

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

PSYCHOLOGICKÁ PÉČE
O KLIENTY SE SCHIZOFRENIÍ
A MOŽNOSTI TERAPIE

PSYCHOLOGICAL CARE FOR CLIENTS
WITH SCHIZOPHRENIA AND OPTIONS OF THE THERAPY



Bakalářská diplomová práce

Autor: **Mgr. et Mgr. Martina Brