou aktérů v dyadickém vztahu a zároveň slouží ke spojení společného vztahového rámce.

Mentzos (2012), který má dlouholeté zkušenosti zvláště s individuální terapií psychóz, efektivně využívá terapeutické metody, jakými jsou dialog, verbální i neverbální komunikace, pojmenování pocitů, práce se sny a obrazy a používáním metafor. Podle něj je stěžejním vhodný terapeutický postoj, který v sobě zahrnuje umění intenzivně se vcítit do pacientových obtíží a současně si udržet respektující odstup. Terapeut by měl být angažovaný, ale rozhodně by neměl být intruzivní. Individuální, ale i skupinová, psychoterapie schizofrenních pacientů klade nesmírné nároky na osobnost terapeuta zejména co se týče trpělivosti a vytrvalosti a schopnosti porozumět paradoxnímu chování a prožívání psychotických pacientů bez nutkové potřeby je interpretovat za každé situace a za každou cenu.

Rahn & Mahnkopf (2000) taktéž zmiňují velké **nároky na terapeuta**, který by měl umět trpělivě zvládnout veškeré zvláštnosti a těžkosti v rámci individuální či skupinové psychoterapie a zároveň by měl umět udržet patřičný náhled na svůj vlastní vztah k problémům, které jsou v rámci psychoterapie sdíleny. K efektivitě psychoterapie schizofrenních pacientů je třeba, aby se na ní stabilně podílely osoby, které jsou schopny přizpůsobit terapeutické sezení aktuálnímu stavu a potřebám daného pacienta a aby se tyto osoby v čase, pokud možno příliš neměnily.

Skupinová psychoterapie

Z vlastní profesní zkušenosti vnímám **obrovský význam** skupinové psychoterapie pro nemocné schizofrenií. Nejen, že skupina představuje pro takto nemocné komplexní situaci v sociálních interakcích, ale poskytuje též pocit sociální kompetence a účasti, umožňuje zlepšit testování reality a v neposlední řadě vede k většímu náhledu na nemoc. Prospěšná skupinová psychoterapie pro schizofreniky by měla být rozhodně dlouhodobá. Skupinová psychoterapie u psychotických poruch má za sebou dlouhou historii. Již od počátku 20. století v rámci hospitalizací probíhala práce ve skupinách s takto nemocnými osobami. „*Pokud však existuje nějaká původní skupinová terapie, která je předchůdcem těch ostatních, pak je to otevřená dlouhodobá ambulantní skupinová terapie.*“ (Yalom, 1999, 535).

Ve 40. letech 20. století, kdy se skupinová psychoterapie začala hojněji využívat, prošla řadou změn a shromáždila velké množství vědomostí, ať již za pomoci „pouhého“ klinického pozorování, či již velmi sofistikovaně prostřednictvím empirického výzkumu.

Ke klíčovým změnám ve vývoji psychoterapie pak došlo v 50. letech minulého století, kdy se jednak začala v léčbě psychoticky nemocných pacientů užívat neuroleptika, a jednak začalo postupně docházet k deinstitucionalizaci a rozvoji komunitní péče. Dlouhodobější skupinová terapie se z institucí (léčeben) postupně začala přemísťovat do ambulancí či pozvolně vznikajících denních stacionářů (Pěč, 2010).

V dnešní době se v rámci skupinové psychoterapie upřednostňuje především eklektický přístup, který kombinuje metody a technik různých psychologických směrů, konkrétněji dynamickou náhledovou psychoterapii s nácvikem chování (Kratochvíl, 2009).

Spektrum forem skupinových psychoterapií je velmi široké a **technické styly vedení** skupinové psychoterapie jsou tudíž rovněž různorodé. Jedná se například o kognitivně behaviorální terapii, gestalt terapii, psychoanalytickou, psychoedukativní, psychodramatickou terapii, podpůrnou psychoterapeutickou skupinu a mnoho, mnoho dalších. Rozmanitá jsou i **prostředí**, ve kterých může skupinová psychoterapie probíhat. To, co by mělo být všem skupinovým psychoterapiím společné, je mezilidská interakce. „*Dobře fungující terapeutická skupina nejdříve poskytuje pacientům prostor pro volnou interakci, pak jim pomáhá zjistit, co je s jejich interakcemi v nepořádku, porozumět tomu a nakonec jim umožňuje tyto maladaptivní vzorce změnit.*“ (Yalom, 1999, 16).

Skupinová psychoterapie dle Kratochvíla (2009) má určité specifické rysy, tudíž jsou zde kladeny i osobitější a větší **nároky na osobu terapeuta**. Je třeba, aby byl aktivní, direktivní, podporoval, podněcoval a udržoval skupinovou dynamiku. Téhož názoru je i Strossová (1984, in Kratochvíl, 2009), která ještě zmiňuje jako velmi podstatný opravdový zájem, pozitivní emoční vztah a velkou trpělivost terapeuta s pacientem. Skupiny mohou být **uzavřené a otevřené**. V uzavřených skupinách se celého terapeutického procesu účastní stejní lidé, což se za ideální situace týká jak pacientů, tak i terapeutického týmu. Do otevřených skupin kontinuálně v jejich průběhu mohou přicházet a odcházet noví členové. Tudíž je skupina „*věčná*“, jen se po nějaké době mění složení jejích členů, na rozdíl od skupiny uzavřené, která je předem časově ohraničená délkou terapie (Vymětal, 2003).

Psychoterapeutická skupina by měla za ideální situace čítat minimálně pět a maximálně dvanáct členů. Velký význam zde má skupinová dynamika, pracuje se s interakcí a vztahy mezi jednotlivými členy skupiny, což by mělo vést k naplnění terapeutických cílů (Raboch, Zvolský a kol., 2001).

Orfanos (2015) ve svém výzkumu uvádí, že efekt skupiny je obrovský, konkrétně u skupinové psychoterapie psychóz. Skupina má podle něj nesespecifický vliv na negativní příznaky u pacientů trpících schizofrenním onemocněním včetně jejich sociálního fungování, a to bez ohledu na psychoterapeutickou orientaci. Z jiného výzkumu vyplývá, že navzdory pozorovatelnému účinku jsou psychoterapeutické skupinové programy realizovatelné pouze na omezenou část pacientů se schizofrenií a terapeuti by se měli umět vyrovnat s neplánovaným ukončením terapie (drop-out), ke kterému dochází zhruba u poloviny pacientů (Lincoln et al., 2014).

Co se týče konkrétních specifík charakteristických pro **skupinovou terapii psychóz**, oproti jiným psychoterapeutickým skupinám zde obvykle působí buď dva terapeuti, nebo terapeut v součinnosti s koterapeutem, což je dáno mírou patologie onemocnění, na které jsou tyto skupiny zaměřeny. V úvahu je přitom třeba brát především nároky kladené v daném případě na převádění psychotických obsahů a prožívání pacienta do reality (Strossová, 1984, in Kratochvíl, 2009). Ze stejných důvodů je třeba mnohem více dbát na striktní dodržení délky sezení, která by neměla přesáhnout jednu hodinu (Raboch, Zvolský a kol., 2001). Psychoterapie psychóz by dle Zvolského (1996) měla být dlouhodobá a následně by na ni měla navazovat sociální a pracovní rehabilitace. Významným faktorem pro skupinovou psychoterapii psychóz je i stálost jednoho z terapeutů.

2 KOGNITIVNÍ FUNKCE U SCHIZOFRENNÍCH PACIENTŮ

Tématem diplomové práce je subjektivně vnímaný kognitivní deficit u pacientů s psychotickým onemocněním, nejčastěji schizofrenních pacientů, tudíž je tato kapitola věnována problematice narušení kognitivních funkcí v souvislosti s tímto onemocněním. V jednotlivých podkapitolách je popsána historie zkoumání kognitivního deficitu, dále jsou zde definovány nejvíce zasažené oblasti kognitivního deficitu u pacientů se schizofrenií, jako pozornost, paměť, exekutivní a jazykové schopnosti.

Pojem kognitivní funkce v sobě zahrnuje široké spektrum mentálních a intelektových schopností jedince, které přímo souvisí s fungováním mozkové kůry (Preiss, Kučerová a kol., 2006).

Změny v oblasti kognitivních funkcí se u schizofrenních pacientů formují již v období před začátkem onemocnění. Jsou tak spíše vnímány jako premorbidní dispozice než samotné kognitivní deficity. Kognitivním deficitem bývají nejčastěji ohroženi pacienti s chronickým průběhem onemocnění. Důsledkem tohoto handicapu pak zpravidla bývá slabší odezva na léčbu (Obereignerů et al., 2011).

Kognitivní deficit u pacientů trpících schizofrenií je mnoha autory považován za klíčový symptom. Právě kognitivní nedostatečnost u schizofrenie bývá dávána do souvislosti s negativní symptomatologií a sníženou kvalitou života schizofreniků včetně jejich psychosociálního fungování. Neurokognitivní deficit je tak dle Stehnové a kol. (2015) považován za základní symptom schizofrenie, který se zpravidla manifestuje již v průběhu první epizody, přičemž kognitivní nedostatečnost se v průběhu tohoto závažného onemocnění prohlubuje a lze tvrdit, že určitým způsobem znesnadňuje celkovou léčbu schizofrenního onemocnění.

Kognitivní deficit se u pacientů trpících schizofrenií liší formou, závažností a na jeho rozsah má vliv i samotný průběh onemocnění; lze jej prokázat až u více než poloviny pacientů (Oberaignerů et al., 2011). Bezdíček a kol. (2015) tvrdí, že narušené kognitivní funkce se vyskytují u 65 % až 75 % pacientů se schizofrenií.

Na kognitivní deficit u schizofrenních pacientů je v současnosti stále častěji pohlíženo jako na **jádrové postižení**, a z výsledků mnoha výzkumů vyplývá, že se jedná o generalizovaný deficit (Dickinson et al., 2004 in Preiss & Kučerová a kol., 2006).

Jak uvádí Kulišťák a kolektiv (2017), bylo v 80. a 90. letech minulého století publikováno zhruba přes dvě stě prací, které se zabývaly kognitivními funkcemi a jejich

deficitem u schizofrenních pacientů. Nicméně různorodost použitých metod a nejednoznačnost rozsáhlých výsledků znemožnily interpretovat výsledky jednotně a konkrétně.

Pokus o sjednocení nejspolehlivějších testovacích metod byl proveden v rámci amerického projektu MATRICS (Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia) podporovaného National Institute of Mental Health, kdy bylo pomocí faktorové analýzy zpracováno 13 studií zaměřených na kognitivní nedostatečnost. Výsledkem bylo vymezení sedmi základních oblastí kognitivního postižení. Současně vznikla testová baterie pro vyšetřování kognitivních funkcí u onemocnění schizofrenie (Nuechterlein et al., 2008).

Mezi základní oblasti kognitivního postižení, které jsou specifické pro schizofrenii, tak byly zařazeny rychlost zpracování informací, pozornost, pracovní paměť, verbální učení, vizuální učení, úsudek a řešení problémů včetně sociální kognice (Kulišťák a kol., 2017).

Dále v této souvislosti považuji za vhodné zmínit, že z celé škály výzkumů vyplývá, že poruchy kognitivních funkcí včetně poruch sociální kognice u schizofrenních pacientů úzce souvisí se snížením motivace v různých stádiích onemocnění. (Green & Harvey, 2014).

2.1 Přehled výzkumů o kognitivních funkcích u schizofrenních pacientů

Na poruchy kognitivních funkcí u schizofrenního onemocnění je poukazováno již několik desítek let. Kognitivní deficit u schizofrenie popsal již před více než sto lety Kraepelin, který u nemocných zaznamenal snížení intelektových schopností a považoval to za velmi významnou charakteristiku schizofrenního onemocnění. Kraepelin pro onemocnění schizofrenie navrhl termín předčasná demence - *dementia praecox* (Preiss, Kučerová a kol., 2006).

Na něj navázal Bleuer, který popsal, že hlavní podstatou onemocnění schizofrenie je psychické štěpení. Později popsal Bleuer kognitivní dysfunkci u schizofrenie jako totožnou s autistickým způsobem myšlení. Tento koncept měl blízko k Freudovu konceptu primárního myšlení u schizofrenie. Bleuer se domníval, že poruchy myšlení

u schizofreniků mají spojitost s poruchami kognitivních procesů (Preiss, Kolářová a kol., 2006).

V první polovině 20. století převládal názor, že kognitivní nedostatečnost u schizofrenie je sekundárním příznakem. Sekundárním proto, že má souvislost s motivací, která je často u takto nemocných značně snižena, dále pak souvisí s dlouhodobou a opakovanou hospitalizací schizofrenních pacientů v neposlední řadě i s pozitivní symptomatologií onemocnění (Stehnová et al., 2015).

Později, konkrétně ve druhé polovině 20. století, někteří odborníci dávali do souvislosti kognitivní deficit u schizofrenie s vedlejšími účinky klasických antipsychotik. (Tůma, 2008).

Velký zvrat ve výzkumu kognitivních funkcí u schizofrenie nastal až v 70. letech minulého století, a to díky rozvoji nových zobrazovacích metod, které poukázaly na funkční a strukturální odlišnosti mozku lidí se schizofrenií (Furmaníková, 2010).

Míra poškození je samozřejmě u každého nemocného individuální a variabilní. Řada studií poukazuje na to, že k určitým morfologickým změnám mozku dochází již v průběhu první epizody schizofrenie (Koukolík 2000; Liberman, Silbert, 2005 in Furmaníková, 2010).

Dle Koukolíka (2016) je již dlouhá léta známa skutečnost, že lidé se schizofrenií mají patrné nespecifické a charakteristicky anatomické změny mozku. Tyto změny bývají často zjištěny již u adolescentů, a to ještě před vypuknutím příznaků, které jsou typické pro onemocnění schizofrenie. K psychopatologii schizofrenie přispívají velkou měrou i poruchy sebereflexe, která se konsoliduje v průběhu dospívání.

Ebish a kol. (2013 in Koukolík 2016) během vyšetřování pacientů s první epizodou schizofrenie zjistili, že u nemocných dochází ke snížení aktivity ventrální premotorické kůry, a tato míra snížení plně koresponduje s poruchou sebeprožívání u schizofrenních pacientů. Pacienti se schizofrenií hůře rozlišují vlastní prožitek od prožitku druhých osob.

Furmaníková (2010) tvrdí, že funkční změny mozku u osob trpících schizofrenií vykazují jednoznačné změny v produkci neurotransmiterů, což má souvislost i s kognitivními funkcemi. Například noradrenalin se podílí na regulaci pozornosti, emotivity a impulzivity. Glutamát má vliv na paměť a učení.

Woodward a Heckers (2015) ve studii, která se týkala struktury mozku u onemocnění schizofrenie, došli k závěru, že onemocnění schizofrenie není spojeno

s jednoznačnými „ložiskově“ lokalizovanými patologickými změnami, nýbrž že je podmíněno poruchou propojení jednotlivých funkčních okruhů mozku. Kognitivní dysfunkce u schizofrenních pacientů je podle autorů charakteristická pouze mírným deficitem v celkové kognitivní schopnosti, nicméně je prokazatelný větší kognitivní deficit v oblasti paměti, rychlosti zpracování informací a exekutivních funkcích. Autoři v rámci své studie mimo jiné srovnávali objem šedé a bílé hmoty mozkové u schizofrenních pacientů v porovnání se zdravými jedinci. Dospěli přitom k závěru, že u neuropsychologicky postižených pacientů se schizofrenií je oproti zdravé populaci patrný značně snížený objem mozkových hmot. Tyto výsledky jsou v souladu s většinou předchozích výzkumů, které zjistily patrné snížení objemu mozku u pacientů s psychózou.

Keefe a Harvey (2012) na základě provedeného výzkumu tvrdí, že kognitivní deficit u schizofrenních pacientů má nepopiratelný dopad na psychosociální fungování. Takto nemocní mají většinou problémy jak v profesním a sociálním, tak i ekonomickém životě. Stejného názoru jsou i Pěč a Probstová (2009), kteří se domnívají, že kognitivní dysfunkce se podílí na zhoršení negativních symptomů schizofrenních pacientů a jsou i jednou z stěžejních příčin deficitu sociálních dovedností u takto nemocných.

I dle Furmaníkové (2010) pacienty se schizofrenií ovlivňuje kognitivní deficit v jejich každodenním fungování, a to jak v míře jejich samostatnosti, tak i v sociálním a pracovním začlenění a v neposlední řadě i v dalším učení se sociálním dovednostem.

Kognitivní postižení bývá patrné u pacientů mnohem dříve, než vypukne samotné psychotické onemocnění (Buchanan et al., 2005). V tom se shodují i Pěč a Probstová (2009), kteří uvádí, že poruchy kognitivních funkcí u schizofrenních pacientů se projevují již před samotným propuknutím onemocnění, během něj a v jeho průběhu, a v neposlední řadě i při jeho léčbě a následné rehabilitaci.

K prudkému zhoršení dochází již během první epizody schizofrenie. Později tento deficit zůstává do určité míry celkem stabilní, a má tendence přetrvávat po celou dobu onemocnění, přičemž při akutních exacerbacích choroby většinou dochází k jeho prohlubování (Stehnová et al., 2015).

Eum a kolegové (2017) a Joshi et al. (2019) ve svých výzkumech zmiňují, že vztah mezi délkou onemocnění a mírou závažnosti kognitivního deficitu spolu vzájemně souvisí, a to jak v oblasti chronifikace onemocnění, tak i v oblasti neurofyziologických abnormalit

mozkových struktur, které se projevují zhoršením negativních příznaků schizofrenie včetně problémů v psychosociálním fungování.

Podobného názoru jsou i Hochberger a jeho kolegové (2020), kteří tvrdí, že u chronických pacientů dochází k prohlubování kognitivních dysfunkcí a k progresivní neurodegeneraci mozku, která je podobná Kraepelinovým popisům demencia praecox.

Dle Bezdíčka a kol. (2015) je v dalším průběhu onemocnění schizofrenie kognitivní deficit poměrně stabilní, nicméně každá nová ataka nemoci může kognitivní deficit výrazně prohlubovat.

Subjektivně vnímaný kognitivní deficit se u pacientů vyskytuje již na začátku vývoje psychotických poruch, a má tendenci přetrvávat v dlouhodobém horizontu onemocnění, přičemž se stává ze subklinických jemných problémů ve vůli, náladách, myšlení, řeči, percepci, paměti, motorických funkcích, centrálních vegetativních funkcích, řízení automatických kognitivních procesů a vulnerabilitě (Miret et al., 2016; Vargas et al., 2016).

2.2 Oblasti kognitivního deficitu u pacientů se schizofrenií

Výzkumy, které byly realizovány v 80. letech minulého století, poukazují na tři nejvýrazněji poškozené kognitivní funkce u onemocnění schizofrenie. Jedná se o paměť, pozornost a řídicí (exekutivní) funkce. V současné době jsou stejného názoru i Oberaignerů a kolegové (2011). Jak zmiňují Kučerová a Říhová (2006), toto poškození tří klíčových kognitivních funkcí se vyskytuje u všech typů schizofrenie, nicméně je zřejmé, že míra a hloubka poškození je značně individuální u každého z pacientů. V rámci této podkapitoly jsou popsány tyto tři nejčastější kognitivní dysfunkce u schizofrenních pacientů. V neposlední řadě je zde obsažena i deskripce snížené schopnosti projevu řeči a používání jazyka.

2.2.1 Pozornost

Pozornost je jednou z bazálních kognitivních funkcí. Jedná se o duševní činnost, která je pilířem pro další psychické, potažmo kognitivní, funkce. Pozornost v obecné rovině umožňuje každému z nás uvědomovat si a selektovat vnitřní i vnější podněty. Pozornost můžeme rozdělit na bezděčnou a záměrnou (Preiss, Kučerová a kol., 2006).

Mezi vlastnosti pozornosti patří selektivita (výběrovost), koncentrace (soustředěnost), distribuce (rozdělování), kapacita (rozsah) a stabilita (stálost) (Plháková, 2008).

Právě poruchy pozornosti byly dříve dávány do souvislosti s pozitivní symptomatologií schizofrenního onemocnění, přičemž u schizofrenních pacientů se jedná o nejčastěji narušenou oblast kognice. Mezi nejčastější projevy patří snížená stabilita a koncentrace pozornosti a její vhodná distribuce. Pacienti jsou rozptylováni a zahlcováni vnějšími podněty či vlastními myšlenkami, hlasy apod. (Pěč & Probstová, 2009).

Raboch, Zvolský a kol. (2001), popisují u schizofrenních pacientů zaměření pozornosti nesprávným směrem. Pacienti jsou zaměstnáni obsahem svých bludů a lze tvrdit, že jim schází energie k tomu, aby stíhali věnovat plnou pozornost realitě. Obecně se dá tato porucha pozornosti nazvat paraprosexií.

Pacienti se schizofrenií nejsou schopni, nebo jen s velkými obtížemi, svou pozornost zaměřit, udržet a přesunout. U pacientů trpících paranoidní schizofrenií často dochází k upozaďování některých složek pozornosti, a naopak, některé složky pozornosti jsou více vyostřeny, to vše v souvislosti s paranoidním myšlením takto nemocných (Furmaníková, 2010; Kučerová & Říhová, 2006).

Poruchy pozornosti u schizofrenních pacientů spočívají dle Pěče (2010) hlavně v oblasti filtrace čili oddělování důležitých podnětů od těch méně důležitých. Dále pak zmiňuje poruchu rozdělené pozornosti, poruchu pohotovosti zaměřené pozornosti zpracovávat informace, a též schopnost disponovat s uloženými informacemi včetně problémů s identifikací podnětu. **Porucha filtrace** je podle Roderer et al. (2008) poruchou selektivity pozornosti. Hlavní úlohou filtru je určitá selekce informací před jejím dalším zpracováním z hlediska důležitosti a nedůležitosti; tato funkce je u osob se schizofrenií výrazně narušena. Defekt filtrového mechanismu způsobuje, že schizofrenní pacienti nedokáží filtrovat příliv stimulů, které na ně působí, a to má za následek narušenou koncentraci, rozptýlenou pozornost a vede to k jejich větší unavitelnosti. Na pacientech je vidět tenze, úzkost a nejistota. Úzkost může vést až k tomu, že ohrozí integritu jedince včetně jeho rozhodování, úzkost má dopad samozřejmě i na fyzické zdraví nemocného a v neposlední řadě narušuje interpersonální vztahy (Cakirpaloglu, 2012). Zahlčení informacemi vede u pacientů trpících schizofrenií k celkové fragmentaci kognitivních procesů, což má za následek i poruchy myšlení (Oberaignerů et al., 2011).

Poruchu dekodování lze vysvětlit jako omezení procesu zpětné vazby mezi podnětem, filtrací a dekodováním zkušeností, které jsou uloženy v dlouhodobé paměti. Jedná se vlastně o ztrátu schopnosti ovladatelnosti myšlenkových pochodů, která se může u pacientů s psychotickým onemocněním projevat například neustálým se vnucováním vedlejších asociací do procesu myšlení, neschopností koncentrovat pozornost, nebo se může projevat i myšlenkovým zárazem a neschopností reagovat (Roder et al., 2008).

2.2.2 Paměť

„*Paměť je prostředek, jímž zaznamenáváme svou znalost minulosti proto, abychom ji mohli užít v přítomnosti.*“ (Sternberg, 2009, 208). Paměť je náš příběh, naše dějiny. Paměť má nesmírný význam pro psychický život jedince, díky paměti jsme schopni „*zaznamenávat životní zkušenosti.*“ (Plháková, 2008, 193).

Stejného názoru jsou i Raboch, Zvolský a kol. (2001), kteří paměť chápou jako podstatnou součást každého jedince, paměť slouží k zachování určité kontinuity psychického života tím, že jsme schopni uchovávat a zároveň si vybavovat zkušenosti z minulosti. Paměť je samozřejmě pevně spjata i s dalšími funkčními systémy jako je pozornost, myšlení a emoce.

Paměťové funkce mají významnou roli v rámci kognitivních funkcí, umožňují nám orientovat se osobou, místem a časem včetně rozlišování toho, co je minulost, přítomnost a budoucnost. Pacienti trpící schizofrenií mají potíže hlavně s tzv. **pracovní pamětí**, potvrzují to výzkumy v této oblasti, které se shodují v tom, že poruchy pracovní paměti u schizofrenních pacientů jsou jádrem neurokognitivního postižení. Mnozí autoři považují dysfunkce paměťových funkcí za hlavní kognitivní poruchu (Rodriguez & Mohr, 2004).

Mezi kognitivními poruchami má dle Silvera et al. (2003 in Pěč & Probstová, 2009) klíčovou roli u pacientů trpících schizofrenií právě dysfunkce pracovní paměti. Pracovní paměť nám zprostředkovává mentální manipulace s myšlenkovými obsahy a informace v ní jsou uchovávány jen na krátkou dobu (Preiss, Kučerová a kol., 2006).

Pracovní paměť má klíčovou roli ve vztahu k mozkovým strukturám zejména frontálního laloku, který má podíl na exekutivních funkcích (Kulišťák, 2011). Pracovní paměť by se dala zařadit do kategorie *střednědobé paměti*, informace se zde ukládají na několik desítek minut, aby pak mohly být využity k řešení konkrétní situace či problémů (Raboch, Pavlovský, & Janotová, 2006).

Z mé profesní praxe s pacienty se schizofrenií mohu jen potvrdit to, že pacienti mají v tzv. pracovní paměti značné deficity což se projevuje například tím, že obtížně zvládají řešit problémy či pro ně stresové situace. V rámci nácviku sociálních dovedností v programu denního stacionáře, je pro většinu z nich velmi náročná běžná každodenní činnost jako je například nákup potravin.

Green a Harvey (2014), je toho názoru, že dysfunkce v oblasti paměti a pozornosti u schizofreniků mají i vliv na horší prognózu tohoto onemocnění, nicméně je průkazné, že dysfunkce v oblasti pozornosti nemají přímou souvislost s poruchami paměti.

2.2.3 Exekutivní funkce

Exekutivní funkce jsou kontrolní procesy, které jsou odpovědné za iniciování a plánování, koordinování a časování kognitivních operací a mají úzkou spojitost s pracovní pamětí, je to vlastně náš způsob projevů chování (Češková, 2012).

Dle Fanfrdlové (2007 in Rektorová, 2007, 31), se exekutivní funkce uplatňují zejména ve výkonových a rozhodovacích situacích, řadíme mezi ně *„rozhodování, plánování, časovou organizaci chování, porozumění souvislostem a vyvozování logických vztahů, myšlenkovou flexibilitu, kreativitu, pozornost, pracovní paměť a v neposlední řadě i určitou schopnost seberízení a sebereflexe důsledků našeho chování a jednání.“*

Exekutivní procesy se na úrovni mozku nevyskytují pouze centrálně ve frontálním laloku, ale jsou spojením mezi různými částmi mozku. Pacienti, kteří mají poškozený frontální lalok nebudou vždy vykazovat dysfunkci v exekutivních funkcích (Kulišťák, 2011).

Stejného názoru je i Rektorová a kol. (2007), která zmiňuje, že na úrovni mozku bývají nejčastěji exekutivní funkce spojovány právě s frontálními oblastmi, nicméně tyto frontální oblasti jsou neuronálně propojeny s řadou dalších oblastí a systémů mozku a mají tak vliv na širokou škálu mentálních procesů. *„V tomto smyslu jsou exekutivní funkce neuroanatomicky a lokalizačně ve vztahu k mozku jaksi neukotvené, v současnosti nemáme jasný důkaz přesnější lokalizace centrálního exekutivního systému.“* (Fanfrdlová in Rektorová et al., 2007, 29).

Velligan (1999 in Pěč & Probstová, 2009), uvádí, že 40 % až 95 % pacientů se schizofrenií má poruchy exekutivy, což se projevuje ve zhoršené schopnosti plánovat,

tvořit koncepty, pacienti mají značné potíže při řešení problémů. Mezi exekutivní funkce můžeme řadit i vzájemné překrývání informací a reakcí, což má v reálu podobu například myšlenkového zárazu v odpovědi.

Pacientům se schizofrenií chybí schopnost udržet informaci v krátkodobé paměti a následně ji pohotově využít, je to pak patrné v jejich jednání a chování, které postrádá řídicí podněty a v procesu myšlení dochází ke ztrátě plynulosti a celkově myšlení u takto nemocných ztrácí smysluplnější kontext (Preiss, Kučerová a kol., 2006).

Dysfunkce výkonových funkcí u onemocnění schizofrenie je velmi častá, považována za klíčovou. Nicméně výzkum (Bora, Veznedaroglu, & Vahip, 2016), který se touto problematikou zabývali došli k závěru, že se u pacientů deficit exekutivních funkcí překrývá i s deficitem sociálních kognitivních schopností a to včetně mentalizace. U takto nemocných je velmi významná heterogenita v dysfunkci exekutivních funkcí včetně míry deficitu procesu mentalizace. O procesu mentalizace budu pojednávat v následující kapitole této práce.

2.2.4 Jazykové schopnosti

Byť se popisují jako nejhlavnější domény ve spojitosti s kognitivním deficitem u schizofrenních pacientů právě tři výše zmiňované - pozornost, paměť a exekutiva, zařadila jsem i poslední podkapitolu, která se týká jazykových schopností takto nemocných. Jelikož v rámci skupinové psychoterapie a každodenní práce se schizofrenními pacienty byly projevy řeči velmi podstatným objektivně vnímatelným vodítkem toho, jak se pacienti v průběhu intenzivní, dlouhodobé terapie zlepšují či naopak zhoršují nebo zůstávají na stejné úrovni, co se týká kognitivních potíží a jejich celkového psychického stavu.

Jazykové zvláštnosti ve verbálním projevu schizofrenních pacientů jsou jedním z typických příznaků tohoto onemocnění. Poruchy jazykových schopností schizofrenních pacientů souvisí i s poruchami v myšlení a s dysfunkcí exekutivních funkcí včetně paměti. U schizofrenních pacientů v oblasti formálních poruch řeči dochází k neologismům, paralogiím a poruchám asociací někdy může dojít až k mutismu, což se projeví tím, že pacient přestane úplně hovořit (Oberaignerů et al, 2011).

Podobného názoru jsou i Preiss a Kučerová (2006) kteří tvrdí, že jazykové schopnosti u schizofrenních pacientů se projevují sníženou spontaneitou, rozvolněním

asociací a fragmentací myšlení, verbální projev takto nemocných často postrádá logickou souvislost. Tuto souvislost vnímají i jiní autoři a popisují, že u nemocných se schizofrenií je dysfunkce jazykových schopností nejčastěji patrná v inkoharentním myšlení. To znamená, že pacienti, když mluví, tak ztrácí plynulost a souvislost v řeči v důsledku rozvolnění asociací, chybí jim kognitivní návaznost, pacienti do svého verbálního projevu vkládají neologismy, paralogie a celkově je řeč inkoharentní, může docházet i k myšlenkovým zárazům (Raboch, Pavlovský, & Janotová, 2006).

Přehledně dezorganizaci řeči a formálních poruch myšlení u schizofrenních pacientů znázorňuje tabulka na obrázku číslo 1.

Obrázek: 1 Dezorganizace řeči a formálních poruch myšlení (Bankovská Motlová & Španiel, 2017, 20)

Neologismy	Pojmy vymyšlené pacientem, jimž nikdo jiný nerozumí.	„Kombilidi a kombilodóni žijí ve vesmíru.“
Ztráta asociací a tangencialita	Neschopnost udržet téma konverzace za současného zaobírání se idiosynkratickými aspekty slov nebo frází.	Na otázku „Kdo je váš terapeut?“ pacient odpoví: „Můj terapeut se jmenuje doktor Šípek. Šípek je keř šípkový růžový.“ (A ukazuje na keř před pavilonem.)
Inkoherence	Projev nemá „hlavu ani patu“, věta postrádá gramatické vazby.	„Kopec kopec slepice kam, kdo chce kam, tam,...koblížky...však vy víte...“
Zárazy	Myšlení se zastaví, další myšlenka nenavazuje.	„Na náměstí Republiky zmizely všechny vchody do metra, vlaky...“ (mlčí)
Echolalie	Pacient opakuje to, co říká terapeut.	Na otázku „Máte domácí zvíře?“ odpověď: „Domácí zvíře.“
Mutismus	Pacient nemluví.	
Verbigerace	Opakování specifických slov bez smyslu.	„Lalok, lalok, laloklloklok...“

U schizofrenních pacientů dochází k narušení zpracování jazykových procesů jsou zde přítomny paralingvistické a extralingvistické dysfunkce, které mají souvislost s dysfunkcí pravé hemisféry (Pawelczyk, Kotlicka-Antezak, Lojen, Ruszpel, & Pawelczyk, 2018).

Studie, která zkoumala u schizofrenních pacientů formální poruchy myšlení v souvislosti s jazykovými schopnostmi dospěla k závěru, že formální poruchy myšlení mají přímou souvislost se strukturálními a funkčními odchylkami jazykových schopností pacientů trpících schizofrenií. Nicméně řada výzkumů na toto téma dochází k opačným závěrům, závěry nejsou jednoznačné (Calveti, Kircker, Nagels, Strik, & Homan, 2018).

2.3 Schizofrenie a sociální kognice

Sociální kognice u schizofrenie je dlouhodobě zkoumané téma. Do pojmu sociální kognice spadají **mentální operace**, které jsou nedílnou součástí sociálních interakcí s druhými lidmi. Mentální operace zahrnují procesy jako vnímání, interpretaci včetně reakce na chování druhých osob. Zjednodušeně lze sociální kognici rozumět tak, že je to určitá schopnost předvídat, rozumět a vytvářet si vlastní dojem o ostatních lidech, o tom jakí jsou na základě jejich chování (Green & Horan, 2010).

Kern a Horan (2010 in Lečbych & Hosáková, 2016) definují sociální kognici jako soubor dovedností, které lidé používají proto, aby lépe porozuměli sociálním situacím, interakcím s druhými lidmi včetně vhodné a přiléhavé komunikace.

Sociální kognice je proces, který v sobě zahrnuje mentální reprezentaci, vytváření si vhodných sociálních konceptů včetně jejich ověřování a vyvozování závěrů. U schizofrenních pacientů dochází k zhoršenému, špatnému sociálnímu fungování, neadekvátnímu chování v běžných sociálních situacích, větší úzkosti a to vše má za následek u takto nemocných stažení se až izolování se od sociálního fungování. Pacienti se schizofrenií tak mnohem hůře obstojí v každodenních nárocích života samotného, a to jak na poli sociálních interakcí a vztahů, tak i v rámci pracovního zařazení a fungování.

Dle Lysakera et al. (2014) jsou sociální kognitivní schopnosti určitým předpokladem k tomu, aby se jedinec zdárně integroval v sociálním prostředí a osvojil si dovednosti, které souvisí s rozpoznáváním emocí.

Většina autorů se ve svých výzkumech shoduje v tom, že sociální kognice u schizofrenních pacientů se primárně zaměřuje na pět bazálních oblastí. Těmito oblastmi jsou podle Greena et al. (2005) - zpracování emocí, teorie mysli, sociální vnímání a sociální schémata, atribuční zkreslení a v neposlední řadě i řešení sociálních problémů.

Podle Rabocha a Zvolského a kol. (2001) sociální kognice zahrnuje různé domény, teorie mysli, metakognice, vnímání emocí a sociální dovednosti. Stejného názoru je Green et al. (2005), kteří tvrdí, že v rámci sociální kognice má nezastupitelnou roli hlavně paměť a emoce v souvislosti se sociálními dovednostmi a kognitivními procesy u schizofrenních pacientů.

Sociální kognitivní schopnosti jsou předpokladem k úspěšnému fungování a začlenění se do společnosti Green et al. (2008 in Lysaker et al., 2014) u schizofrenních

pacientů je patrný značný deficit právě v těchto sociálních kognitivních dovednostech, nicméně tato oblast je zatím ještě nedostatečně prozkoumána.

2.3.1 Mentalizace

Pojem mentalizace též i **teorie mysli** lze zjednodušeně řečeno chápat jako reflexi vlastního psychického dění. Člověk má tu schopnost vytvářet si jak vnitřní mentální reprezentace tak i reprezentace vnějšího světa včetně mezilidských vztahů (Plháková, 2008). Lysaker (2014) tvrdí, že mentalizace je složitá kognitivní dovednost, která spočívá v dobrém orientování se v emocích a mentálních procesech druhých lidí.

Teorie mysli (Theory of Mind) neboli mentalizace, je schopnost přemýšlet o duševních stavech druhých lidí a interpretovat a predikovat jejich chování (Kronbichler et al., 2017).

Mentalizace je dle Koukolíka (2010), proces díky kterému můžeme „vidět“ do druhých včetně sebe, utváříme si mentální představu o sobě samých a svém okolí, druhých lidech. Pojem mentalizace vysvětluje Bateman a Fonagy (2010), jako určitou schopnost porozumět sám sobě a i ostatním a to pomocí neustálého vytváření si mentálních obrazů, jde tedy o imaginativní mentální aktivitu. U emocí má mentalizace regulativní funkci a je nezbytná pro existenci blízkých vztahů. Se schopností mentalizace se však nerodíme, osvojujeme si ji až v dětství na základě zrcadlení emocí jednoho z rodičů. Jedinec, který nemá schopnost mentalizace zvnitřněnou, není pak příliš schopný rozumět svým vlastním složitým emočním procesům, a to má za následek zvýšenou emoční nestabilitu. Právě absence mentalizace u schizofrenních pacientů, má za následek myšlenkový konkretismus, impulzivitu, afektivní dysregulaci a tendenci k agování.

2.3.2 Metakognice

Metakognice je psychický proces, který je blízký pojmu mentalizace v rámci procesu metakognice je lidská mysl schopna syntetizovat myšlenky, pocity a vztahy mezi událostmi a současně je i integrovat do komplexních reprezentací sebe sama. Zjednodušeně řečeno lze metakognici popsat jako určitou schopnost porozumění sobě samému a svému okolí, druhým lidem. Jedinec si v průběhu svého života vytváří flexibilní a adaptivní reprezentace o sobě a o druhých lidech, to vede k snadnějšímu a lepšímu porozumění svého chování a afektů. Deficit metakognice u schizofrenních pacientů úzce souvisí

s negativní symptomatikou a to konkrétněji s vnitřní motivací takto nemocných. Metakognice u schizofrenních pacientů má vliv na celkovou sociální adaptaci (Pěč a kol., 2015).

Metakognici lze definovat jako spektrum psychických činností od přemýšlení až po komplexní integrované reprezentaci sebe sama a ostatních v každodenním životě (Lysaker et al., 2014).

„Metapaměťové strategie jsou jen jednou součástí metakognice, schopnost uvažovat o vlastních procesech myšlení a způsobech, jak své myšlení zdokonalit.“ (Sternberg, 2009, 215).

Možný (2012), nahlíží na metakognici jako na proces, který vede k reflexi vlastního uvažování čili přemýšlení o vlastním myšlení.

Lidé jsou vlastně svou podstatou metakognitivní jelikož mají neustále tendenci k tomu kontrolovat a sledovat své poznání o sobě a o druhých lidech. Pacienti trpící schizofrenií mají menší metakognitivní schopnosti a jsou tím pádem méně schopni fungovat v každodenním životě a selhávají a to nejen v oblasti sociálních vztahů, ale i v práci, stručně řečeno by se dalo tvrdit, že *„neudrží spojení s ostatními.“* (Lysaker et al., 2014).

U pacientů trpících schizofrenií často chybí **náhled na nemoc** a to má za následek sníženou metakognitivní schopnost, schizofrenní pacienti tedy mají značně narušenou schopnost přemýšlet o vlastním myšlení natož pak o myšlení druhých lidí v jejich okolí. Tento deficit má negativní dopad na funkční adaptaci schizofrenních pacientů, což vede k problémům v sociálních rolích včetně sociální interakce (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Absence náhledu u takto nemocných má za následek nespolupráci a ztrátu motivace k léčbě včetně odmítání užívání předepsaných psychofarmak (Ocisková & Praško, 2015).

Studie, která se zabývala právě náhledem na nemoc a subjektivně vnímanými kognitivními potížemi u pacientů se schizofrenií došla k závěru, že pacienti, kteří měli větší a lepší náhled na nemoc včetně vnímaného sebestigmatu, vnímali i zlepšení na poli kognitivního fungování. Nicméně tato studie zahrnovala pouze schizofrenní pacienty, kteří se léčili ambulantně, jejich stav byl stabilizovaný a vykazovali méně závažnější příznaky tohoto onemocnění. Výsledky této studie tedy nelze generalizovat na celou populaci jedinců trpících schizofrenií (Chaung, Wu, & Wang, 2019).

Schizofrenní pacienti nedokáží či je pro ně velmi obtížné rozlišovat vlastní myšlenky od podnětů, které vychází z jejich okolí. Chybí jim určitá hranice či schopnost diferenciací mezi tím, co je jejich vlastní a co je cizí, to má za následek mimo jiné zahlcení podněty a může vést až k pocitům chaosu.

2.3.3 Emoce/vnímání emocí

Emoce, vnímání emocí s sebou nese schopnost identifikovat emoce. Projevy emocí mají těsnou souvislost s autonomním nervovým systémem, významnou roli zde má limbický systém, kde jsou centra, která se podílí na kontrole emočních reakcí. Poruchy v oblasti emocí mohou být indikátorem některých závažných duševních poruch v tomto případě se často vyskytují u poruch schizofrenního spektra (Raboch, Zvolský a kol., 2001).

Schizofrenní pacienti mají často problém s tím své emoce zformulovat a verbalizovat, emoční prožívání u takto nemocných je v celém průběhu onemocnění značně variabilní, vyskytuje se u nich výrazná emoční labilita včetně celkově zvýšené citlivosti vnímání (Pěč & Probstová, 2009).

2.3.4 Deficit sociálních dovedností

Sociálními dovednostmi jsou dle Furmaníkové (2011) myšleny takové dovednosti, které jsou třeba k sociální interakci včetně samostatného a plnohodnotného každodenního fungování. Schizofrenní pacienti mají obtíže při osvojování si adaptivních a sociálních dovedností, je pro ně i nesmírně náročné udržet si, již naučené sociální dovednosti.

Sociální dovednosti v sobě zahrnují povědomí o sociálních rolích, pravidlech a normách včetně cílů bazální sociální interakce (Raboch, Zvolský a kol., 2001).

V rámci terapie je třeba začleňovat do programu i nácvik sociálních dovedností, pro posílení a znovu nabytí schopnosti fungovat ve svém reálném prostředí. V denním stacionáři na klinice ESET probíhá nácvik sociálních dovedností v rámci programu IPT, vždy jedenkrát do týdne a jeví se jako velmi podstatný a efektivní. Pacienti mohou snáze a lépe využít nacvičené dovednosti v běžném životě a to jak v oblasti zaměstnání tak i na poli samostatného bydlení.

3 LÉČBA KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ U SCHIZOFRENNÍCH PACIENTŮ

V této kapitole teoretické části práce, která se zaměřuje na terapii kognitivních funkcí u schizofrenních pacientů bude více dopodrobna popsán komplexní integrovaný psychoterapeutický program pro schizofrenní pacienty (IPT), jelikož souvisí s tématem této práce, včetně popisu denního stacionáře na Klinice ESET, kde program probíhá. Dále pak budou o něco stručněji popsány další nefarmakologické možnosti v léčbě kognitivních funkcí u takto nemocných.

Hlavní výzvou komplexní terapie schizofrenií je efektivní ovlivnění kognitivních funkcí, jelikož je stále častěji zmiňován různými autory kognitivní deficit u schizofrenních pacientů jako jádrové postižení tohoto onemocnění. Většina autorů je toho názoru, že lze deficit kognitivních funkcí rehabilitovat.

V současnosti si pod pojmem kognitivní rehabilitační programy lze představit elementární intervence, kam můžeme řadit cvičení typu „*tužka-papír*“ či nácvikové počítačové programy - u nás používaný PSS CogReHab (Bracy), až po komplexní programy, které jsou součástí dlouhodobější a intenzivnější terapie například v rámci denního stacionáře. Cílem těchto programů je zlepšení kognitivních funkcí včetně zlepšení sociálních kompetencí u pacientů se schizofrenií, jak uvádí Rodriguez et al. (2004 in Pěč & Probstová, 2009).

V současné době se více rozvíjí počítačová rehabilitace kognitivních funkcí u takto nemocných, kteří mohou zůstat ve svém domácím prostředí. Je tomu tak mimo jiné proto, že někteří schizofrenní pacienti nemají ani tu možnost docházet do ambulantních programů např. z důvodu špatné dostupnosti ambulantních zařízení na malých městech, včetně denních stacionářů, nebo nemají dostatečnou psychickou a fyzickou kapacitu, aby se takových každodenních a intenzivních ambulantních programů účastnili (Preiss, Čermáková, & Rodriguez, 2010).

Dle mého názoru je lepší, když je terapie, a to ať už kognice, tak i samotného onemocnění, komplexnější a přijde mi podstatné, už jen kvůli znovu si navyknutí na denní režim a setkávání se s jinými lidmi s podobnými zkušenostmi se schizofrenním onemocněním, docházet do takových programů. Nicméně počítačová rehabilitace

kognitivních potíží má svůj nezpochybnitelný význam a stává se v dnešní době velmi podstatnou, efektivní a dostupnou cestou pro schizofrenní pacienty.

Dle Kulišťáka a kol. (2011) je možné u schizofrenního onemocnění prokázat endofenotypický kognitivní deficit, který postihuje především způsob zpracování informace. Kognitivní nedostatečnost u schizofrenních pacientů má velký dopad na stav samotného onemocnění a lze tvrdit, že je kognitivní deficit nezávislý na symptomatologii schizofrenie. Do určité míry můžeme kognitivní deficit ovlivnit pomocí remediace.

3.1 Kognitivní remediace

Největší účinnost má v terapii kognitivního deficitu u schizofreniků dle Kučerové (2010) kombinace všech přístupů, mezi něž patří farmakoterapeutický přístup, psychoedukace, nácvik sociálních dovedností a v neposlední řadě právě systematická a komplexní kognitivní remediace.

Kognitivní remediace neboli **náprava** si klade za cíl kognitivní funkce u takto nemocných zlepšit, napravit, ne je vrátit do původního stavu před vypuknutím onemocnění. Kučerová (2010) doporučuje zařazovat kognitivní remediaci a rehabilitaci do stávajících programů, a to včetně ambulantní léčby, již po první atace onemocnění, neboť včasnost léčby je velmi důležitá.

Remediace v léčbě schizofrenních pacientů si klade za cíl trvalé zlepšení sociálních dovedností a terapii deficitních kognitivních funkcí včetně usnadnění procesu uzdravování. Měla by vést ke zlepšení sociální výkonnosti pacientů se schizofrenií včetně zmírnění některých symptomů onemocnění (Rodriguez a kol., 2010).

„Náprava kognitivního postižení a metody využívané při jeho nápravě by se měly stát součástí komplexního rehabilitačního programu, kam mimo jiné patří farmakoterapie, psychoedukace a ostatní terapeutické intervence.“ (Praško, Možný, & Šlepecký, et al., 2007, 787).

Neefektivnost některých rehabilitačních programů pro schizofrenní pacienty spočívá právě v tom, že nebere v potaz kognitivní dysfunkce u takto nemocných (Furmaníková, 2011). Uvedené mi přijde z mé vlastní profesní zkušenosti velmi krátkozraké, neb schizofrenie je složitá a komplexní onemocnění a se zhoršením kognitivních funkcí se v rámci tohoto onemocnění *„počítá již od začátku“*. U pacientů trpících schizofrenií je velmi podstatná dlouhodobá a intenzivní komplexní terapie,

přičemž právě díky pomalému a opakovanému nácviku může být dosaženo zlepšení, „*je to však běh na dlouhou trať.*“ Ze své vlastní profesní zkušenosti si přesně pamatuji, jak pro mne bylo na začátku mé práce s psychotickými pacienty velmi demotivující a náročné smířit se s tím, že změny nenastanou hned. Když k nějakým pozitivním změnám v rámci zlepšení kognitivních funkcí včetně náhledu na nemoc dojde, trvá to dlouho, jsou to změny diskrétní, malé, ale nesmírně důležité v celkové terapii takto nemocných.

Kognitivní trénink by měl být dle Kučerové (2010) zaměřen na individuální potřeby každého z pacientů, měl by být zacílen na získání nových podnětů včetně změn v procesu myšlení. Rozhodně by se kognitivní trénink u takto nemocných neměl stát jen rigidním opakováním různých kognitivních cvičení.

3.2 Terapie podporující kognici (CET)

Další možností v terapii kognitivních funkcí u schizofrenních pacientů je komplexní program terapie podporující kognici (CET - cognitive enhancement therapy), vytvořený v 90. letech Hogartym, který je zaměřen na rozvíjení kognitivních schopností a sociálních dovedností (Pěč & Probstová, 2009).

Terapie podporující kognici je komplexní rehabilitační přístup, který vede ke zlepšení kognitivních funkcí u schizofrenních pacientů. Tento program sestává nejprve z individuálního interaktivního počítačového kognitivního tréninku a následně pak ze skupinového tréninku sociálních dovedností (Divéky a kol., 2010).

Studie Hogartyho a kolegů (2006), která se zabývala vlivem programu CET u mladých jedinců v raném stádiu onemocnění schizofrenie, poukazuje na pozitivní dopad kognitivní terapie CET na funkci a strukturu mozku. To potvrzuje i studie Eack a Hogarty (2010 in Eack et al., 2016), která nadto poukazuje na pozitivní zlepšení, které souvisí se zpracováním emocí, pacienti jsou po absolvování tohoto rehabilitačního programu schopni lépe vnímat a regulovat své emoce.

Kognitivní rehabilitace prostřednictvím počítače je nyní využívána hojně, lze ji provádět jak individuálně, tak i skupinově, a je zaměřena buď na globální kognitivní deficit, či na specifický kognitivní problém. Příkladem je právě zmíněná metoda CET. (Preiss, Kučerová a kol., 2006).

3.3 Metakognitivní trénink (MCT)

V rámci metakognitivního tréninku by se zjednodušeně dalo říci, že se pacienti učí přemýšlet o svých vlastních myšlenkových pochodech a o tom, jak uvažují v každodenním životě. Metakognitivní trénink se skládá z osmi modulů. Každý jednotlivý modul je zaměřen na konkrétní kognitivní funkci a po absolvování jednotlivých modulů se pacientům ukládá „domácí úkol“, díky němuž si mohou vyzkoušet, ověřit a procvičovat již získané dovednosti, které si znovu osvojili. Metakognitivní trénink bývá součástí komplexní léčby tak závažného duševního onemocnění, kterým schizofrenie bezesporu je, pacienti mohou subjektivně lépe nahlížet své kognitivní potíže (Oberaignerů et al., 2011).

Metakognitivní trénink je způsob, který může pomoci pacientům se schizofrenií lépe se orientovat ve své vlastní terapii včetně lepšího subjektivního pochopení kognitivních potíží, tím pádem pak i o něco snáze mohou obstat v interpersonálních interakcích. MCT je interaktivní a otevřená metoda, čili pacienti mohou být zařazeni do již probíhajícího modulu. Metakognitivní trénink sestává kromě uvedených osmi modulů ještě ze dvou paralelních cyklů A a B (Divéky, Vrbová, Mainerová, & Trčová, 2010).

Zaujalo mě, byť profesní zkušenost s touto terapií kognitivních funkcí nemám, že v průběhu každého modulu lze s pacientem realizovat diskuzi, která se týká toho, jak subjektivně vnímá a prožívá své vlastní kognitivní potíže během rozličných interpersonálních interakcí s druhými lidmi.

3.4 Integrovaný psychoterapeutický program (IPT)

Poslední podkapitola je zaměřena na podrobný popis integrovaného psychoterapeutického programu pro schizofrenní pacienty, který probíhá každý všední den na Klinice ESET v rámci denního stacionáře. Ráda bych zde popsala, z čeho se program skládá a velmi stručně pak nastínila program a práci v denním stacionáři, neb tématem této práce je právě vliv stacionární terapie na subjektivně vnímané kognitivní potíže schizofrenních pacientů. Část této kapitoly byla převzata z autorčiny bakalářské práce (Hrubcová, 2017).

Prokazatelný kognitivní deficit u schizofrenie sice není dostačujícím kritériem pro diagnostiku schizofrenie, nicméně se díky tomu můžeme zaměřit na kvalitnější léčbu pacienta, např. IPT program (Roder et al., 2008). Narušení kognitivního deficitu se stává

primárním cílem komplexní léčby u pacientů se schizofrenií. IPT program se zaměřuje celkově na neurokognici, kognitivní funkce a sociální kognici včetně metakognice, a snaží se o jejich propojení.

Integrovaný psychoterapeutický program pro schizofrenní pacienty je složen z pěti podprogramů a je zaměřen na terapii kognitivních a perceptivních poruch a deficitů v sociálním chování, které jsou typické pro jedince trpící schizofrenií. Těchto pět podprogramů dle Roder et al. (2008) tvoří:

- Kognitivní diferencování
- Sociální vnímání
- Verbální komunikace
- Sociální dovednosti
- Interpersonální řešení problémů

Počáteční podprogramy se zaměřují hlavně na perceptivní a kognitivní funkce. Další fáze podprogramu se pak soustředí na komplexnější sociální dovednosti. Každý z těchto podprogramů je uzpůsoben tak, že se postupně zvyšují nároky kladené jak na jednotlivce, tak i na celou skupinu. Velký význam má velmi pozvolný postup a setrvání u každého z úkolů tak dlouho, dokud určitý stupeň cvičení nezvládnou všichni členové skupiny. Podle mé profesní zkušenosti je právě s ohledem na tento postup často problematické udržet pozornost všech členů skupiny, když někteří z nich jsou na tom kognitivně výrazně lépe, tudíž mají tendenci již zvládnutému cvičení nevěnovat plnou pozornost. Svou specifickou roli u každého z podprogramů hraje i zacházení s emocemi a afekty. Proto je vhodné nejprve pracovat s věcným terapeutickým materiálem (emočně nezabarvené výrazy), u nějž se předpokládá, že u pacientů nevyvolá žádnou, nebo jen minimální, emoční zátěž. Postupem času se pak do terapie pozvolna zařazují i emočně náročnější obsahy (Roder et al., 2008). Následně se budu věnovat popisu jednotlivých podprogramů IPT.

Kognitivní diferencování

Cílem podprogramu kognitivní diferencování je zlepšení kognitivních schopností u pacientů s psychotickým onemocněním, jako je zaměření a udržení pozornosti a soustředění, schopnost zlepšení deficitu pojmového myšlení a abstraktních představ, rozlišování podstatného a nepodstatného atd. Podprogram je rozdělen do tří stupňů

- cvičení s kartičkami, systémy verbálních pojmů (synonyma, antonyma, hierarchie pojmů, definice slov) a hledání myšleného předmětu.

Sociální vnímání

Podprogram sociální vnímání tvoří sada obrázků s různě emočně zabarvenými sociálními situacemi. Začíná se od nejjednoduššího strukturovaného obrázku s menší emoční zátěží (např. obrázky běžných činností typu postavy, která čte noviny), později se nároky na celou skupinu zvyšují (obrázky obsahují více interakcí mezi více lidmi). Cílem je zlepšení pozornosti, vizuálního vnímání různých sociálních situací a nácvik jejich vhodné interpretace. Podprogram je opět rozdělen do tří kroků. Pacienti mají za úkol nejdříve zevrubně popsat situaci na konkrétním obrázku, včetně všech detailů, barev a tvarů. Ve druhé fázi následuje interpretace dané situace a skupinová diskuse o dění na obrázku. Posledním krokem je nalezení názvu pro situaci prezentovanou na obrázku. Pacienti by měli shrnout předchozí dva kroky a obrázek co nejuvýstižněji pojmenovat.

Verbální komunikace

Podprogram verbální komunikace je zaměřen na nácvik tří základních komunikačních dovedností, kterými jsou naslouchání tomu, o čem druhý hovoří, porozumění obsahu sdělení a zaujetí adekvátního postoje ke sdělovanému obsahu. Podprogram se opět skládá z pěti stupňů. Doslovná reprodukce daných vět, reprodukce samostatně tvořených vět dle smyslu, samostatně formulované otázky a odpovědi na ně, dotazování se skupinou jednoho člena na dané téma, které si sám zvolí, a volná komunikace. Opět se zde postupuje od jednoduššího a více strukturovaného materiálu k méně strukturovanému a složitějšímu, přičemž se pacienti trénují v komunikačních procesech, které mají blíže k reálné komunikaci. U každého z těchto stupňů je třeba zůstat různě dlouhou dobu podle potřeb jednotlivých členů ve skupině. Je možno se vracet k lehčím stupňům podprogramu, pokud není skupina připravena zvládnout ty těžší.

Sociální dovednosti

Další z podprogramů je zaměřen na zlepšení a rozšíření rejstříku sociálních dovedností pacientů díky nácviku hraní rolí. Tréninková situace se uskutečňuje ve dvou krocích. Prvním krokem je kognitivní zpracování situace (zadání cvičné situace, sestavení

dialogu, vymyšlení názvu, anticipace obtíží, rozdělení funkcí pozorovatelů a zhodnocení obtížnosti). Druhým krokem je pak samotné sehrání zadané situace (demonstrace modelů, poskytnutí zpětné vazby, hraní role a transfer in vivo). Nacvičují se rozličné sociální situace, jako například omluva za pozdní příchod, žádost o pomoc, reklamace, navazování kontaktu, odmítnutí a podobně.

Interpersonální řešení problémů

Podprogram interpersonální řešení problémů je závěrečnou částí celého terapeutického programu. Představuje svým pojetím jakýsi samostatný blok a je vhodný i jako příprava na další rehabilitační péči. Není bezpodmínečně nutné zvládnout všechny předchozí uvedené podprogramy, ale poměrně náročný postup tohoto podprogramu klade na pacienty vysoké nároky. Během realizace se postupuje v několika terapeutických krocích (identifikace a analýza problému, kognitivní zpracování problému, vytvoření alternativních řešení, realizace v praxi a poskytnutí zpětné vazby na předchozí realizaci v rámci dalšího sezení).

3.4.1 Denní stacionář

Dále se s ohledem na zaměření práce budu soustředit na podrobný popis denního stacionáře pro pacienty s psychotickým onemocněním, kde probíhalo výzkumné šetření a kde již jedenáctým rokem pracuji jako koterapeut a vrchní sestra. Z mé praxe je mi známo, že denní stacionář pro pacienty s psychotickým onemocněním funguje na klinice ESET již od jejího založení (tedy od roku 1994). Do tohoto stacionáře nastupují pacienti s diagnózou schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy (F 2x). Největší zastoupení v denním stacionáři tvoří pacienti s diagnózou paranoidní schizofrenie. Kontraindikací pro terapii v rámci stacionáře jsou stavy, které vyžadují akutní lůžkovou somatickou péči, akutní psychotické stavy a vysoké riziko suicidálního jednání, dále pak akutní intoxikace, raný dětský věk, těžká a hluboká mentální retardace a nesouhlas pacienta s léčbou.

Program denního stacionáře probíhá každý všední den po dobu cca 6 hodin, celková doba terapie v denním stacionáři je devět měsíců. První měsíc v denním stacionáři bývá pro pacienty zkušební. Minimální doba trvání terapie je však 3 měsíce. Program se realizuje v polootevřené skupině, kam dochází v ideálním případě maximálně deset

pacientů s psychotickým onemocněním. Program vede odborný tým v čele s psychiatrem, který má funkční specializaci v psychoterapii. Součástí týmu je rovněž druhý psychiatr, případně klinický psycholog a zdravotní sestra s psychoterapeutickým vzděláním. Dále jsou pak v širším týmu zapojeni i sociální pracovníci a terénní psychiatrické sestry. Aktuální terapeutický tým na klinice ESET je tvořen psychiatrem, psycholožkou a zdravotní sestrou. Pro terapeutický tým jsou dvakrát do měsíce mimo kliniku ESET realizované supervize pod vedením psychologa.

Terapeutický program denního stacionáře je tvořen skupinovou dynamickou psychoterapií, kognitivní remediací, která je realizována podle integrovaného psychoterapeutického programu (IPT), tréninkem sociálních kompetencí v rámci IPT programu (podprogram - sociální dovednosti), praktickým nácvikem každodenních činností (nakupování, vaření), arteterapií, ergoterapií a pohybovou terapií (fyzickým cvičením). Jádrem programu spočívá v intenzivní skupinové psychoterapii, která je kombinována s dalšími odbornými vyšetřeními, příslušnou odbornou léčbou a rehabilitací (Hrubcová, 2017).

3.5 Některé dosavadní výzkumy v oblasti subjektivně vnímaného kognitivního deficitu u schizofrenie

Cella, Reeder, & Wykes (2015) se ve své studii zaměřili na vliv individuálního a skupinového metakognitivního tréninku na subjektivně vnímané kognitivní potíže u pacientů se schizofrenií včetně vnímání psychotických symptomů. Dospěli k závěru, že skupinový trénink má o něco málo lepší vliv na subjektivně vnímané problémy s kognicí u takto nemocných. Pacienti, byť se v malé skupině max. 10 členů „dělí“ o jednoho terapeuta, mají v důsledku lepší pocit, že zvládají pracovat více samostatně.

Obdobná studie se konkrétně zabývala vlivem kognitivně behaviorálního tréninku na subjektivně vnímané kognitivní potíže, ale u hospitalizovaných schizofreniků. Ve výsledku studie pacienti jednoznačně hodnotili přínos skupinové práce už jen proto, že došlo ke snížení jejich vlastní úzkosti včetně zmírnění negativních příznaků a v neposlední řadě pak uváděli zlepšení kognitivních funkcí, a to jak v subjektivní rovině, tak i objektivně (Adams et al., 2017).

Harvey a Keefe (2001, in Praško, Možný & Šlepecký, 2007) tvrdí, že kognitivní postižení u schizofrenních pacientů lze do určité míry zlepšit i behaviorálními technikami,

jakými jsou například modelování, upevňování učení, zpětná vazba apod. s tím, že díky těmto technikám může docházet k posílení neurokognitivních a neurofyziologických procesů.

Cílem další studie bylo zjistit, zda má kognitivní trénink vliv na subjektivně vnímané kognitivní potíže u schizofrenních pacientů. Studie se účastnilo 46 probandů se schizofrenií či schizoafektivní poruchou, kteří absolvovali pouze 30 hodin kognitivního tréninku. Výsledkem bylo (podle mého názoru celkem pochopitelně) zjištění, že takto nemocní nevnímají sami u sebe zlepšení kognitivního fungování, a to i přesto, že se jim objektivně kognitivní trénink daří a jsou v něm úspěšní. Důvodem bylo, že subjektivně vnímané kognitivní potíže byly ovlivněny mírou depresivních příznaků a halucinací. Pacienti, kteří nevnímají žádné zlepšení, jsou pak celkově demotivováni, nemají chuť se zapojovat do kognitivního tréninku a nejsou logicky spokojeni s léčbou. Důležitou roli proto mají kognitivní tréninky, kdy je přítomen terapeut, lékař, který poskytuje zpětnou vazbu (Treichler et al., 2019).

Francouzská studie z roku 2017 poukázala na to, že pacienti se schizofrenií částečně nebo vůbec nerozeznávají své kognitivní potíže. Pro měření subjektivních kognitivních potíží byla v tomto případě použita škála SSTICS na 82 pacientech s diagnózou schizofrenie (Potvin, Aubin, & Stip, 2017).

Raffard et al. (2020) dospěli ve svém výzkumu k opačným závěrům, a to že významná část takto nemocných dokáže naprosto přesně odhadnout své kognitivní schopnosti a nedostatečnosti. Podle mého názoru nelze generalizovaně uzavřít, že všichni jedinci se schizofrenií nesprávně nebo zkresleně odhadují své kognitivní fungování.

Další výzkum potvrdil IPT jako velmi účinnou metodu, která vede nejen ke zlepšení kognitivních funkcí, ale i k lepšímu emočnímu fungování (DeMare, Cantarella, & Galeoto, 2018).

Studie (Shin, Joo, & Kim, 2016) dospěla k závěru, že subjektivně vnímané kognitivní potíže úzce souvisí s kvalitou života a sebestigmatem, přičemž tyto faktory mají významný vliv i na vysokou míru sebevražd pacientů se schizofrenií.

Závěrem je podle mého názoru možno shrnout, že výzkumů na dané téma bylo provedeno poměrně značné množství, avšak výsledky jsou vcelku roztržité a nejednoznačné a je zde tedy dán nemalý prostor pro další zkoumání komplexnějšího charakteru.

VÝZKUMNÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A CÍLE VÝZKUMU

Výzkumů zaměřených na oblast kognice u schizofrenních pacientů je mnoho, nicméně subjektivně vnímaný kognitivní deficit u takto nemocných není až tak častým předmětem zkoumání. Onemocněním schizofrenie a stacionární léčbou jsem se zabývala již ve své bakalářské práci (Hrubcová, 2017), kdy byl výzkum zaměřen kvalitativně na to, jak pacienti vnímají vliv terapie v denním stacionáři na své onemocnění.

V rámci diplomové práce jsem se rozhodla v tématu pokračovat, ale výzkum je zaměřen kvantitativně, a to na **subjektivní prožívání kognitivních potíží** v souvislosti s léčbou v denním stacionáři a rok po jejím skončení. Předmětem výzkumu byla **dlouhodobost účinku stacionární léčby**. Toto téma je mi blízké a zajímá mě. Jako velmi přínosné pro provedený výzkum vnímám i fakt, že již mnoho let pracuji na Klinice ESET v denním stacionáři pro pacienty s psychotickým onemocněním. Byť byl pro účely této práce zvolen kvantitativní design výzkumu, mé profesní zkušenosti s takto nemocnými vedou k tomu, že na respondenty nahlížím komplexně, nikoli jako na pouhá čísla ve statistice. Jako velmi podstatné vnímám právě to, jak pacienti sami hodnotí své kognitivní potíže, jak je subjektivně vnímají. Tato zjištění pak mohou vést následně k hlubšímu porozumění pacientům se schizofrenním onemocněním včetně vhodně zvolené péče a terapie.

Hlavním cílem výzkumu této diplomové práce bylo prozkoumat **souvislost mezi subjektivně vnímanými kognitivními potížemi u psychotických pacientů, nejčastěji pacientů s paranoidní schizofrenií, a absolvováním terapie v denním stacionáři** na Klinice ESET. Předmětem výzkumu byla tedy souvislost vlivu stacionární léčby na subjektivně vnímané kognitivní potíže schizofrenních pacientů v čase, resp. v určitém časovém odstupu. Zkoumání bylo prováděno jak na začátku stacionární léčby, tak na konci devítiměsíční terapie a dále pak rok po jejím skončení.

Pro účely tohoto výzkumu byl použit standardizovaný dotazník FBF (Frankfurtská škála potíží). Dotazník FBF bude podrobněji popsán v kapitole 5.2.1 a zároveň je v plném znění součástí Přílohy číslo 3.

Cílem práce dále bylo prozkoumat, v jakých konkrétních doménách (ztráta kontroly, senzorická iritace, poruchy vnímání, řeč, myšlení, paměť, motorika, ztráta automatismů, anhedonie a strach a záplava stimulů) co se týká subjektivních kognitivních potíží, vnímají pacienti se schizofrenním onemocněním nejvýraznější zlepšení a naopak,

kde pociťují nejvýraznější zhoršení. Dále byla předmětem zkoumání potenciální souvislost mezi pohlavím a subjektivně vnímanými kognitivními potížemi u schizofrenních pacientů.

V neposlední řadě byl předmětem výzkumu vztah mezi počtem prodělaných psychiatrických hospitalizací a subjektivně vnímanými kognitivními potížemi u takto nemocných.

4.1 Výzkumné hypotézy a výzkumné otázky

Výzkumné cíle této práce nás dovedly k následujícím hypotézám a výzkumným otázkám. K hlavnímu výzkumnému cíli se vztahují hypotézy H1 a H2 (subjektivně vnímaný kognitivní deficit a souvislost se stacionární léčbou na začátku a na konci léčby a rok po jejím skončení) a tři výzkumné otázky VO1, VO2 a VO3, které se zaměřují na konkrétní oblasti kognitivních potíží a mezipohlavních rozdílů. K dalším výzkumným cílům se vztahují hypotézy H3a, H3b a H3c (souvislost počtu psychiatrických hospitalizací se subjektivně vnímanými kognitivními potížemi).

H1: Předpokládáme významný rozdíl mezi subjektivně vnímaným kognitivním deficitem na začátku a na konci léčby v denním stacionáři.

H2: Předpokládáme významný rozdíl mezi subjektivně vnímaným kognitivním deficitem na začátku léčby v denním stacionáři a rok po skončení terapie.

VO1: Ve kterých oblastech subjektivně vnímaného kognitivního deficitu dosahují pacienti nejvýraznějšího zlepšení?

VO2: Ve kterých oblastech subjektivně vnímaného kognitivního deficitu dosahují pacienti nejvýraznějšího zhoršení?

VO3: Existují významné mezipohlavní rozdíly v subjektivním vnímání zlepšení nebo zhoršení kognitivních funkcí?

H3a: Počet hospitalizací významně souvisí se subjektivně vnímanou mírou kognitivního deficitu na začátku stacionární léčby.

H3b: Počet hospitalizací významně souvisí se subjektivně vnímanou mírou kognitivního deficitu na konci stacionární léčby.

H3c: Počet hospitalizací významně souvisí se subjektivně vnímanou mírou kognitivního deficitu rok po skončení stacionární léčby.

5 POPIS ZVOLENÉHO METODOLOGICKÉHO RÁMCE

V rámci této kapitoly bude představen design výzkumu, metody použité při sběru dat včetně následného zpracování a analýzy. Dále bude zmíněno, kde a jak samotný výzkum probíhal a v závěru této kapitoly budou popsány i etické aspekty výzkumu.

5.1 Zvolený typ výzkumu

Z metodologického hlediska je zvolený typ výzkumu zaměřen kvantitativně s využitím dotazníkového šetření. Ke sběru dat byl použit dotazník FBF (Frankfurtská škála potíží), což je dotazníková metoda vytvořená pro osoby trpící schizofrenií, která zachycuje kognitivní poruchy u lidí s psychotickým onemocněním v každodenních situacích.

Kvantitativní výzkum je dle Ferjenčíka (2010) reduktivním zkoumáním a jeho výsledky mohou být přesnější než u kvalitativního výzkumu, ale často jim chybí kontext.

Pod pojmem reduktivní zkoumání si lze představit to, že výzkumník má před sebou velký, rozměrný celek, který chce zkoumat. Dále je ho třeba fragmentovat na menší části, až pak ho lze měřit a kategorizovat. V kvantitativním výzkumu mají jednotlivé kroky deduktivní podobu (Gurková, 2019).

Díky deduktivnímu usuzování byly stanoveny konkrétní výzkumné hypotézy, které byly posléze analyzovány a pomocí statistických metod i ověřovány (Ferjenčík, 2010).

Kvantitativní výzkum má pevně strukturovaný sběr dat, například pomocí dotazníků nebo testů. Data jsou následně statistickými metodami analyzována a umožňují nám popis a ověření našich hypotéz. Cílem kvantitativního výzkumu je ověřování teorií a hypotéz, jejich potvrzení či vyvrácení, kdy je předem jasně určeno, co se bude pozorovat, jsou dány proměnné a variabilita (Vévodová, Ivanová a kol., 2015).

Jako výzkumnou metodu jsem pro svou diplomovou práci použila standardizovaný FBF dotazník, který bude blíže popsán v následující z podkapitol (viz 5.2.1).

5.2 Metody získávání dat

Probandy výzkumného souboru byli pacienti s diagnózou schizofrenie (F20) a psychotickou poruchou schizofrenního charakteru (F21-F25), kteří v letech 2014 - 2019 vstoupili do terapeutického programu denního stacionáře Kliniky ESET a řádně jej

absolvovali. Osobně jako velmi přínosné vnímám v rámci sběru dat i fakt, že s pacienty každý všední den pracuji v rámci denního stacionáře, vedu program IPT a mám tak možnost pozorovat každodenní nuance zdravotního stavu včetně kognitivního fungování pacientů. Společně s terapeutickým týmem jsem každý všední den přítomna na skupinových psychoterapiích, tudíž pacienty velice dobře znám. S většinou z nich se vídám i nadále v rámci docházkových skupin, kde mám možnost administrovat dotazníky rok po konci terapie v denním stacionáři.

Na klinice ESET probíhá intenzivní skupinová psychoterapie psychóz a v rámci denního stacionáře se využívá FBF dotazník pro sledování změn již během terapie či rehabilitace. V rámci terapie v denním stacionáři pro pacienty s psychotickým onemocněním je **FBF dotazník začleněn jako běžná součást programu**. Dotazník FBF je pacientům administrován již při vstupu do denního stacionáře zhruba po dvou týdnech pobytu, následně je pak administrován dva až tři týdny před koncem stacionární léčby a v neposlední řadě i rok po řádném absolvování takto intenzivní terapie. Pacienti dotazník vyplňují samostatně nebo v přítomnosti administrátora (nejčastěji zdravotní sestry, potažmo psychiatra či psychologa). Pro účely tohoto výzkumu byla od pacientů sebrána i demografická data.

5.2.1 Frankfurtský dotazník potíží (FBF)

Frankfurtská škála potíží je dotazníková metoda, která byla vytvořena pro osoby trpící schizofrenií a která zachycuje kognitivní poruchy u lidí s psychotickým onemocněním v každodenních situacích. Je jednou z nejčastěji používaných sebehodnotících dotazníkových metod pro měření subjektivně vnímaných kognitivních a percepčních poruch u tohoto onemocnění. Autorkou tohoto dotazníku je německá profesorka Lilo Süllwoldová, která tuto škálu vytvářela na přelomu 80. - 90. let minulého století (Kuhnová, Pěč, Dragomerická, Pěčová, & Šelepová, 2018).

Originální německý název dotazníku **FBF je Frankfurter Beschwerde-Fragebogen**, v anglicky psané literatuře se s ním setkáváme pod názvem **FCQ**, čili **Frankfurt Complaint Questionnaire**. Profesorka Lilo Süllwoldová svolila k jeho adaptaci i do českého kulturního prostředí. Tento nástroj slouží k **zjišťování změn kognitivních procesů u psychoticky nemocných a to v průběhu času**. Uplatnění najde rozhodně v rámci léčebných a rehabilitačních procesů (psychoterapie, kognitivní

remediace, sociální rehabilitace). Může současně sloužit i jako pomůcka pro posílení motivace u takto nemocných jedinců před vstupem do těchto programů.

Süllwoldová (1991) uvádí, že dotazník vznikl na základě šetření osob se schizofrenií po první epizodě. Dotazník je tvořen konkrétními popisy potíží, které jsou schopni identifikovat i těžce nemocní pacienti. Tvorba dotazníku předpokládala, že zkušenost s psychotickým onemocněním není omezena jen na psychotické symptomy, ale i na bazální symptomy.

Bazální symptomy lze chápat jako subjektivní potíže, které bývají přítomny již na začátku onemocnění a přetrvávají i v celém jeho průběhu. Mezi bazální příznaky spadají potíže v oblasti myšlení, paměti, řeči, vůle, nálady, kognitivních procesů a odolnosti vůči stresu (Miret et al., 2016 in Kuhnová et al., 2017).

Bazální symptomy vznikají dle Roder et al. (2008) z bazálních poruch zpracování informací, při nichž dochází k fragmentaci navykklých reakcí. Symptomy schizofrenních pacientů se prolínají s bazální symptomatologií a s psychologickými aspekty vývoje onemocnění (obránné a reaktivní mechanismy). Roder uvádí tři hlavní bazální symptomy charakteristické pro onemocnění schizofrenie. Jsou jimi ztráta schopnosti řídit vlastní myšlenkové procesy, dále pak ztráta automatismů a ztráta schopnosti diferencovat mezi pozitivními a negativními emocemi.

Frankfurtská škála potíží slouží ke kvantitativnímu zjišťování individuálně vnímaných deficitních potíží, nicméně není schopna plně obsáhnout to, jak potíže omezují pacienty v jejich každodenním fungování (Kuhnová, 2016).

Dle Süllwold (1991) je tento typ dotazníku speciální metoda vyvinutá pro osoby se schizofrenií, nejedná se o metodu vyvinutou pro diferenciální diagnostiku. **Frankfurtský dotazník potíží umožňuje kvantitativně zjišťovat subjektivní váhu individuálně vnímaných deficitních potíží, které jsou součástí onemocnění.** Ve světě je FBF jedním z nejčastěji používaných sebehodnotících dotazníků, v České republice zatím tolik rozšířený není. Frankfurtský dotazník potíží slouží k měření vnímaných kognitivních a percepčních poruch (Moritz et al., 2001).

Úvodní strana dotazníku mapuje demografické údaje, celý dotazník je tvořen 98 položkami, které zachycují konkrétní problémy kognitivního a afektivního druhu. Tyto položky autorka rozděluje do 10 škál (ztráta kontroly, sensorická iritace, poruchy vnímání, řeč, myšlení, paměť, motorika, ztráta automatismů, anhedonie a strach a záplava stimulů).

Všechny škály jsou zastoupeny shodně deseti položkami až na škálu „ztráta kontroly“, která obsahuje jen osm položek. Na konci dotazníku je uvedena ještě jedna doplňující otázka „*Co mi pomáhá a zlepšuje můj stav.*“ Respondenti mají na výběr ze dvou možností odpovědi „ANO“ a „NE“. Právě tato homogenní konstrukce dotazníku umožňuje zkoumat také pacienty s těžkým postižením kognitivních funkcí. Celková hodnota dotazníku je dle autorky měřítkem subjektivní váhy registrovaných potíží, není však měřítkem závažnosti obtíží Süllwold (1991 in Kuhnová et al., 2017).

Autorka dotazníku svolila k adaptaci i do českého kulturního prostředí. V roce 2015 byly na Klinice ESET ověřeny psychometrické vlastnosti v českých kulturních podmínkách. Bylo prokázáno, že se jedná o dostatečně reliabilní a validní metodu, která spolehlivě rozlišuje mezi osobami trpícími onemocněním schizofrenie a zdravými jedinci (Kuhnová et al., 2018).

Nyní bych ráda na tomto místě podrobněji popsala jednotlivé subškály v dotazníku FBF, kterých je **celkem deset**. Tyto subškály hrají významnou roli v klíčových oblastech kognitivních potíží (Kuhnová, Pěč, Dragomerická et al., 2017):

Ztráta kontroly (KO)

U mnoha pacientů trpících schizofrenií dochází k tomu, že se chovají jinak, než původně zamýšleli. Pacienti mají snahu o znovuoobnovení navykklých reakcí, ale v tom však selhávají a to zejména když jsou zahlceni velkým množstvím stimulů, a nebo když je situace nepřehledná, nejasná. Nemocní bývají v takovýchto situacích „vykolejeni“ (například položka č. 96 - „*Často zjistím, že se chovám jinak než bych chtěl/a*“).

Vnímání (jednoduché, senzoričká iritace, WAS)

Ještě před plným propuknutím psychotických symptomů dochází u mnoha schizofrenních pacientů ke změnám smyslové zkušenosti (například položka č. 24 „*Stalo se mi, že na chvíli vypadaly barvy na důvěrně známých věcech jinak*“).

Poruchy vnímání (komplexní, organizované, WAK)

U některých pacientů se schizofrenií může docházet k poruchám percepce, to pacienty velmi znepokojuje a znejistuje. Může se jednat o zkreslení auditivní, vizuální

či propioceptivní. Na to se dotazuje například položka č. 14 - „*Už se mi stalo, že lidské obličejy vypadaly nezvykle, jakoby znetvořeně nebo deformovaně*“).

„*Derealizace, paranoidní reakce nebo zdánlivě nepochopitelné změny chování (např. náhlé vyhýbání se čtení, sledování televize, poslechu rádia) mohou mít svůj základ právě v těchto poruchách vnímání.*“ (Kuhnová, Pěč, Dragomerická et al., 2017, 8).

Řeč (SP)

Do této subškály se řadí jak expresivní tak i receptivní poruchy řeči, též dochází k narušení selektivní pozornosti a porozumění u takto nemocných. To má za následek to, že se pacienti často vyhýbají sociálním kontaktům, mají obavy z toho, že budou zahlceni podněty z okolí, nebo že rozhovor bude moc dlouhý a obsáhlý (například položka č. 66 „*Mluvení mi nejde už tak dobře, protože mě dostatečně rychle nenapadají slova*“, položka č. 93 „*Stráním se lidí, protože je pro mne těžké sledovat, co říkají*“).

Myšlení (DE)

V subjektivní rovině si pacienti se schizofrenií nejčastěji stěžují na sníženou schopnost koncentrovat se a mají pocit, že ztrácí mentální schopnosti (položka č. 13 „*Při přemýšlení odvádějí mou pozornost často nemístné nápady*“).

Paměť (GED)

Subjektivní zhoršení paměti vnímají pacienti hlavně v oblasti paměti krátkodobé a sensorické (položka č. 37 „*Když čtu delší texty, většinou se mi stane, že zapomenou začátek a uniká mi souvislost*“).

Motorika (MO)

Zhoršení psychomotorických procesů vnímají všichni pacienti, dokonce i ti, kteří neužívají žádná antipsychotika (položka č. 9 „*Někdy necítím při pohybu svoje končetiny tak jako obvykle*“).

Ztráta automatismů (AU)

Pacienti se schizofrenií pociťují ztrátu schopnosti vykonávat běžné, každodenní, zautomatizované činnosti. Musí ve svém životě promýšlet každý jednotlivý krok, stojí je to

mnoho úsilí a energie, stávají se pomalejšími, omezují své jiné aktivity, jelikož jim běžné automatické každodenní činnosti zaberou veškerý čas a energii. V důsledku toho se schizofrenní pacienti stávají méně soběstačnými (položka č. 6 „*Drobné každodenní úkony mi již nejdou tak, jak jsem byl/a zvyklý/á. Musím si znova každý jednotlivý krok rozvážit*“).

Anhedonie a strach (AN)

U schizofrenních pacientů je časté, že se hůře orientují v prožívání svých emocí (například položka č. 87 „*Když se rozruším, často ani nevím, zda cítím radost nebo zlost*“). Pacienti zažívají velké obavy z onemocnění, vnímají zhoršení svého psychického stavu (například položka č. 1 „*Mám strach, že má schopnost přemýšlet stále klesá*“).

Záplava stimulů (REI)

Pacienti trpící schizofrenií bývají často zahlceni jak podněty z vnějšího okolí, tak i svými vnitřními stimuly. Navenek se to projevuje různými nápaditostmi v jejich chování, bizarnostmi a zvláštnostmi (například položka č. 89 „*Nedokážu se již dostatečně od něčeho oprostit, vše na mě působí příliš silně*“).

5.3 Popis průběhu sběru dat

Sběr dat probíhal na Klinice ESET v rámci denního stacionáře pro pacienty s psychickým onemocněním, a to v letech 2014 - 2019. Dbali jsme na to, aby pacienti správně pochopili smysl zadání. Dotazník FBF byl pacientům administrován po čtrnácti dnech terapie v denním stacionáři. Dále pak čtrnáct dní před koncem devítiměsíční terapie v denním stacionáři a rok po konci léčby. Zpracování sebraných dat probíhalo samozřejmě anonymně, každému z respondentů bylo přiřazeno pořadové číslo.

Pacienti vyplňovali dotazník samostatně v přítomnosti administrátora (autorky diplomové práce) v prostorách denního stacionáře. Nejdříve jsem vždy pacienta seznámila s instrukcemi k vyplnění FBF dotazníku a sdělila mu, že kdyby mu v průběhu vyplňování bylo cokoli nejasného či nesrozumitelného, že se na mne může obrátit. Pro pacienty bylo vyplňování dotazníku, který čítá 98 položek, často velmi náročné a dlouhé. U některých respondentů bylo třeba dělat přestávky, jelikož se nevydrželi tak dlouho koncentrovat, u některých narůstala tenze, někteří chtěli dotazník raději vyplňovat ve svém domácím

prostředí. Několikrát jsem v průběhu administrace pacienty ujistila o důvěrném zacházení s informacemi a naproste anonymitě při zpracování získaných dat. Pacienti, kteří řádně absolvovali terapii v denním stacionáři, měli možnost i po roce od ukončení terapie konzultovat své výsledky v dotaznících s ředitelem Kliniky ESET a zároveň vedoucím stacionáře pro pacienty s psychotickým onemocněním MUDr. Ondřejem Pěčem, Ph.D. Tuto možnost využilo jen nepatrné množství pacientů.

5.4 Metody zpracování a analýzy dat

V této kapitole bude popsáno, jak probíhala analýza získaných dat a jaké programy jsme k tomu použili. Pro zachování anonymity respondentů bylo každému z nich v průběhu zpracování dat přiděleno pořadové číslo. Demografické údaje byly převedeny do číselné podoby. Při vyhodnocování FBF dotazníku byla respondentovi přidělena hodnota 1, pokud odpověděl ANO a hodnota 0, pokud odpověděl NE.

Získaná data byla nejdříve převedena z podoby papír - tužka do elektronické podoby Microsoft Office Excel 2010. Dále byly doplněny i demografické údaje, následně byli vypočítány celkové sumy FBF dotazníku včetně jeho grafického znázornění. Byly sečteny výsledky, proveden celkový součet všech subškál dotazníku FBF.

Následně byla takto upravená data převedena do statistického software **IBM SPSS Statistics 20**, v němž byly provedeny statistické analýzy. Finální výzkumný soubor činil celkem **59 participantů**. S ohledem na velikost vzorku byl použit **Kolmogorov-Smirnov test**, který slouží k testování normality. Analyzovaná data však neměla normální rozložení, proto byly následně pro vyhodnocení výzkumných otázek a hypotéz zvoleny a použity neparametrické testy, a to **Wilcoxonův test** pro dva závislé vzorky a neparametrický **Spearmanův korelační koeficient**. Dále byl použit pro analýzu souvislosti nominálních proměnných **Chí-kvadrát test**. Pro velikost efektu, byly použity **Pearsonův korelační koeficient a Cramerovo V**. Hypotézy a výzkumné otázky byly ověřovány na hladině statistické významnosti 95 % ($\alpha=0,05$).

5.5 Etické aspekty výzkumu

S ohledem na téma této práce jsme etickým aspektům výzkumu věnovali velkou pozornost. Při sběru dat a jejich zpracování jsme se řídili etickými principy uvedenými

v Manuálu pro psaní diplomových prací na Katedře psychologie FF UP v Olomouci (Kolařík et al., 2019). V rámci provedeného výzkumu byly veškeré etické aspekty zachovány a nic neodporovalo etickým pravidlům.

Pacienti jsou hned při vstupu do programu denního stacionáře obeznámeni s pravidly terapie (terapeutický kontrakt viz Příloha 2) a stvrzují ho svým podpisem. V desátém bodu terapeutického kontraktu je obsaženo ujednání, že pacient dává souhlas k tomu, že v průběhu devítiměsíční terapie v denním stacionáři mohou být použity některé psychodiagnostické metody a dotazníky. Dále dává svolení k použití získaných dat ve výzkumech k zhodnocení psychoterapeutického procesu. Klinika ESET se zavazuje, že získaná data budou zcela anonymní, nikde nebude uveřejněno jméno ani jiné osobní údaje. Pacient je rovněž obeznámen s tím, že po řádném absolvování terapie bude následující rok kontaktován a vyzván k tomu, aby přišel za jedním z členů terapeutického týmu na pohovor včetně vyplnění dotazníků.

Vše jsem samozřejmě konzultovala s ředitelem Kliniky ESET MUDr. Ondřejem Pěčem, Ph.D, který souhlasil se zpracováním a použitím dat z FBF dotazníku v období 2014 - 2019 pro účely této diplomové práce.

6 VÝZKUMNÝ SOUBOR

Probandy výzkumného souboru byli pacienti s psychotickým onemocněním, nejčastěji pacienti s diagnózou **paranoidní schizofrenie** (F20.0) nebo **psychotickou poruchou schizofrenního charakteru** (F21-F25), kteří v letech 2014 - 2019 vstoupili do terapeutického programu denního stacionáře Kliniky ESET a řádně jej absolvovali. Vzhledem k charakteru výzkumu a specifické cílové skupině byl výběr respondentů řízen záměrným výběrovým postupem přes instituci a podléhal daným kritériím. Kritéria pro zařazení do výzkumu byla následující.

- věk participantů 18-65 let
- diagnóza schizofrenie nebo psychotické poruchy dle MKN-10
- znalost českého jazyka a gramotnost
- absolvent denního stacionáře na Klinice ESET

6.1 Charakteristika výzkumného souboru

Konečný výzkumný soubor tvořilo 59 participantů ($n = 59$). V následujícím přehledu pro ucelenější představu popíšeme výzkumný soubor z hlediska základních demografických charakteristik (věk, vzdělání, pracovní status a rodinný stav) a dále nás pro účely výzkumu zajímalo i zastoupení diagnostického spektra participantů včetně počtu psychiatrických hospitalizací před vstupem do programu denního stacionáře.

Co se týče zastoupení pohlaví, ve výzkumném souboru mírně převažoval počet mužů nad ženami. Konkrétně bylo mezi probandy 34 mužů (57,6 %) a 25 žen (42,4 %), což souvisí s charakterem onemocnění (viz teoretická část práce). Z hlediska pohlaví lze v této souvislosti zastoupení mužů a žen v tomto výzkumu považovat za poměrně vyrovnané.

Věk participantů se nejčastěji pohyboval v rozmezí 25 - 39 let. Nejčetnější věkovou kategorií ve výzkumném vzorku bylo 27 probandů ve věku 25 - 39 let (45,8 %). Následovala věková kategorie 40 - 49 let, kterou tvořilo 23 probandů (39 %) a 9 respondentů bylo ve věkové kategorii 50 - 64 let (15,3 %).

Nejčastěji dosaženým nejvyšším vzděláním bylo vzdělání středoškolské (30 probandů - 49,4%), dále pak základní vzdělání (14 probandů - 24,6 %). Probandů, kteří absolvovali učební obor, bylo 9 - 15,8 %. Ve výzkumném vzorku bylo dále 6 probandů

s vysokoškolským vzděláním (10,2 %). Ve výzkumném souboru se nevyskytovali probandi bez jakéhokoli vzdělání, což dokládá tabulka 1.

Tabulka: 1 Respondenti dle nejvyššího dosaženého vzdělání

Dosažené vzdělání		
	absolutní četnost	relativní četnost v %
základní	14	24,6
učební obor	9	15,8
středoškolské	30	49,4
vysokoškolské	6	10,2

Co se týče pracovního začlenění jednotlivých participantů, nejvíce z nich bylo v plném invalidním důchodu (celkem 42 pacientů - 70 %), nezaměstnaných bylo 8 (14 %) a zaměstnaní na plný úvazek byli 4 pacienti (7 %), kteří po dobu trvání stacionární léčby byli v pracovní neschopnosti a počítali po konci stacionáře s návratem do svého zaměstnání, přičemž někteří uvažovali o zkrácení úvazku. Pracovní začlenění ostatních probandů je patrné z tabulky 2.

Tabulka: 2 Respondenti dle pracovního statusu

Pracovní status		
	absolutní četnost	relativní četnost v %
zaměstnaní na plný úvazek	4	7
zaměstnaní na zkrácený úvazek	1	1,8
příležitostné zaměstnání	1	1,8
samostatně výdělečně činný	1	1,8
nezaměstnaný	8	14
student	1	1,8
invalidní důchod	42	70
starobní důchod	1	1,8

Rodinný stav pacientů zařazených do výzkumného souboru je znázorněn v tabulce 3.

Tabulka: 3 Respondenti dle rodinného stavu

Rodinný stav		
	absolutní četnost	relativní četnost v %
svobodná/ý	49	82,4
vdaná/ženatý	7	12,3
rozvedená/ý	3	5,3

Tabulka 4 znázorňuje počet všech respondentů dle diagnózy MKN - 10. Výzkumný soubor zahrnoval 59 pacientů s psychotickým onemocněním. Konkrétně nejčastější diagnózou byla **paranoidní schizofrenie (F 20.0)**, tuto diagnózu mělo přesně **30 pacientů**

(50,7 %). Ostatními psychotickými poruchami schizofrenního charakteru trpělo 22 probandů. Nejvíce zde byly zastoupeny schizotypní porucha - 5 participantů (8,5 %) a schizoafektivní porucha - 5 participantů (8,5 %).

Záměrně jsem do výzkumu začlenila veškeré diagnózy dle MKN - 10, které spadají do psychotického spektra, jelikož do denního stacionáře na Klinice ESET docházejí i tito pacienti. Stacionář není určen výlučně jen pro paranoidní schizofreniky, byť by byla taková skupina jasně homogenní.

Tabulka: 4 Počet respondentů dle diagnózy MKN-10 - celý soubor

Diagnóza dle MKN - 10			
	slovní označení	absolutní četnost	relativní četnost v %
F 20.0	Paranoidní schizofrenie	30	50,7
F 20.1	Hebefrenní schizofrenie	1	1,7
F 20.3	Nediferencovaná schizofrenie	5	8,5
F 20.6	Simplexní schizofrenie	1	1,7
F 21	Schizotypní porucha	5	8,5
F 22.0	Trvalá porucha s bludy	1	1,7
F 23.0	Akutní polymorfní psychotická porucha bez schizofrenních symptomů	2	3,4
F 23.1	Akutní polymorfní psychotická porucha se symptomy schizofrenie	3	5,1
F 25.0	Schizoafektivní porucha	2	3,4
F 25.1	Schizoafektivní porucha, depresivní typ	4	6,8
F 25.2	Schizoafektivní porucha, smíšený typ	5	8,5

Počet psychiatrických hospitalizací před vstupem do denního stacionáře demonstruje tabulka 5.

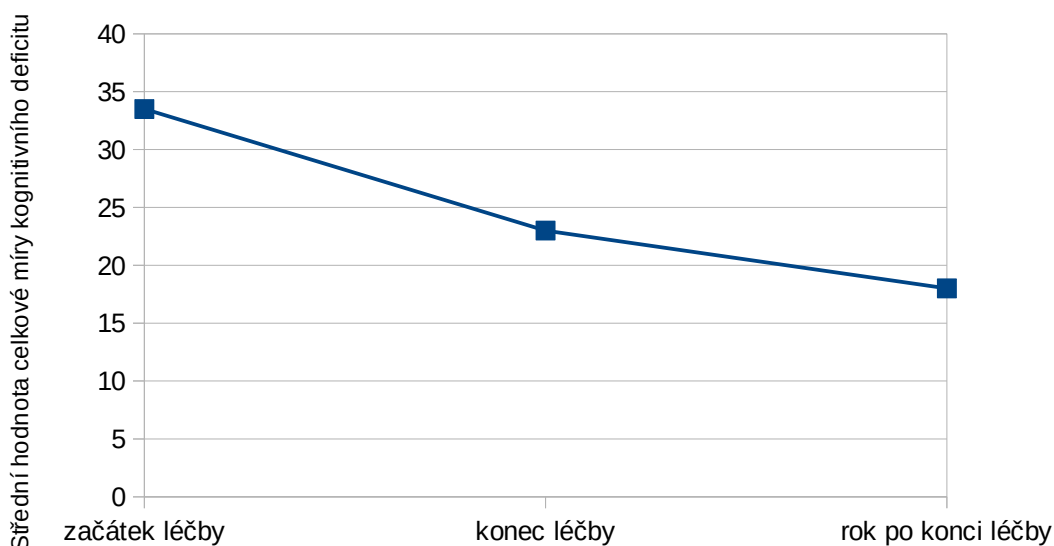
Tabulka: 5 Počet psychiatrických hospitalizací před vstupem do denního stacionáře

Počet psychiatrických hospitalizací		
	absolutní četnost	relativní četnost v %
0	6	10,9
1	12	21,8
2	8	14,5
3	9	16,4
4	4	7,3
5	6	10,9
10	4	7,3
12	2	3,6
16	1	1,8
17	1	1,8
25	2	3,6

7 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

V souvislosti s hlavním cílem výzkumu nás zajímal vztah mezi subjektivně vnímanými kognitivními potížemi a léčbou v denním stacionáři a rok po jejím řádném absolvování. Zajímalo nás, zda bude v časovém odstupu docházet ke změnám v subjektivním vnímání kognitivních potíží u pacientů s psychotickým onemocněním, nejčastěji s paranoidní schizofrenií. Výsledky znázorňuje graf na obrázku 2, kde je zachycena míra celkově vnímaného subjektivního kognitivního deficitu na začátku, na konci a rok po skončení terapie v denním stacionáři. Testy distribuce pro jednotlivé proměnné prokázaly významný odklon od normálu, proto jako centrální úroveň kognitivního deficitu uvádíme medián.

Obrázek: 2 Celková míra subjektivně vnímaného kognitivního deficitu na začátku léčby, na konci a rok po absolvování terapie v denním stacionáři



Z grafu na obrázku 2 je zřejmé, že pacienti se schizofrenním onemocněním pociťují zlepšení celkové míry kognitivního deficitu nejvíce rok po absolvování stacionární léčby, patrná změna je již po devíti měsících, čili na konci terapie v denním stacionáři.

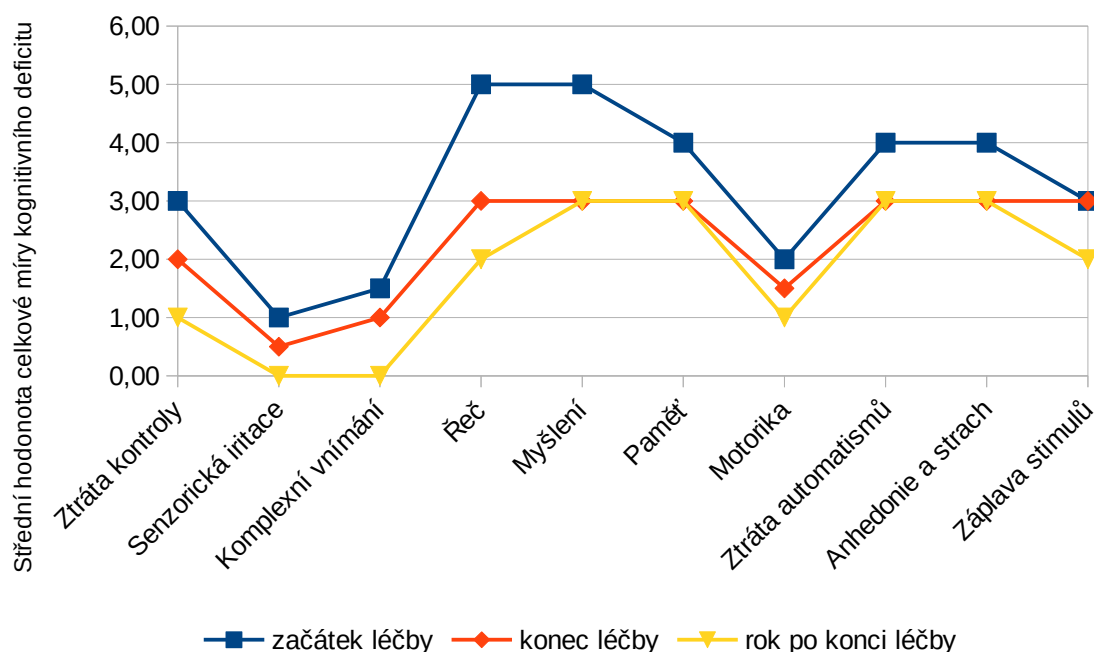
Pro analýzu rozdílů v subjektivně vnímané míře kognitivního deficitu na začátku a na konci léčby, respektive rok po její ukončení, jsme použili neparametrický Wilcoxonův test. Míra subjektivně vnímaných kognitivních potíží byla po řádném absolvování terapie ($Mdn = 23,00$) signifikantně nižší než na jejím začátku ($Mdn = 33,50$), $T = 2,788$, $p < 0,05$, $r = 0,273$, což svědčí pro malou až střední velikost efektu v populaci.

Míra subjektivně vnímaných kognitivních potíží byla rok po řádném ukončení terapie ($Mdn = 18,00$) signifikantně nižší než na začátku terapie ($Mdn = 33,50$), $T = 3,456$, $p < 0,001$, $r = 0,356$, což rovněž svědčí pro malou až střední velikost v populaci.

Zajímalo nás, zda je snižená i úroveň kognitivního deficitu s ročním odstupem po absolvování léčby v denním stacionáři. Pro pacienty je statisticky významně nižší, než celková míra kognitivního deficitu hned po absolvování stacionáře. Wilcoxonův test pro závislé vzorky prokazuje, že úroveň subjektivně vnímaného kognitivního deficitu s ročním odstupem po terapii ($Mdn = 18$) je také významně nižší než subjektivně vnímaná míra kognitivního deficitu hned na konci stacionární terapie ($Mdn = 23$), $T = 284,5$, $p < 0,05$, $r = 0,22$.

Dále bylo naším zájmem zjistit, v jakých konkrétních subškálách došlo k nejvýraznějšímu zlepšení nebo naopak nejvýraznějšímu zhoršení, a to též s odstupem času. Výsledky znázorňuje graf na obrázku 3.

Obrázek: 3 Přehled jednotlivých subškál a subjektivně vnímaného kognitivního deficitu (zlepšení, zhoršení)



Je patrné, že **nejvýraznější zhoršení obtíží** pacienti subjektivně vnímají na začátku léčby hlavně v oblasti **řeči a myšlení**. Na konci stacionární léčby pacienti pocítují nejvýraznější zhoršení až v šesti doménách (SP, DE, GED, AU, AN, REI). Shodně se začátkem terapie pocítují subjektivně deficit v **řeči a myšlení**, dále pak ještě v oblasti

paměti, ztráty automatismů, anhedonie a strachu a i v oblasti záplavy stimuly.

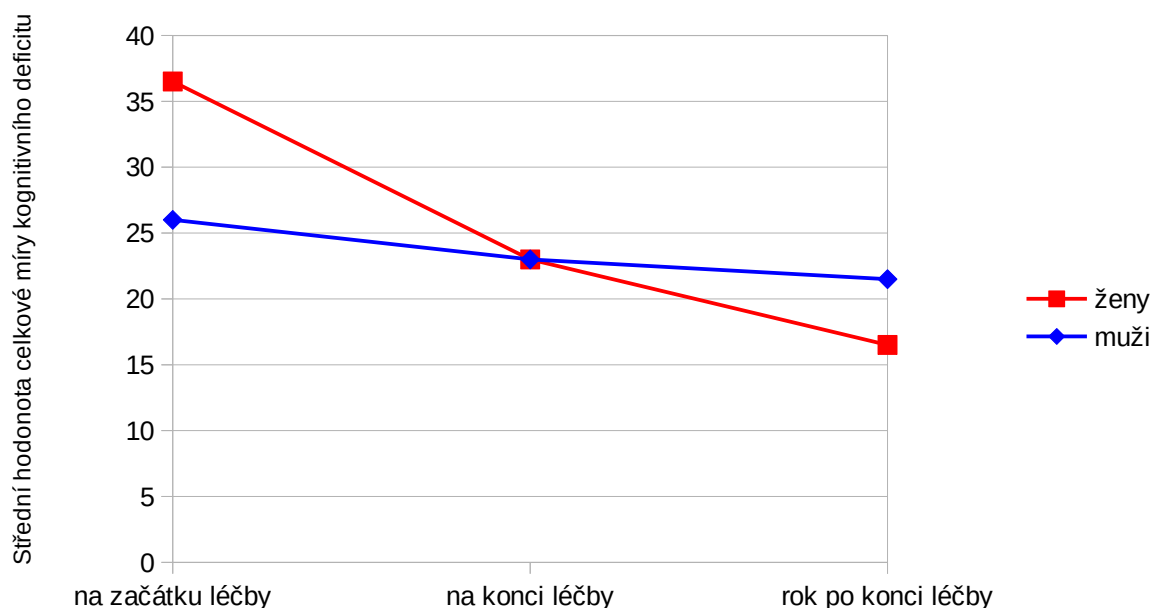
Rok po skončení léčby v denním stacionáři vnímají pacienti kognitivní schopnosti nejméně zhoršené opět v oblasti **myšlení, paměti, ztráty automatismů a anhedonie a strachu.**

Naopak **nejvýraznější zlepšení** pociťují pacienti v oblasti **vnímání (jednoduché vnímání, sensorické iritace)**, a to jak na začátku léčby, tak na jejím konci. Rok po absolvování terapie pacienti vnímají zlepšení kognitivních schopostí ještě v oblasti **komplexního vnímání.**

Ve všech deseti doménách dochází ke zlepšení jak na konci stacionáře, tak i rok po skončení léčby. Nicméně deficity v oblasti **myšlení, paměti, ztráty automatismů a anhedonie a strachu** vnímají schizofrenní pacienti naprosto shodně na konci léčby i rok po konci terapie v denním stacionáři.

Graf na obrázku 4 znázorňuje mezipohlavní rozdíly v subjektivně vnímaných kognitivních potížích, a to opět na začátku léčby, na jejím konci a rok po jejím skončení.

Obrázek: 4 Mezipohlavní rozdíly v subjektivně vnímaných kognitivních potížích



Z grafu na obrázku 4 je patrné, že výraznějšího **zlepšení** v subjektivně vnímaných kognitivních potížích dosahují **ženy**, a to **rok po konci léčby** (89,5 %) v denním stacionáři. Velký rozdíl lze zaznamenat u žen na začátku léčby a rok po jejím konci.

U **mužů** nejsou rozdíly na začátku, na konci či rok po absolvování terapie tak markantní. **Nepatrné zlepšení** však viditelné je. Je zajímavé, že na konci devítiměsíční léčby v denním stacionáři hodnotí ženy i muži naprosto shodně své subjektivně vnímané kognitivní potíže. Dávala bych to do souvislosti s koncem terapie - více k tomu v diskuzi.

Pro další exploraci dat jsme vytvořili novou proměnnou - zlepšení, respektive zhoršení, míry subjektivně vnímaných kognitivních potíží. Proměnná nezohledňuje míru zlepšení, respektive zhoršení, každý pacient měl pouze jednu ze dvou možností - zlepšení v souvislosti se stacionární terapií, či zhoršení navzdory účasti na terapii. Shodný typ proměnné jsme utvořili i pro konec devítiměsíční léčby v denním stacionáři a pro roční odstup od konce stacionární terapie, což dokládají tabulky 6 a 7.

Tabulka: 6 Mezipohlavní rozdíly subjektivně vnímaných kognitivních potíží na konci léčby

		pohlaví	
		žena	muž
Zhoršení vs. zlepšení po skončení terapie	zhoršení	17,4%	51,7%
	zlepšení	82,6%	48,3%
Celkem		100,0%	100,0%

Tabulka: 7 Mezipohlavní rozdíly subjektivně vnímaných kognitivních potíží rok po konci léčby

		pohlaví	
		žena	muž
Zhoršení vs. zlepšení s ročním odstupem	zhoršení	10,5%	35,7%
	zlepšení	89,5%	64,3%
Celkem		100,0%	100,0%

Vztah mezi pohlavím a subjektivně vnímanými kognitivními potížemi jsme vyhodnocovali výpočtem Pearsonova *Chi kvadrátu* pro čtyřpolní tabulku. Na začátku stacionární léčby je vztah statisticky nevýznamný ($\chi^2(1, n = 59) = 6,521; p = 0,011; \phi = -0,354$). S ročním odstupem od řádného absolvování stacionární léčby je vztah mezi zlepšením, respektive zhoršením, úrovně subjektivně vnímaného kognitivního deficitu statisticky významný ($\chi^2(1, n = 59) = 3,777; p = 0,052; \phi = -0,283$).

Dále nás zajímalo, zda se bude lišit subjektivně vnímaný kognitivní deficit v **deseti subškálách u žen a mužů**. Ženy pocítují nejvýrazněji kognitivní deficit na začátku stacionární léčby, a to v oblasti **myšlení** shodně s muži. Nicméně ženy pak vnímají na začátku léčby v denním stacionáři kognitivní potíže, i když ne už tak výrazně jako

v subškále myšlení, ještě v oblastech řeči, ztráty automatismů, anhedonii a strachu. Muži vnímají kognitivní deficit ještě v subškále paměti. To vše shrnuje tabulka 8.

Tabulka: 8 Jednotlivé subškály, mezipohlavní rozdíly

subškály	ženy			muži		
	začátek léčby	konec léčby	rok po léčbě	začátek léčby	konec léčby	rok po léčbě
ztráta kontroly KO	3,5	2	0	2	2	1
vnímání-senzorická iritace WAS	1	1	0	0,5	0	0
komplexní vnímání WAK	2	0	0	1	1	1
řeč SP	5	3	2	4	3	2
myšlení DE	7,5	3	3	4,5	3	3
paměť GED	4	2	2	4,5	4	4
motorika MO	2	2	1	2	1	2
ztráta automatismů AU	5	3	1,5	3,5	3	3
anhedonie a strach AN	5	3	2	4	3	3
záplava stimulů REI	4	4	1,5	3	3	2

Co se týká souvislosti mezi počtem prodělaných psychiatrických hospitalizací a mírou kognitivně vnímaných potíží před vstupem do denního stacionáře, výpočet jsme prováděli pomocí **Spearmanova korelačního koeficientu**. Vztah mezi počtem psychiatrických hospitalizací a mírou subjektivně vnímaných kognitivních potíží u schizofrenních pacientů je vyjádřen opět v časovém odstupu. V tabulce 9 jsou zobrazeny neparametrické korelace mezi počtem hospitalizací a úrovní kognitivních deficitů před a po léčbě (hned po skončení stacionáře a s odstupem jednoho roku po léčbě).

Tabulka: 9 Počet psychiatrických hospitalizací v souvislosti s celkovou mírou kognitivního deficitu

Počet psychiatrických hospitalizací	Celková míra kognitivního deficitu před léčbou	Celková míra kognitivního deficitu po ukončení léčby	Celková míra kognitivního deficitu s odstupem 1 roku po léčbě
Spearmanovo rho	,255	,370**	,344*
Sig. (2-směrná)	,063	,007	,022

Pozn.:

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Lze tvrdit, že vztah mezi počtem předešlých psychiatrických hospitalizací pozitivně koreluje s celkovou mírou subjektivně vnímaného kognitivního deficitu.

Na začátku léčby je tento vztah statisticky nevýznamný ($\rho(59) = 0,26$; $p = 0,063$), na konci stacionární léčby jsme mezi proměnnými zjistili statisticky významný vztah ($\rho(59) = 0,37$; $p = 0,007$). Významný vztah mezi těmito proměnnými jsme zjistili i rok po skončení terapie v denním stacionáři ($\rho(59) = 0,34$; $p = 0,002$).

Je zřejmé, že pacienti, kteří byli častěji psychiatricky hospitalizováni, vykazují těsnější vztah s jednotlivými úrovněmi kognitivního deficitu. Vnímají své kognitivní potíže jako horší. Naopak čím menší počet psychiatrických hospitalizací u pacienta, tím je jeho vztah s úrovněmi subjektivně vnímaných kognitivních potíží méně těsný a spíše nevýznamný.

7.1 Platnost stanovených hypotéz a odpovědi na výzkumné otázky

V této kapitole popisujeme postup analýzy výsledků a vyjadřujeme se k výzkumným otázkám a ke stanoveným hypotézám.

H1: Předpokládáme významný rozdíl mezi subjektivně vnímaným kognitivním deficitem na začátku léčby v denním stacionáři a na konci léčby v denním stacionáři.

Míra subjektivně vnímaných kognitivních potíží byla po řádném absolvování terapie ($Mdn=23,00$) signifikantně nižší než na začátku terapie ($Mdn=33,50$), $T = -2,788$, $p < 0,05$, $r = 0,273$, což svědčí pro malou až střední velikost efektu v populaci. Nulovou hypotézu tímto zamítáme a **přijímáme hypotézu H1**.

H2: Předpokládáme významný rozdíl mezi subjektivně vnímaným kognitivním deficitem na začátku léčby v denním stacionáři a rok po skončení terapie.

Míra subjektivně vnímaných kognitivních potíží byla rok po řádném ukončení terapie ($Mdn = 18,00$) signifikantně nižší než na začátku terapie ($Mdn=33,50$), $T = 3,456$, $p < 0,001$, $r = 0,356$.

Nulovou hypotézu tímto zamítáme a **přijímáme hypotézu H2**.

VO1: Ve kterých oblastech subjektivně vnímaného kognitivního deficitu dosahují pacienti nejvýraznějšího zlepšení?

Nejvýraznějšího zlepšení subjektivně vnímaného kognitivního deficitu dosahují pacienti v doméně **vnímání, (jednoduché vnímání, senzorická iritace)**, a to jak na začátku léčby, tak na jejím konci. Rok po absolvování terapie pacienti vnímají zlepšení kognitivních schopností ještě v oblasti **komplexního vnímání**.

VO2: Ve kterých oblastech subjektivně vnímaného kognitivního deficitu dosahují pacienti nejvýraznějšího zhoršení?

Je patrné, že nejvýraznější zhoršení subjektivně vnímaných potíží lze zaznamenat u pacientů na začátku léčby, zejména v oblasti **řeči a myšlení**. Na konci stacionární léčby pacienti shodně se začátkem terapie vnímají deficity v oblasti řeči a myšlení, dále pak ještě v oblasti **paměti, ztrátě automatismů, anhedonii a strachu, ale i v záplavě stimuly**. Rok po skončení léčby v denním stacionáři vnímají kognitivní potíže nejvýrazněji zhoršené shodně v oblasti **myšlení, paměti, ztrátě automatismů a anhedonie a strachu**.

VO3: Existují mezipohlavní rozdíly v subjektivním vnímání kognitivních potíží?

Existuje významný vztah mezi pohlavím a zlepšením subjektivně vnímaného kognitivního deficitu ($\chi^2 = 3,777, p < 0,05$) v souvislosti s absolvováním terapie. Podle výsledků lze říci, že ženy těžily z terapie více a jejich subjektivní vnímání kognitivních potíží se výrazně zlepšilo po konci stacionární léčby, a to i s odstupem jednoho roku po léčbě.

H3a: Počet hospitalizací významně souvisí se subjektivně vnímanou mírou kognitivního deficitu **na začátku** stacionární léčby.

Souvislost mezi počtem předešlých hospitalizací a mírou kognitivního deficitu před zahájením léčby je statisticky nevýznamná ($\rho = 0,26; p = 0,063$). Nulovou hypotézu se nepodařilo vyvrátit, hypotézu H3a **nepřijímáme**.

H3b: Počet hospitalizací významně souvisí se subjektivně vnímanou mírou kognitivního deficitu **na konci** stacionární léčby.

Existuje významná souvislost mezi počtem předešlých hospitalizací a mírou celkového vnímaného kognitivního deficitu po ukončení stacionární léčby ($\rho = 0,37; p = 0,007; , p < 0,05$). **Přijímáme tedy hypotézu H3b**.

H3c: Počet hospitalizací významně souvisí se subjektivně vnímanou mírou kognitivního deficitu **rok po skončení** stacionární léčby.

Dále jsem zjistili významnou souvislost mezi počtem předešlých hospitalizací a celkovou mírou kognitivního deficitu s odstupem jednoho roku po ukončení stacionární léčby ($\rho = 0,34$; $p = 0,002$; $p < 0,05$). **Hypotézu H3c přijímáme.**

8 DISKUSE

Cílem této práce bylo prozkoumat souvislost stacionární léčby se subjektivně vnímanými kognitivními potížemi u schizofrenních pacientů, kteří řádně absolvovali denní stacionář na Klinice ESET. Zabývali jsme se zkoumáním **dlouhodobého účinku stacionární léčby** pro pacienty psychotickým onemocněním. V předchozí kapitole byly čtenáři prezentovány výsledky zkoumané problematiky a v souvislosti s prezentací uvedených zjištění se zde nabízí prostor pro komplexní zhodnocení výsledků realizovaného výzkumu. Zmíním se i o možných nedostatcích a limitech práce včetně dalších možností rozšíření tohoto výzkumu.

Ve vztahu k hlavním cílům práce jsme zjistili, že dlouhodobá intenzivní psychoterapie v denním stacionáři pro psychotické pacienty má svůj pozitivní efekt včetně dlouhodobého pozitivního účinku na subjektivně vnímané kognitivní potíže i rok po skončení takto intenzivní terapie. Výsledky, ke kterým jsme ve výzkumu dospěli, rozhodně nelze zobecňovat na všechny pacienty s psychotickým onemocněním, kteří absolvovali léčbu v jakémkoli denním stacionáři. Každý denní stacionář, byť určený pro stejné diagnostické spektrum, má jiné podmínky přijetí, odlišný program, rozdílnou časovou náročnost a složení terapeutického týmu. Výsledky tohoto výzkumného šetření lze vztahovat pouze na pacienty, kteří řádně absolvovali devítiměsíční denní terapii ve stacionáři pro léčbu psychóz na Klinice ESET.

U pacientů lze zaznamenat zlepšení subjektivně vnímaných kognitivních potíží nejvýrazněji rok po absolvování terapie v denním stacionáři.

Toto tvrzení je v souladu s výzkumem (Nodek, Dočekalová, Preiss, & Motlová, 2009), který se zabýval efektivitou stacionární léčby pacientů s psychotickým onemocněním, jejíž součástí byl i trénink kognitivních funkcí, kde autoři zjistili, že tato komplexní léčba má pozitivní dopad na subjektivně vnímané kognitivní potíže takto nemocných.

Vzhledem k vlastní klinické zkušenosti jsem toho názoru, že komplexní ambulantní léčebný program pro psychotické pacienty se začleněním kognitivního tréninku (IPT), má dlouhodobý pozitivní efekt, a to nejen na kognici. Dlouhodobé komplexní terapeutické programy souvisí i s lepší sociální integrací takto nemocných, vedou ke snížení relapsů, snížení počtu hospitalizací a mají za následek stabilizaci psychického stavu. Jsem ve shodě s autory výzkumu (DeMare, Cantarella, & Galeoto, 2018), jehož výsledky označily

integrovaný psychoterapeutický program pro schizofrenní pacienty (IPT) za velmi účinnou metodu, která vede nejen ke zlepšení kognitivních funkcí, ale i k lepšímu emočnímu fungování.

Domnívám se, že na dlouhodobé zlepšení subjektivně vnímaných kognitivní potíží má nepochybně vliv začlenění kognitivního tréninku a kognitivní remediace do léčebných programů u psychotických pacientů. Nemusí to nutně být pouze program IPT vytvořený doktorem Roderem et al. (2008), důležité je zejména opakování, dlouhodobost a intenzita terapie takto nemocných. Denní stacionář pro pacienty s psychotickým onemocněním na Klinice ESET trvá devět měsíců a probíhá každý všední den, přičemž tento fakt vnímám jako velmi zásadní pro úspěšnost a pozitivní efekt terapie.

Výzkum, který realizovali v minulém roce Treichler et al. (2019), se zabýval vlivem kognitivního tréninku na subjektivně vnímané kognitivní potíže u schizofrenních pacientů. Studie se účastnilo 46 probandů se schizofrenií či schizoafektivní poruchou, kteří absolvovali 30 hodin kognitivního tréninku. Výsledkem bylo celkem pochopitelné zjištění, že takto nemocní nevnímají sami u sebe zlepšení kognitivního fungování, a to i přesto, že se jim objektivně kognitivní trénink daří a jsou v něm úspěšní. Ke zlepšení nedošlo proto, že tyto subjektivně vnímané kognitivní potíže měly souvislost zejména s mírou depresivních příznaků a halucinací zkoumaných pacientů. Pacienti, kteří nevnímají žádné zlepšení, jsou pak celkově demotivováni k léčbě, nemají chuť se zapojovat do kognitivního tréninku. Důležitou roli proto mají kognitivní tréninky, kdy je přítomen terapeut, který poskytuje zpětnou vazbu. Osobně se domnívám, že efekt zlepšení lze jen těžko očekávat po absolvování pouhých 30 hodin tréninku a že k zaznamenaným výsledkům terapie u schizofrenních pacientů je třeba mimo jiné její delší trvání.

Hlavní hypotézou výzkumu je předpoklad, že **stacionární léčba bude mít dlouhodobý pozitivní vliv na subjektivně vnímané kognitivní potíže** takto nemocných. Nicméně některé z realizovaných výzkumů (Raffard et al., 2020; Potvin, Aubin, & Stip, 2017) dospěly k závěru, že významná část takto nemocných nedokáže přesně odhadnout své kognitivní schopnosti a nedostatečnosti, pacienti se schizofrenií částečně nebo vůbec nerozeznávají své kognitivní potíže.

Domnívám se, že nelze generalizovat, že všichni jedinci se schizofrenií nesprávně či zkresleně odhadují své kognitivní fungování. Jsem toho názoru, že na subjektivní vnímání kognitivních potíží má vliv řada proměnných. Konkrétně v souvislosti se stacionární léčbou je pro pacienty velmi náročný konec terapie v denním stacionáři, čili veškeré subjektivní

hodnocení je dost zkreslené jejich obavami z dalšího fungování bez podpory stacionáře. V tomto případě je na konci stacionáře patrné u většiny pacientů spíše objektivní zlepšení, a to nejen v oblasti kognitivního fungování. Uvedené potvrzuje například výzkum, který se zaměřil i na hodnocení osobami blízkými, nejčastěji rodinnými příslušníky, kteří shodně objektivně vnímají značné zlepšení a pozitivní efekt terapie ve stacionáři (Nodek, Dočekalová, Preiss, & Motlová, 2009).

V předkládaném výzkumu jsme se zaměřili na sledování mezipohlavních rozdílů v subjektivně vnímaných kognitivních potížích v jednotlivých deseti subškálách. Z výsledků jednoznačně vyplývá, a to je zajímavé, že ženy se schizofrenním onemocněním reagují na léčbu v denním stacionáři lépe. Domnívám se, že uvedené by mohlo být dáno větší „vztahovostí“ žen nebo i jejich menší psychopatologií. U mužů nedošlo k tak výrazným posunům ve zlepšení, respektive zhoršení, a to jak na začátku, tak i na konci a rok s odstupem po skončení stacionární léčby. Nicméně stále ve hře zůstává nespočet proměnných, které mohou mít vliv na zlepšení subjektivního vnímání kognice u takto nemocných. Samozřejmě to nejspíš není pouze a jen stacionární léčba, ale i například aktuálně užívaná medikace toho kterého pacienta, délka onemocnění v letech, rodinné zázemí, vztahy s blízkými a další psychosociální faktory. V uvedených oblastech spatřuji významné podněty k dalšímu zkoumání.

Rozdíly v pohlaví mají evidentně dopad na hodnocení terapie. U žen propukají schizofrenní poruchy obecně v pozdějším věku než u mužů, a dalo by se tvrdit, že mají o něco mírnější průběh. Též je u žen přítomna vyšší compliance, ženy častěji než muži vyhledávají odbornou pomoc, vstupují do terapeutických programů a následně sociální rehabilitace (Riecher-Rössler, 2016).

Podobného názoru jsou i Carpiniello et al. (2011), kteří ve své studii dospěli k závěrům, že ženy celkově lépe než muži reagují na léčbu a lépe sociálně fungují. Důvodem je vyšší věk nástupu onemocnění, lepší vývoj a průběh onemocnění.

Obdobná česká studie, které se zúčastnilo 98 pacientů se schizofrenním onemocněním se zabývala rozdíly mezi pohlavími, co se týká sociálního fungování v každodenním životě takto nemocných. Došla k podobným závěrům, a to že muži oproti ženám celkově výrazněji selhávají v sociálním chování a fungování včetně péče o vlastní osobu (Hůlková & Hosák, 2009).

V našem výzkumu se jednoznačně prokázalo nejméně pociťované zhoršení kognice u **žen v doméně myšlení** a u mužů též v doméně **myšlení** (ne ovšem tak výrazně) a i v subškále **paměť**. V ostatních subškálách nebyly zaznamenány tak výrazné rozdíly. Je zajímavé, že muži pociťovali zhoršení, a to s odstupem jednoho roku po léčbě, v oblasti motoriky. Jinak celkově probandi pociťovali zlepšení ve všech doménách, a to nejméně rok po konci léčby v denním stacionáři.

V našem výzkumu jsme se dále zabývali počtem prodělaných psychiatrických hospitalizací před vstupem do programu denního stacionáře a souvislostí se subjektivně vnímanými kognitivními potížemi. Zahraničních výzkumů, které by se zabývaly touto problematikou, není mnoho, ale přece jen se některé studie zaměřily na srovnávání kognitivního fungování u schizofrenních pacientů léčených ambulantně a pacientů hospitalizovaných. Jedna ze studií zkoumala rozdíl neurokognitivního fungování u schizofrenních pacientů v ambulantní léčbě a psychiatricky hospitalizovaných. Výsledky jasně prokázaly lepší kognitivní fungování u ambulantních pacientů, a to konkrétně v rychlosti zpracování informací, vizuální pozornosti a pracovní paměti (Comparelli et al., 2012).

Rozdíly ve výkonu **pracovní paměti** u ambulantních a hospitalizovaných schizofrenních pacientů potvrdila i studie Huang a Hsiao (2017), v níž autoři dospěli k závěru, že lepší fungování pracovní paměti se odráží i v celkově úspěšnějším sociálním fungování.

V našem výzkumu je jasně prokazatelný vliv počtu prodělaných psychiatrických hospitalizací na subjektivně vnímané kognitivní potíže. Čím vícekrát byli pacienti hospitalizováni, tím negativněji vnímají potíže v kognitivním fungování. I když je proměnná „počet psychiatrických hospitalizací“ značně diskutabilní (viz dále), v našem výzkumu vyšla jako signifikantně významná. Nicméně je zde opět řada proměnných, se kterými je třeba počítat. Jedná se například o to, že někteří pacienti byli hospitalizováni pouze jednou či dvakrát, ale mohli být v léčbě až několik let, zatímco pacienti, kteří byli hospitalizováni například 12 krát, byli v psychiatrických nemocnicích řádově celkově jen několik týdnů, či pár měsíců. U takto nemocných by měla na propuštění z hospitalizace navazovat intenzivní, komplexní a dlouhodobá ambulantní léčba, aby mohlo dojít ke zlepšení psychického stavu.

V dalším výzkumu by bylo zajímavé se zaměřit například na dobu **bez hospitalizace** v souvislosti s absolvováním denního stacionáře. Z vlastní praxe je mi známo, že většina pacientů, která prošla stacionární léčbou, není i několik let poté psychiatricky hospitalizována, což pacienti sami velmi kvitují, dokonce si někteří z nich přesně počítají měsíce až léta bez hospitalizace, a jsou na to pyšní, toto subjektivně vnímají jako hlavní úspěch stacionární léčby.

Limitace výzkumu

Jsem si vědoma, že předkládaná práce má své nedostatky a limity. Nedostatkem a zároveň i limitem předkládané práce je jednoznačně velikost zkoumaného vzorku. Do výzkumu mohlo být zařazeno více respondentů, výzkumný soubor je relativně malý, i když byla data sbírána po dobu pěti let. Někteří respondenti nemohli být do výzkumu zařazeni z důvodu předčasného ukončení léčby (drop-out), ke kterému dochází zhruba u poloviny pacientů. Prediktivními faktory předčasného ukončení může být například zneužívání návykových látek, nedostatečný náhled na nemoc, složité okolnosti při přijetí a více psychiatrických hospitalizací (Pěč & Koblic, 2008). K předčasnému ukončení léčby pak může dojít i z důvodu dekompenzace psychického stavu v průběhu terapie a následné dlouhodobé hospitalizace. Z vlastní zkušenosti vím, že v některých případech dojde k předčasnému ukončení léčby i v důsledku dokonané sebevraždy. Studie Shin, Joo, & Kim (2016) mimo jiné dospěla k závěru, že subjektivně vnímané kognitivní potíže úzce souvisí s kvalitou života a sebestigmatem, přičemž tyto faktory významně ovlivňují vysokou míru sebevražednosti u pacientů se schizofrenií.

Dalším limitujícím faktorem bylo bezesporu diagnostické spektrum, kdy nebylo možné srovnávat například pouze pacienty s paranoidní schizofrenií a pacienty se schizoafektivní poruchou, kterých celkově není takové množství. Záměrně byli do tohoto výzkumu zařazeni i pacienti s ostatními psychotickými poruchami schizofrenního charakteru, jelikož denní stacionář je určen pro psychotické pacienty. Výzkumný soubor, co se týká diagnostického zastoupení, tak nebyl čistě homogenní.

Nebyly sledovány další proměnné, které by mohly mít potenciálně vliv na subjektivně vnímané kognitivní potíže v souvislosti s efektem stacionární léčby. Například by bylo možno více se zaměřit na délku onemocnění v letech, věk, užívanou medikaci,

počet sebevražedných pokusů, rodinné zázemí, vliv blízkých osob a sociálního okolí nemocného.

Dále jsme zvažovali do výzkumu zařadit i další pacienty s psychotickým onemocněním z jiných pražských denních stacionářů. Nicméně nakonec jsme od tohoto záměru upustili, a to zejména z toho důvodu, že každý stacionář má rozdílné diagnostické složení skupin, odlišný program a dobu trvání. Denní stacionář na Klinice ESET patří, co se týká doby trvání (9 měsíců, každý všední den), mezi nejvíce časově náročné a intenzivní stacionáře pro psychotické pacienty v Praze.

Naopak jako přínosný vnímám fakt, že se všemi pacienty, kteří se zúčastnili tohoto výzkumu, dlouhodobě pracuji již několik let v rámci denního stacionáře, v důsledku čehož lze konstatovat, že znám tyto pacienty poměrně komplexně a s některými z nich pracuji i po ukončení léčby v denním stacionáři v docházkových skupinách, které se konají jednou týdně.

9 ZÁVĚR

V této závěrečné kapitole představíme výsledky naší práce, které však nemohou být zobecnovány na všechny pacienty s psychotickým onemocněním, kteří absolvovali léčbu v jakémkoli denním stacionáři. Z výzkumného šetření vyplývá, že pacienti po absolvování léčby v denním stacionáři na Klinice ESET hodnotí lépe své subjektivně vnímané kognitivní potíže. Ještě intenzivnější a dlouhodobější efekt je patrný až rok po skončení stacionární terapie. Výzkumný soubor tvořil 59 participantů, z toho 30 pacientů s diagnózou paranoidní schizofrenie. K testování byl použit FBF dotazník, který byl speciálně vytvořen právě pro schizofrenní pacienty. Vzhledem k velikosti zkoumaného souboru jsme byli omezeni na deskriptivní metody a neparametrické testy.

Přijaty byly dvě hlavní hypotézy: Významný rozdíl mezi subjektivně vnímaným kognitivním deficitem na začátku léčby v denním stacionáři a na konci léčby v denním stacionáři. Významný rozdíl mezi subjektivně vnímaným kognitivním deficitem na začátku léčby v denním stacionáři a rok po skončení terapie.

Z dalších tří dílčích hypotéz byla zamítnuta jedna, a to hypotéza týkající se souvislosti mezi počtem předešlých psychiatrických hospitalizací a subjektivně vnímanými kognitivními potížemi, a to na začátku léčby v denním stacionáři. Následující dvě dílčí hypotézy ohledně psychiatrické hospitalizace byly přijaty.

Při hledání odpovědí na výzkumné otázky bylo zjištěno, že pacienti vnímají nejvýraznější zlepšení kognitivních schopností v oblastech vnímání (jednoduché vnímání, sensorická iritace), a to jak na začátku léčby, tak na jejím konci. Rok po absolvování terapie pacienti vnímají zlepšení kognitivních schopností ještě v oblasti komplexního vnímání.

Naopak nejvýraznější zhoršení pocítují pacienti v několika oblastech, a to zejména řeči a myšlení na začátku léčby, na konci léčby pak ještě v oblastech paměti, ztráty automatismů, anhedonie a strachu (depressivity) a v záplavě stimuly. Rok po skončení léčby v denním stacionáři vnímají kognitivní potíže nejvýrazněji zhoršené shodně v oblasti myšlení, paměti, ztráty automatismů a anhedonie a strachu.

Zajímavým výsledkem, co se týká mezipohlavních rozdílů, bylo, že výraznějšího zlepšení v subjektivně vnímaných kognitivních potížích dosahují ženy, a to rok po konci léčby v denním stacionáři. Výrazný rozdíl je u žen na začátku léčby a rok po jejím konci.

U mužů nejsou rozdíly tak markantní, a to jak na začátku léčby, tak na jejím konci či rok po absolvování terapie. Nepatrné zlepšení však znatelné je. Je zajímavé, že na konci devítiměsíční léčby v denním stacionáři hodnotí ženy i muži naprosto shodně své subjektivně vnímané kognitivní potíže. Uvedené dáváme do souvislosti s koncem devítiměsíční léčby v denním stacionáři, který je pro pacienty velmi náročný, celkově vnímají zhoršení svého zdravotního stavu, a to nejen v oblasti kognitivního fungování.

Z výsledků výzkumného šetření jednoznačně vyplývá, že ženy se schizofrenním onemocněním reagují na léčbu v denním stacionáři lépe. V našem výzkumu se prokázalo nejvýrazněji pocíťované zhoršení kognice u **žen v doméně myšlení** a u mužů též v doméně **myšlení** (ne ovšem tak výrazně) a dále i v subškále **paměť**. V ostatních subškálách nebyly zaznamenány tak výrazné rozdíly. Je zajímavé, že muži pocíťovali zhoršení, a to s odstupem jednoho roku po léčbě, v oblasti **motoriky**.

Tato diplomová práce je motivována mým profesním a osobním zájmem o danou problematiku. Prezentované výsledky výzkumného šetření by mohly být přínosem zejména v oblasti dalšího rozvoje psychoterapeutických metod, které by mohly symptomy kognitivního deficitu u psychotických onemocnění, nejčastěji schizofrenie, trvale ovlivnit.

Souhrn

Diplomová práce tematicky navazuje na bakalářskou práci autorky, která se zabývala rolí denního stacionáře pro pacienty s psychotickým onemocněním. Diplomová práce se zaměřuje na souvislost stacionární léčby a subjektivně vnímaných kognitivních potíží u pacientů s psychotickým onemocněním, nejčastěji paranoidní schizofrenií. Zkoumali jsme dlouhodobost účinku stacionární léčby.

Teoretická část práce je členěna do tří hlavních kapitol. Cílem teoretické části práce je přiblížit ucelený pohled na závažné duševní onemocnění schizofrenie, které je subkategorií okruhu psychotických onemocnění. Schizofrenie je jedno z nejzávažnějších a nejčastějších duševních onemocnění a má sklon k chronickému průběhu, což má neblahý vliv na kvalitu života jedince.

Druhá kapitola je zaměřena na problematiku kognitivního deficitu u psychotických pacientů, zejména pacientů trpících schizofrenií. Kognitivní deficit u tohoto onemocnění je mnoha autory považován za klíčový symptom. Právě kognitivní nedostatečnost u schizofrenie bývá dávána do souvislosti s negativní symptomatologií a sníženou kvalitou života schizofreniků včetně jejich psychosociálního fungování (Furmaníková, 2010; Hosáková, 2016).

Poslední kapitola teoretické části se pak zaměřuje na konkrétní možnosti terapie kognitivních funkcí schizofrenních pacientů a pacientů s psychotickými poruchami schizofrenního charakteru. Je zde popsán denní stacionář a s ním související integrovaný psychotherapeutický program pro schizofrenní pacienty (IPT). V této kapitole jsou dále stručně prezentovány některé aktuálnější výzkumy zabývající se danou problematikou.

Empirická část práce si klade za cíl nalézt souvislost mezi stacionární léčbou a subjektivně vnímanými kognitivními potížemi u pacientů, kteří tuto léčbu absolvovali. Výzkumný soubor sestával z 59 participantů, nejčastěji s diagnózou **paranoidní schizofrenie**. Pro účely práce byl zvolen kvantitativní typ výzkumu pomocí dotazníku FBF (Frankfurtská škála potíží). Vzhledem k velikosti zkoumaného souboru jsme byli omezeni na deskriptivní metody a neparametrické testy. Cílem výzkumu předkládané diplomové práce bylo zjistit souvislost mezi dlouhodobým účinkem terapie v denním stacionáři a subjektivně vnímanými kognitivními potížemi, a to i se zaměřením se na jednotlivé domény (ztráta kontroly, sensorická iritace, poruchy vnímání, řeč, myšlení, paměť, motorika, ztráta automatismů, anhedonie a strach a záplava stimulů).

Na základě statistického testování hypotéz a hledání odpovědí na výzkumné otázky byla prokázána souvislost mezi stacionární léčbou a zlepšením subjektivně vnímaných kognitivních potíží u schizofrenních pacientů, a to hlavně **rok po konci léčby** ($Mdn = 18,00$).

V našem výzkumu byl prokázán vliv pohlaví na subjektivně vnímané kognitivní potíže u schizofrenních pacientů. Na základě zjištěných faktů jsme prokázali, že ženy se schizofrenním onemocněním reagují na léčbu v denním stacionáři lépe.

Limitujícím faktorem práce byl malý vzorek probandů a nehomogenní zastoupení diagnostického spektra, byť byla výzkumná data sbírána po dobu pěti let. Nebylo možné srovnávat například pouze pacienty s paranoidní schizofrenií a pacienty se schizoafektivní poruchou, kterých celkově není takové množství. Nebyly sledovány další proměnné, které by mohly mít potenciálně vliv na subjektivně vnímané kognitivní potíže v souvislosti s efektem stacionární léčby. Například by bylo možno více se zaměřit na délku onemocnění v letech, věk, užívanou medikaci, počet sebevražedných pokusů, rodinné zázemí, vliv blízkých osob a sociálního okolí nemocného. Bylo by zajímavé a zcela jistě i přínosné provést longitudinální výzkum na početnějším souboru.

Výsledky předkládané práce by měly vést zejména k lepšímu porozumění pacientům se závažným duševním onemocněním. Přínos této práce shledávám zejména v její využitelnosti v oblasti dalšího možného rozvoje psychoterapeutických metod, které by mohly symptomy kognitivního deficitu u psychotických onemocnění, nejčastěji schizofrenie, trvale ovlivnit.

V navazujícím výzkumu by bylo vhodné se zaměřit například na délku onemocnění v letech, užívanou medikaci, počet sebevražedných pokusů, rodinné zázemí, vliv blízkých osob a sociálního okolí nemocného. Popřípadě by bylo možno blíže zkoumat vliv stacionární léčby na dobu bez nutnosti psychiatrické hospitalizace pacientů.

Seznam literatury a použitých zdrojů

- Adams, H., Vyas, G., Kowalewski, J., Kuptzin, M., Richardson, Ch., Hall, S., & Kelly, D. (2017). Cognitive behavior therapy for psychosis in an inpatient setting for individuals with treatment-resistant schizophrenia: evaluating efficacy in manner consistent with the theory. *Schizophrenia Bulletin*, 43(1), 109. doi: 10.1093/schbul/sbx021.292
- Bankovská Motlová, & L., Španiel, F. (2017). *Schizofrenie. Jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století. (3., přepracované a doplněné vydání)*. Praha: Mladá Fronta.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*, 9(1), 11–15. doi: 10.1002/j.2051-5545
- Bezdíček, O., Nikolai, T., Michalec, J., Harsa, P., & Kališová, L. (2015). Komplexní posouzení kognitivních funkcí u nemocných schizofrenií-česká verze standardizovaného nástroje matrices. *Česká a slovenská psychiatrie*, 111(2), 79-86.
- Bora, E., Veznedaroglu, B., & Vahip, S. (2016). Theory of mind and executive functions in schizophrenia and bipolar disorder: A cross - diagnostic latent class analysis for identification of neuropsychological subtypes. *Schizophrenia research*, 176(2-3), 500-505. doi: 10.1016/j.schres.2016.06.007
- Bubeníková, V. (2005). Schizofrenie jako porucha glutamátergní neurotransmise. *Psychiatrie*, 9(2), 105-112.
- Buchanan, R. W., Davis, M., Goff, D., Green, M. F., Keefe, R. S. E., Leon, A. C., Neuchterlein, K. H.,...Marder, S. R. (2005). A summary of the FDA-NIMH-MATRICES workshop on clinical trial desing for neurocognitive drugs for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 31(1), 5-19. doi: 10.1093/schibul/sbi020
- Cakirpaloglu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada.
- Calveti, M., Kircker, T., Nagels, A., Strik, W., & Homan, P. (2018). Is formal thought disorder in schizophrenia related to structural and functional abberations in the language network? A systematic review of neuroimaging findings. *Schizophrenia Research*, 199, 2-16. doi: 10.1016/j.schres.2018.02.051
- Carpiniello, B., Pinna, F., Tusconi, M., Zaccheddu, E., & Fatteri, F. (2011). Gender differences in remission and recovery of schizophrenic and schizoaffective patients:

- Preliminary results of a prospective cohort study. *Schizophrenia research and Treatment*, doi: 10.1155/2012/576369
- Cella, M., Reeder, C., & Wykes, T. (2015). Cognitive remediation in schizophrenia-now it is really getting personal. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, (4), 147-151. doi: 10.1016/j.cobeha.2015.05.005
- Comparelli, A., De Carolis, A., Corigliano, V., Romano, S., Kotzalidis, G., Brugnoli, R., Tamorri, S.,...Girardi, P. (2012). Neurocognition, psychopathology, and subjective disturbances in schizophrenia: a comparison between short-term and remitted patients. *Comprehensive Psychiatry*, 53(7), 931-939. doi: 10.1016/j.comppsy.2012.02.007
- Češková, E. (2007). *Schizofrenie a její léčba*. Praha: Maxdorf.
- Češková, E. (2012). *Schizofrenie a její léčba, 3. rozšířené vydání*. Praha: Maxdorf.
- DeMare, A., Cantarella, M., & Galeoto, G. (2018). Effectiveness of Integrated Neurocognitive Therapy on Cognitive Impairment and Functional Outcome for Schizophrenia Outpatients. *Schizophrenia Research and Treatment*, 1-9. doi: 10.1155/2018/2360697
- Divéky, T., Vrbová, K., Mainerová, B., & Trčová, A. (2010). Metakognitivní trénink u pacientů se schizofrenií. Duševní poruchy a kvalita péče, sborník přednášek a abstrakt VIII. sjezdu Psychiatrické společnosti ČLS JEP s mezinárodní účastí. *Tribun EU* 55-57
- Dušek, K., & Večeřová - Procházková A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch. 2. přepracované vydání*. Praha: Grada Publishing.
- Eack, S. M., Newhill, Ch. E., & Keshavan, M. S. (2016). Cognitive Enhancement Therapy Improves Resting-State Functional Connectivity in Early Course Schizophrenia. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 7(2), 211-230. doi: 10.1086/686538
- Eum, S., Hill, S. K., Rubin, L. H., Carnahan, R. M., Reilly, J. L., Ivleva, E. I., Keedy, S. K.,...Bishop, J. R. (2017). Cognitive burden of anticholinergic medications in psychotic disorders. *Schizophrenia Research*, 190, 129-135. doi: 10.1016/j.schres.2017.03.034
- Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu. 2. vydání*. Praha: Portál.

- Furmaníková, L. (2010). Dopad kognitivního deficitu u lidí se schizofrenií na jejich fungování v běžném životě. *Speciální pedagogika*, 20(3), 217-234.
- Furmaníková, L. (2011). *Rehabilitační metody zaměřené na rozvoj dovedností lidí s kognitivním deficitem v důsledku schizofrenie*. *Psychiatrie pro Praxi*, 12(1), 33-37.
- Green, M. F., Olivier B., Crawley, J. N., Penn, D. L., & Silverstein, S. (2005). Social cognition in schizophrenia: Recommendations from the Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia New Approaches Conference. *Schizophrenia Bulletin*, 31(4), 882-887. doi: 10.1093/schbul/sbi049
- Green, M. F., & Horan, W. P. (2010). Social cognition in schizophrenia. *Current Directions in Psychological Science*, 19(4), 243-248. doi: 10.1177/0963721410377600
- Green, M. F., & Harvey, P. D. (2014). Cognition in schizophrenia: Past, present, and future. *Schizophrenia Research: Cognition*, 1(1), 1-9. doi: 10.1016/j.scog.2014.02.001
- Gurková, E. (2019). *Praktický úvod do metodologie výzkumu v ošetrovatelství. I. vydání*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Harrison P. J., & Owen M., J. (2003). Genes for schizophrenia ? Recent findings and their pathophysiological implications. *Lancet*, 361(9355), 417-419. doi: 10.1016/S0140-6736(03)12379-3
- Harvey, P. D., Twamley, E., Pinkham, A. E., Depp, C. A., & Patterson, T. L. (2017). Depression in schizophrenia: associations with cognition, functional capacity, everyday functioning, and self-assessment. *Schizophrenia Bulletin*, 43(3), 575-582. doi: 10.1093/schbul/sbw103
- Hogarty, G. E., Greenwald, D. P., & Eack, S. M. (2006). Durability and Mechanism of Effects of Cognitive Enhancement Therapy. *Psychiatric Services*, 57(12), 1751-1757. doi: 10.1176/ps.2006.57.12.1751
- Hochberger, W. C., Thomas, M. L., Joshi, Y. B., Swerdlow, N. R., Braff, D. L., Gur, R. E., Gur, R. C.,...Light, G. A. (2020). Deviation from expected cognitive ability is a core cognitive feature of schizophrenia related to neurophysiology, clinical and psychosocial functioning. *Schizophrenia Research*, 215, 300-307. doi: 10.1016/j.schres.2019.10.011
- Hosák, L., Hrdlička, M., Libiger, J. a kol. (2015). *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. (první vydání). Praha: Karolinum.

- Hosáková, K. (2016). *Negativní symptomy u schizofrenie a jejich souvislosti s kognitivními funkcemi*. (Dizertační práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- Hosáková, K., & Lečbych, M. (2016). možnosti využití tematicko-apercepčního testu při diagnostice sociální kognice u osob se schizofrenií. *Československá psychologie*, LX(1), 71-81.
- Höschl, C., Libiger, J. & Švestka, J. (2004). *Psychiatrie*. Druhé, doplněné a opravené vydání. Praha: Tigis.
- Hrubcová, A. (2017). *Role denního stacionáře v léčbě pacientů s psychotickým onemocněním*. (Bakalářská práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- Huang, Ch. L. Ch., & Hsiao, S. (2017). The functional significant of affect recognition, neurocognition, and clinical symptoms in schizophrenia. *PLoS ONE*, 12(1), doi: 10.1371/journal.pone.0170114
- Hůlková, M. & Hosák, L. (2009). Genderové rozdíly u pacientů se schizofrenií. *Česká a slovenská psychiatrie*, 105(2), 61-67.
- Chuang, S. P., Wu, J. Y. W., & Wang, Ch. S. (2019). Self-perception of mental illness and subjective and objective cognitive functioning in people with schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 15, 967-976. doi: 10.2147/NDT.S193239
- Joshi, Y. B., Thomas, M. L., Hochberger, W. C., Bismark, A. W., Treichler, E. B. H., Molina, J., Nungaray, J.,...Light, G. A. (2019). Verbal learning deficit associated with increased anticholinergic burden are attenuated with targeted cognitive training in treatment refractory schizophrenia patients. *Schizophrenia Research*, 208, 384-389. doi: 10.1016/j.schres.2019.01.016
- Kalina, K. (2001). *Jak žít s psychózou*. Praha: Portál.
- Keefe, R. S. E., & Harvey, P. D. (2012). Cognitive impairment in schizophrenia. *Novel Antischizophrenia Treatments*, (213), 11-37. doi: 10.1007/978-3-642-25758-2_2
- Kolařík, M., Dolejš, M., Dostál, D., Charvát, M., Pechová, O., Seitlová, K., ... Vtípil, Z. (2019). *Manuál pro psaní diplomových prací na Katedře psychologie FF UP v Olomouci* (5. aktualiz. vyd.). Olomouc: Univerzita Palackého.
- Koukolík, F. (1995). *Mozek a jeho duše*. Praha: Makropulos.
- Koukolík, F. (2010). *Lidství. Neuronální koreláty*. Praha: Galén.
- Koukolík, F. (2016). *Sociální mozek*. Praha: Karolinum.

- Kratochvíl, S. (2009). *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén.
- Kratochvíl, S. (2012). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.
- Kronbichler, L., Tschernegg, M., Martin, A. I., Schurz, M., & Kronbichler, M. (2017). Abnormal Brain Activation During Theory of Mind Tasks in Schizophrenia: A Meta-Analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 43(6), 1240-1250. doi: 10.1093/schbul/sbx073
- Kučerová, H. (2010). *Schizofrenie v kazuistikách*. Praha: Grada Publishing.
- Kučerová, H. (2013). *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada Publishing.
- Kučerová, H., & Říhová, Z. (2006). *Kognitivní deficit u schizofrenie*. In Preiss (Ed.), *Neuropsychologie v psychiatrii*. Praha: Grada.
- Kuhnová, E. (2016). *Hodnocení kognitivního postižení u schizofrenních pacientů*. (Diplomová práce). Univerzita Karlova v Praze.
- Kuhnová, E.; Pěč, O.; Dragomirecká, E., Pěčová, J., & Šelepová, P. (2017). *FBF: Frankfurtská škála potíží (Péče o duševní zdraví - Metody hodnocení)*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.
- Kuhnová, E., Pěč, O., Dragomerická, E., Pěčová, J., & Šelepová, P. (2018). Frankfurtská škála potíží - některé psychometrické charakteristiky české verze. *Československá psychologie*, LXII(5), 477-487.
- Kulišťák, P. (2011). *Neuropsychologie. 2., přepracované vydání*. Praha: Portál.
- Kulišťák, P., a kol., (2017). *Klinická neuropsychologie v praxi*. Karolinum.
- Lincoln, T., M., Rief, W., Westermann, S., Ziegler, M., Kesting, M., L., Heibach, E., & Mehl, S. (2014). Who stays, who benefits? Predicting dropout and change in cognitive behaviour therapy for psychosis. *Psychiatry*, 216(2), 198-205. doi: 10.1016/j.psychres.2014.02.012
- Lysaker, P., Dimaggio, G. & Brüne, M. (2014). *Social cognition and metacognition in schizofrenia. Psychopathology and treatment approaches*. Academic Press.
- Malá, E. & Pavlovský, P. (2010). *Psychiatrie. Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Masopust, J. & Mohr, P. (2019). Nenaplněné potřeby v léčbě schizofrenie: místo pro Kariiprazin? *Česká a Slovenská psychiatrie*, 115(4), 179-188.
- McWilliams, N. (2015). *Psychoanalytická diagnóza*. Praha: Portál.
- Mentzos, S. (2005). *Dynamika duševní nemoci*. Praha: Portál.

- Mentzos, S. (2012). *Přehled psychodynamiky. Funkce psychických poruch*. Praha: Portál.
- Miret, S., Fatjó-Vilas, M., Peralta V., & Fañanás, L. (2016). Basic symptoms in schizophrenia, their clinical study and relevance in research. *Revista De Psiquiatria Y Salud Mental* 9, 111-122. doi: 10.1016/j.rpsm.2015.10.007
- MKN - 10. (2019). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. Aktualizované vydání k 1.1.2020*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
- Mohr, P. (2012). Schizofrenie: diagnostika a současné terapeutické možnosti. *Medicína pro praxi*, 9(8), 342-346.
- Mohr, P. (2020). *Nová diagnostická klasifikace duševních poruch v 11. revizi mezinárodní klasifikace nemocí*. *Psychiatrie* 24(1), 32-39. NÚDZ.
- Moritz, S., Lambert, M., Andresen, B., Bothern, A., Naber, D., & Krausz, M. (2001). Subjective Cognitive Dysfunction in First-Episode and Chronic Schizophrenic Patients. *Comprehensive Psychiatry*, 42(3), 213-216. doi: 10.1053/comp.2001.23144
- Mrkvička, J. (2005). *Předpoklady psychoterapie*. Pardubice: Theo.
- Nodek, M., Dočekalová, E., Preiss, M., & Motlová, L. (2009). Efektivita denního stacionáře u pacientů s diagnózou ze schizofrenního okruhu. *Psychiatrie*, 13(1), 4-9.
- Nuechterlein, K. H., Green, M. F., Kern, R. S., Baade, L. E., Barch, D. M., Cohen, J. D., Essock, S.,...Marder, S. R. (2008). The MATRICS Consensus Cognitive Battery, part 1: test selection reliability and validity. *The American Journal of Psychiatry*. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.07010042
- Oberaignerů, R., Oberaignerů, K., Divéky, T., & Praško, J. (2011). Kognitivní deficit u schizofrenie. *Psychiatrie pro praxi*, 12(2), 74-79.
- Ocisková, M., & Praško, J. (2015). *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychotických poruch*. Praha: Grada Publishing.
- Orel, M. a kol., (2012). *Psychopatologie*. Praha: Grada Publishing.
- Orel, M. a kol., (2016). *Psychopatologie. Nauka o nemocech duše, 2., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing.

- Orfanos, S., Banks, C., & Priebe, S. (2015). Are Group Psychotherapeutic Treatments Effective for Patients with Schizophrenia? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychother. Psychosom*, 84(4), 241-9. doi: 10.1159/000377705
- Pawelczyk, A., Kotlicka-Antezak, M., Lojen, E., Ruzspel, A., & Pawelczyk, T. (2018). Schizophrenia patients have higher-order language and extralinguistic impairments. *Schizophrenia Research*, 192, 274-280. doi: 10.1016/j.schres.2017.04.030
- Pěč, O., & Koblic, K. (2008). *O denních stacionářích*. Získáno 2. srpna 2020 z: <http://www.adskc.cz/index.php?id=5&article=1731>
- Pěč, O., & Probstová, V. (2009). *Psychózy. Psychotherapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton.
- Pěč, O. (2010). Duševní poruchy a kvalita péče, sborník přednášek a abstrakt VIII. sjezdu Psychiatrické společnosti ČLS JEP s mezinárodní účastí. Tribun EU
- Pěč, O., Bob, P., Pěč, J., & Lysaker, P. H. (2015). Syntetická metakognice u schizofrenie. *Česká a slovenská Psychiatrie*, 111(4), 189-193.
- Plháková, A. (2008). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia.
- Potvin, S., Aubin, G., & Stip, E. (2017). Subjective cognition in schizophrenia. *Encephale*, 43(1), 15-20.
- Praško, J., Možný, P., & Šlepecký, M., a kol. (2007). *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton.
- Preiss, M., Kučerová, H., a kol. (2006). *Neuropsychologie v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing.
- Preiss, M., Čermáková, R., & Rodriguez, M. (2010). Rehabilitace kognitivních funkcí online: možnosti programu Cognifit. *Psychiatrie*, 14(2), 77-80.
- Raboch, J., & Zvolský, P. (2001). *Psychiatrie*. Praha: Galén.
- Raboch, J., Pavloský, P., & Janotová, D. (2006). *Psychiatrie: minimum pro praxi*. Praha: Triton.
- Raboch, J., Pavlovský a kol., 2013, *Psychiatrie*. Praha: Karolinum.
- Raffard, S., Lebrun, C., Bayard, S., Macgregor, A., & Capdevielle, D. (2020). Self-Awareness Deficits of Cognitive Impairment in Individuals With Schizophrenia. Really? *Frontiers in Psychiatry*, 11(731). doi: 10.3389/fpsyt.2020.00731
- Rahn, E., & Mahnkopf, A. (2000). *Psychiatrie. Učebnice pro studium a praxi*. Praha: Grada Publishing.

- Rektorová, I., et al. (2007). *Kognitivní poruchy a demence*. Praha: Triton.
- Riecher-Rössler, A. (2016). Early psychosis in young women. *European Psychiatry*, 33(S1), 7. doi: 10.1016/j.eurpsy.2016.01.789
- Roder, R., a kol. (2008). *Integrovaný psychoterapeutický program pro schizofrenní pacienty (IPT)*. Praha: Triton.
- Rodriguez, M. & Mohr, P. (2004). Paměť a schizofrenie. *Psychiatria Pre Prax*, 3, 110-113.
- Rodriguez, M, Mohr, P., Bankovská Motlová, L., Čermáková, R., Novák, T. & Preiss, M. (2010). Krátkodobá efektivita kognitivní remediace kognitivního deficitu u schizofrenie. *Psychiatrie*, 14(2), 81-83.
- Shin, Y. J., Joo, Y. H., & Kim, J. H. (2016). Self-perceived cognitive deficits and their relationship with internalized stigma and quality of life in patients with schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, (12), 1411-1417. doi: 10.2147/NDT.S108537
- Smolík, P. (1996). *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf.
- Smolík, P. (2002). *Duševní a behaviorální poruchy*. 2. rozšířené vydání. Praha: Maxdorf.
- Solms, M., & Turnbull, O. (2014). *Mozek a vnitřní svět. Úvod do neurovědy subjektivní zkušenosti*. Praha: Portál.
- Stehnová, I., Sisrová, M., Ustohal, L., Holubová, V., Beránková, D., & Příkrylová-Kučerová, H. (2015). Neurokognitivní dysfunkce u schizofrenií. *Česká a Slovenská psychiatrie*. 111(4), 194-200.
- Sternberg, R.J. (2009). *Kognitivní psychologie*. 2. vydání. Praha: Portál.
- Süllwold, L. (1991). *Manual zum Frankfurter Beschwerde-Fragebogen (FBF)*. Berlin, Springer-Verlag.
- Svoboda, M., a kol. (2006). *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál.
- Syříšřová, E., a kol. (1972). *Normalita osobnosti*. Zdravotnické nakladatelství, n. p. Avicenum.
- Švestka, J. a kol. (1995). *Psychofarmaka v klinické praxi*. Praha: Grada Publishing.
- Treichler, E. BH., Thomas, M. L., Bismark, A. W., Hochberger, W. C., Tarasenko, M., Nungaray, J., Cardoso, L.,...Light, G. A. (2019). Divergence of subjective and performance-based cognitive gains following cognitive training in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 210, 215-220. doi: 10.1016/j.schres.2018.12.034

- Tuček, J., & Chodura, V. (2005). *Psychiatrie*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.
- Tůma, I. (2008). Kognitivní deficit a psychopatologie schizofrenie. *Psychiatrie*, 12(2), 101-106.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2019). *Psychiatrická péče 2018*. Získáno 21. srpna 2020 z: <https://www.uzis.cz/res/f/008308/psych2018.pdf>
- Vargas, M. L., López-Lorenzo, S., Legascue, I., Nagore, A., Serrano, P., & Jimeno-Bulnes, N. (2016). Basic symptoms as subjective cognitive deficit in schizophrenia: cognitive, clinical and functional associations. *European Psychiatry*, 33, S110. doi: 10.1016/j.eurpsy.2016.01.097
- Vévodová, Š., & Ivanová, K. (2015). *Základy metodologického výzkumu pro nelékařské zdravotnické profese. 1. vydání*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Vymětal, J. (2003). *Úvod do psychoterapie. 2., aktualizované vydání*. Praha: Grada Publishing.
- Vymětal, J. a kol. (2004). *Obecná psychoterapie*. Praha: Grada Publishing.
- Woodward, N. D., & Heckers, S. (2015). Brain Structure in Neuropsychologically Defined sub groups of Schizophrenia and Psychotic Bipolar Disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 41(6), 1349-1359. doi: 10.1093/Schbul/sbv048
- Yalom, I. D. (1999). *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Hradec Králové: Konfrontace.
- Zvolský, P. a kol. (1996). *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Abstrakt v českém a cizím světovém jazyce

Příloha 2: Terapeutický kontrakt denního stacionáře

Příloha 3: FBF dotazník (plné znění)

Příloha 1: Abstrakt v českém a cizím světovém jazyce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Souvislost stacionární léčby se subjektivně vnímanými kognitivními potížemi u pacientů s psychotickým onemocněním

Autor práce: Bc. Adéla Hrubcová

Vedoucí práce: prof. PhDr. Panajotis Cakirpaloglu, DrSc.

Počet stran a znaků: 102 stran a 190 994 znaků (včetně mezer)

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 117

Abstrakt: Diplomová práce se zabývá souvislostí stacionární léčby na subjektivně vnímané kognitivní potíže u pacientů s psychotickým onemocněním. Předkládaná práce se hlavně věnuje kognitivnímu deficitu u schizofrenních pacientů. Výzkum je koncipován kvantitativně. Výběrový soubor tvořilo 59 pacientů, kteří absolvovali léčbu v denním stacionáři. Hlavním cílem výzkumu diplomové práce bylo prozkoumat souvislost mezi subjektivně vnímanými kognitivními potížemi u psychotických pacientů, nejčastěji pacientů s paranoidní schizofrenií a absolvováním terapie v denním stacionáři na Klinice ESET. Zkoumali jsme dlouhodobost účinku stacionární léčby. Pro účely tohoto výzkumu jsme využili standardizovaný dotazník FBF (Frankfurtská škála potíží). V rámci terapie v denním stacionáři pro pacienty s psychotickým onemocněním je FBF dotazník začleněn jako běžná součást programu. Vzhledem k charakteru výzkumu a specifické cílové skupině byl výběr respondentů řízen záměrným výběrovým postupem přes instituci a podléhal daným kritériím. Vzhledem k velikosti zkoumaného souboru jsme byli omezeni na deskriptivní metody a neparametrické testy. Výsledky, ke kterým jsme ve výzkumu dospěly, rozhodně nelze zobecňovat na všechny pacienty s psychotickým onemocněním, kteří absolvovali léčbu v jakémkoli denním stacionáři. Pacienti vnímají zlepšení subjektivně vnímaných kognitivních potíží nejvýrazněji rok po absolvování terapie v denním stacionáři.

Klíčová slova: schizofrenie, subjektivně vnímané kognitivní potíže, denní stacionář, FBF

DIPLOMA THESIS ABSTRACT

Title: The relationship between a day care treatment and subjectively perceived cognitive deficits of patients with psychotic disorders

Author: Bc. Adéla Hrubcová

Supervisor: prof. PhDr. Panajotis Cakirpaloglu, DrSc.

Number of pages and characters: 102 pages and 190 994 characters (with spaces)

Number of appendices: 3

Number of references: 117

Abstract: This diploma thesis focuses on the relationship of a day care center in the treatment of subjectively perceived cognitive deficits of patients with psychotic disorders. The thesis describes cognitive deficits of schizophrenic patients. The research method is a quantitative survey. The sample consisted of 59 patients who underwent a treatment in a day care center. The main aim of the research was to investigate the connection between subjectively perceived cognitive deficits of psychotic patients, mostly patients with paranoid schizophrenia, and a therapy in the day care center at ESET Clinic. We examined the long-term effect of the day care treatment. For the purposes of this research, we used the standardized FCQ (Frankfurt Complaint Questionnaire). The FCQ is a regular part of the therapeutic program in a day care center for patients with psychotic disorders. Due to the nature of the research and the specific target group, the respondents were chosen by a deliberate selection procedure according to the given criteria. Due to the size of the examined group, we were limited to the descriptive methods and nonparametric tests. The findings of this research can certainly not be generalized to all patients with psychotic disorders who underwent treatment in any day care center. Our sample of patients mostly noticed the improvement of their subjectively perceived cognitive deficits one year after they had undergone a therapy in a day care center.

Keywords: schizophrenia, subjectively perceived cognitive deficits, day care center, FCQ

Příloha 2 : Terapeutický kontrakt denního stacionáře

Terapeutický kontrakt pro denní stacionář

1/ Docházka do stacionáře:

Pacient dochází do stacionáře každý všední den podle programu, se kterým bude seznámen. Případné absence omlouvá předem pouze zaměstnancům Klinika Eset. Celková účast ve stacionáři nad 70% v každém měsíci pobytu je považována za řádné plnění stacionárních pravidel. Případná nižší účast bude posuzována individuálně a může být důvodem pro ukončení terapie.

2/ Doba terapie:

Doba docházky do denního stacionáře je 9 měsíců, pouze ve výjimečných případech lze dohodnout dobu kratší. Případný předčasný odchod před dohodnutou dobou pacient oznámí a probere na skupině se 14-ti denním předstihem. Po tuto dobu bude pokračovat v pravidelné docházce a hovořit na skupinách o důvodech k odchodu z terapie. Pokud pacient před nebo během nástupu do stacionáře zjistí, že zná někoho z členů skupiny z jiného prostředí, odloží zahájení své stacionární terapie na dobu, až jemu známá osoba terapii ukončí.

3/ Denní účast na programu:

Pro pacienta, skupinu i terapeutický tým je důležité, aby programy nebyly narušovány pozdními příchody a dřívějšími odchody z terapie. Je proto důležité dodržovat čas určený pro terapii a přizpůsobit tomu svůj denní rozvrh.

4/ Chování v průběhu stacionární terapie:

Pacient pravidelně dochází do stacionáře, kde otevřeně hovoří, volně bez cenzury sděluje myšlenky a pocity. Každý člen skupiny zachovává mlčenlivost, nevynáší informace mimo skupinu. Ve stacionáři nejsou tolerovány projevy fyzické agresivity, používání mobilních telefonů /tyto musí být během programů vypnuty/, užívání návykových látek včetně alkoholu a léků mimo předpis lékaře, erotické vztahy mezi účastníky. V případě, že city vůči druhému přesáhnou míru přátelství a kamarádství, je o tom potřeba otevřeně hovořit na skupině. Setkávání se s ostatními členy skupiny mimo stacionář není vhodné, narušuje průběh terapie. Pokud se tak přesto stane, je potřeba hovořit o tom na skupině. V průběhu stacionáře se bude pacient plně zabývat léčbou ve stacionáři, své ostatní aktivity /hledání zaměstnání, zájmové aktivity, vyřizování úředních záležitostí, návštěvu ambulantních lékařů/ přesune do svého volného času nebo až po skončení terapie. Pacient během stacionáře nebude navštěvovat léčítele.

5/ Sebepoškozování:

V případě myšlenek na sebevraždu nebo jinou formu sebepoškozování je důležité mluvit o těchto myšlenkách na skupině. V případě zhoršení stavu mimo dosah denního stacionáře, je nutné vyhledat svého ambulantního psychiatra, eventuálně krizové centrum Riaps /tel. 222586768/ nebo krizové centrum v Bohnicích /tel. 284016666/.

6/ Aktivita:

Pacient se aktivně zapojí do všech stacionárních programů. Je si vědom toho, že terapie mu nemusí být vždy příjemná. V průběhu terapie se nedoporučuje dělat zásadní životní rozhodnutí, o záměrech učinit důležitou změnu je třeba hovořit na skupině.

7/ Návštěvy lékařů, psychologů a psychoterapeutů mimo stacionář:

Během docházky do denního stacionáře pacient chodí na kontroly ke svému ambulantnímu psychiatrovi. Tým pracovníků stacionáře spolupracuje s ambulantním lékařem pacienta. Léky předepisuje pacientovi ambulantní psychiatr, pokud by to pacientův stav vyžadoval, je možné provést změnu medikace ve stacionáři. Pacient po dobu docházky do stacionáře ukončí nebo přeruší psychoterapeutické aktivity mimo stacionář.

8/ Rodinná terapie:

V domluvených případech bude pacient v době stacionáře se svými rodinnými příslušníky docházet na rodinnou terapii v rámci Kliniky Eset. V případě vzájemné domluvy je eventuálně možné docházet na rodinnou terapii i po skončení stacionáře.

9/ Ergoterapie:

Pacient bude povinně jedenkrát týdně docházet na ergoterapii v předem domluveném čase.

10/ Hodnocení průběhu stacionáře:

Pro sledování průběhu terapie a zjišťování klinických informací mohou být užity psychodiagnostické materiály a dotazníky. Pacient souhlasí, že data z dotazníků budou použita při výzkumu ke zhodnocení psychoterapeutického procesu. Data budou hromadně statisticky zpracována, Klinika Eset se zavazuje, že nikde nebude uveřejněno jméno ani jiné osobní údaje. Pacient bude kontaktován rok po skončení docházky do denního stacionáře a přijde na pohovor za členem terapeutického týmu.

11/ Následná rehabilitace:

V dohodnutých případech budou měsíc před skončením léčby ve stacionáři započaty rozhovory se sociálními pracovníky sdružení ESET-HELP, na vzájemné spolupráci se budou účastnit pacient, členové terapeutického týmu a sociální pracovníci sdružení ESET-HELP. V tomto případě pacient souhlasí s poskytováním informací mezi Klinikou Eset a sdružením ESET-HELP.

12/ Stážisté:

Pacient souhlasí, že programu denního stacionáře se mohou účastnit stážisté, kteří se připravují na výkon povolání v oblasti zdravotnictví. Stážisté mohou činit záznamy do zdravotnické dokumentace. Vysloví-li však někdo z pacientů nesouhlas s přítomností konkrétního stážisty na programu, bude tento nesouhlas respektován.

13/ Porušení pravidel kontraktu:

Porušení pravidel kontraktu může být důvodem pro pohovor s terapeutickým týmem a hledání vhodnější formy terapie, eventuálně ukončení docházky do denního stacionáře.

Doba docházky do denního stacionáře od:

do:

V Praze, dne:

Za tým denního stacionáře:

Pacient:

Příloha 3: FBF (Frankfurtská škála potíží)

Frankfurtská škála potíží – česká verze

Frankfurtská škála potíží

Příjmení _____ Jméno _____

Rodinný stav _____

Trvalý pobyt _____

Současné bydliště _____

Dosažené vzdělání _____

Profese _____

Poslední zaměstnání _____

Povolání otce _____

Kdy se potíže objevily poprvé? _____

Počáteční způsob léčby _____

Nyní užívané léky _____

Datum _____

Poznámky:

Abychom si mohli udělat přesnější obrázek o Vašem zdravotním stavu, prosíme Vás, abyste odpověděli na následující otázky týkající se různých psychických obtíží. S Vašimi údaji se bude striktně zacházet jako s důvěrnými.

Prosím, odpovězte „ano“ a udělejte v odpovídajícím políčku křížek, pokud na sobě popisovanou poruchu pozorujete. „Ne“ odpovězte tehdy, pokud potíže, na kterou se ptáme, u sebe nepozorujete. V případě, že se u Vás některá z poruch objevila před několika měsíci nebo ještě před delší dobou, avšak nyní se již nevyskytuje, odpovězte „ano“, ale napište k tomu slovo „dříve“.

Pod každou otázkou je ponechané volné místo, můžete tak doplnit, co byste ještě chtěli poznamenat.

Např. jak často se daná porucha objevuje nebo jaké zvláštnosti u dané potíže na sobě pozorujete.

1. Mám strach, že má schopnost přemýšlet stále klesá. ANO NE

(9)¹ _____

2. Uvádí mě ve zmatek, že mám v hlavě příliš mnoho myšlenek najednou. ANO NE

(5) _____

3. Někdy kolem mě všechno běží jako v nějakém filmu, jako by mé oči již nedokázaly nic zachytit. ANO NE

(10) _____

4. Mé myšlenky jsou často tak dotěrné, jako by něco ve mně nahlas myslelo. ANO NE

(5) _____

5. Často nedokážu pořádně mluvit, přestože slova, která chci říci, mám v hlavě. ANO NE

(7) _____

6. Drobné každodenní úkony mi již nejdou tak, jak jsem byl/a zvyklý/á. Musím si znova každý jednotlivý krok rozvážit. ANO NE

(8) _____

7. Občas nemůžu reagovat a musím jednoduše vyčkat, až to opět bude možné. ANO NE

(1) _____

8. Mám velké mezery v paměti, mnoho z toho, co jsem věděl/a, prostě zmizelo. ANO NE

(6) _____

9. Někdy necítím při pohybu svoje končetiny tak jako obvykle. ANO NE
(7)_____
10. Úplně normální okolní zvuky, které jsem dříve ani nezaregistroval/a, mě nyní nadměru rozptylují. ANO NE
(10)_____
11. Při chůzi jsem si někdy vědom/a každého jednotlivého kroku. ANO NE
(7)_____
12. Mé vlastní myšlenky mi najednou mohou nahánět strach. ANO NE
(5)_____
13. Při přemýšlení odvádějí mou pozornost často nemístné nápady. ANO NE
(5)_____
14. Už se mi stalo, že lidské obličeje vypadaly nezvykle, jakoby znetvořeně nebo zdeformovaně. ANO NE
(3)_____
15. Mé sexuální potřeby se vytratily. ANO NE
(9)_____
16. Již se nedokáži normálně radovat. ANO NE
(9)_____
17. I při úplně běžných činnostech jsem si nepochopitelně nejistý/á, zda je dělám správně. ANO NE
(8)_____
18. Někdy mám pocit, že se vznáším. ANO NE
(7)_____
19. Občas vypadají věci zdeformovaně, pokřiveně. ANO NE
(2)_____
20. Když chci např. zvednout ruku, stane se, že místo toho udělám jiný pohyb, nebo nedokážu udělat vůbec nic. ANO NE
(7)_____

21. Nedokážu od sebe správně oddělit zvuky a slyším všechno jakoby smíchané dohromady. ANO NE
(10)_____
22. Nedokážu již dostatečně určit, co říkám nebo dělám. ANO NE
(1)_____
23. Někdy mi připadá, jakoby se podlaha, po které jdu, zdvihala nebo kroutila. ANO NE
(3)_____
24. Stalo se mi, že na chvíli vypadaly barvy na důvěrně známých věcech jinak. ANO NE
(2)_____
25. Někdy mi zní zvuky jinak, než je běžné. ANO NE
(2)_____
26. Nedokážu už jasně a zřetelně vnímat, co se kolem mě děje. ANO NE
(3)_____
27. To, co vidím před sebou, nedokážu správně pochopit, a proto jsem nejistý/á. ANO NE
(3)_____
28. Nemám už normální chuť k jídlu. ANO NE
(9)_____
29. Občas se mi stalo, že všechno kolem mě vypadalo malé. ANO NE
(2)_____
30. Někdy musím upřít svůj zrak zcela pevně na jedno místo, jinak mi všechno zmizí ANO NE
(3)_____
31. Připadá mi opravdu těžké vytvořit delší věty. ANO NE
(4)_____
32. Někdy, když se kolem sebe rozhlédnu, přijde mi nějaký předmět nápadný, aniž bych ho přímo pozoroval/a. ANO NE
(10)_____

33. Často sám/a pozoruji, že říkám úplně jiná slova, než chci. ANO NE
(1)_____
34. Pokud chci např. vstát ze židle, nebo udělat nějaký jiný pohyb, nejsem si jistý/á, zda to také dokážu hned udělat. ANO NE
(7)_____
35. Stojí mne stále větší úsilí utřídit si myšlenky. ANO NE
(5)_____
36. Moje soustředění je stále horší, protože mé myšlenky, aniž bych to dokázal/a změnit, běhají stále jedna přes druhou. ANO NE
(5)_____
37. Když čtu delší texty, většinou se mi stane, že zapomenu začátek a uniká mi souvislost. ANO NE
(6)_____
38. U úplně běžných prací musím namáhavě přemýšlet o tom, jak mám postupovat. ANO NE
(8)_____
39. Přejde mi, jako bych již nedokázal/a koncentrovat své myšlenky na něco určitého. ANO NE
(5)_____
40. Občas se při čtení zarazím u nějakého běžného slova a musím nejdříve přemýšlet, co znamená. ANO NE
(4)_____
41. Nespím již tak dobře jako dříve. ANO NE
(9)_____
42. Při mluvení mi často vypadne slovíčko, které jsem chtěl/a zrovna vyslovit. ANO NE
(4)_____
43. Občas je můj mozek jako vymetený. ANO NE
(5)_____

44. Někdy se zastavím uprostřed nějakého pohybu a přemýšlím, jak pokračuje. ANO NE
(7)_____
45. Občas všechno vypadá, jako by to bylo v dálce. ANO NE
(2)_____
46. Můj denní program se občas úplně rozpadne, protože jsem zapomněl/a na své obvyklé činnosti. ANO NE
(8)_____
47. Občas se mi všechno míhá před očima. ANO NE
(2)_____
48. Často začnu dělat nějakou činnost a pak zjistím, že vlastně vůbec nevím, co jsem tím vlastně zamýšlel/a. ANO NE
(8)_____
49. Jídlo mně už nechutná tak jako dříve. ANO NE
(9)_____
50. Na ulici nebo v pokoji se mi zdá, jako by se zdi nebo předměty ke mně přibližovaly. ANO NE
(3)_____
51. Někdy se musím snažit být v klidu, aby se předměty kolem mne přestaly kývat. ANO NE
(3)_____
52. Když si chci na něco určitého vzpomenout, nepodaří se mi to, neboť mne napadne něco úplně jiného. ANO NE
(6)_____
53. Někdy úplně normální zvuk se mi najednou jeví jako příliš hlasitý. ANO NE
(10)_____
54. Když chci soustředěně přemýšlet, odvádějí mou pozornost nevhodná slova, která mi přicházejí na mysl. ANO NE
(5)_____

55. Skoro ze všeho, co mě každý den čeká, mám strach. ANO NE
(9)_____
56. Všechno neobvyklé mne znepokojuje, aniž bych to mohl nějak zdůvodnit. ANO NE
(8)_____
57. Jsem nejraději, když všechno běží tak jako obvykle. ANO NE
(8)_____
58. Jsem příliš bdělý/á, pozoruji vše co se děje, i když vůbec nechci. ANO NE
(10)_____
59. Můj výraz obličeje často vypadá jinak, než zrovna chci. ANO NE
(7)_____
60. Často nevím, co se kolem mě právě děje. ANO NE
(6)_____
61. Když se kolem mě hovoří nebo diskutuje, je toho často na mě moc a musím se stáhnout do ústraní, abych opět našel/a svojí rovnováhu. ANO NE
(10)_____
62. Stává se, že se zastavím uprostřed nějaké činnosti, aniž bych pro to měl/a nějaký důvod. ANO NE
(6)_____
63. Často nedokážu zrakem zachytit celek a vidím pouze části, např. části obličeje nebo řady domů. ANO NE
(2)_____
64. Často je pro mě velice namáhavé udržet své svaly v klidu. ANO NE
(7)_____
65. Když s někým mluvím, nesmí mě vůbec nic rozptylovat, jinak hovor nedokážu sledovat. ANO NE
(10)_____
66. Mluvení mi nejde už tak dobře, protože mě dostatečně rychle nenapadají slova. ANO NE
(4)_____

67. Někdy vidím všechno jako rozmazané, aniž by se mi motala hlava. ANO NE
(2)_____
68. Když si chci něco představit, stává se mi, že nedokážu dát dohromady detaily. ANO NE
(6)_____
69. Když se mnou někdo mluví, pochytím sice jednotlivá slova, ale nepochopím správně jejich smysl. ANO NE
(4)_____
70. Je nepříjemné, že se mi myšlenky často vytratí z hlavy. ANO NE
(5)_____
71. Tu a tam bych chtěl/a promluvit, ale nemůžu, protože se mi najednou vytratí slova. ANO NE
(4)_____
72. Hudba mi již nezní tak jako dříve. ANO NE
(9)_____
73. Často zjistím, že na chvíli nevím, co jsem právě dělal nebo říkal. ANO NE
(6)_____
74. Občas se dostávám do zvláštních, mně neznámých stavů, které mi nahánějí strach. ANO NE
(1)_____
75. Všechno mi jde pomaleji než dříve, protože se na všechno musím pracně soustředit. ANO NE
(8)_____
76. Někdy něco vidím a nejsem si na chvíli jistý/á, zda si to dokážu opět představit. ANO NE
(3)_____
77. Často jsou pro mě velice obtížné i takové maličkosti jako praní, oblékání, uklízení, neboť si musím stále rozmýšlet, co mám udělat teď a co potom. ANO NE
(8)_____

78. Moje paměť již nefunguje tak jak dříve, neboť stále pozoruji, že v ní mám mezery. ANO NE
(6)_____
79. Stává se, že se předměty pohybují, i když je dlouho nebo intenzivně nesleduji. ANO NE
(3)_____
80. Nedokážu na něco myslet a přitom vnímat, co se kolem mě děje, musím se plně koncentrovat pouze na jednu či na druhou věc. ANO NE
(10)_____
81. Někdy pokračuje nějaký můj pohyb jednoduše dál a nemohu se hned zastavit. ANO NE
(7)_____
82. Často čtu text mezi řádky a nedokážu pochopit jeho smysl. ANO NE
(4)_____
83. I při úplně běžných situacích musím stále dávat pozor na to, abych se choval/a správně. ANO NE
(1)_____
84. Už se mi stalo, že při čtení vypadala písmenka zdeformovaně, obrácená vzhůru nohama nebo jinak pozměněna. ANO NE
(2)_____
85. Nedokážu určit, na co bych chtěl/a myslet. ANO NE
(1)_____
86. Někdy jsem na chvíli jako ztuhlý/á a nedokážu reagovat, i když bych chtěl/a. ANO NE
(1)_____
87. Když se rozruším, často ani nevím, zda cítím radost nebo zlost. ANO NE
(9)_____
88. Někdy skončím uprostřed věty, aniž bych to měl/a v úmyslu. ANO NE
(6)_____
89. Nedokážu se již dostatečně od něčeho oprostít, vše na mě působí příliš silně. ANO NE
(10)_____

90. Čtu nerad/a, protože mi dělá velkou námahu správně pochytit význam textu. ANO NE

(4) _____

91. Nedokážu si již pořádně vybavit obličej dříve známých osob. ANO NE

(6) _____

92. Když jsem se pozoroval/a v zrcadle, připadal/a jsem si tak cizí, až mě to vylekalo. ANO NE

(2) _____

93. Stráním se lidí, protože je pro mne těžké sledovat, co říkají. ANO NE

(4) _____

94. Když někdo při hovoru tvoří příliš dlouhé věty, je pro mne velmi těžké pochopit smysl toho, co říká. ANO NE

(4) _____

95. Dokonce i rutinní práce mne vyčerpává, neboť musím všechno znova rozmýšlet. ANO NE

(8) _____

96. Často zjistím, že se chovám jinak, než bych chtěl/a, již to nedokážu dost dobře ovládnout. ANO NE

(1) _____

97. Nemůžu se již pořádně dívat na televizi, je pro mě namáhavé sledovat zároveň obraz i zvuk a chápat děj. ANO NE

(3) _____

98. Obávám se, že se čím dál hůře koncentruji. ANO NE

(9) _____

K tomu pozoruji ještě následující potíže:

Co mi pomáhá a zlepšuje můj stav:

Když se uchýlím do ústraní	ANO	NE
Když pracuji pomalu	ANO	NE
Když jsem v klidu a málo se pohybuji	ANO	NE
Když se soustředím na málo aktivit a všechno ostatní nechám stranou	ANO	NE
Když se často zdržuji v těch samých prostorách	ANO	NE
Když málo mluvím	ANO	NE
Když se vyvaruji neklidu kolem sebe	ANO	NE
Když se vyvaruji citového rozrušení	ANO	NE

Jiné: _____

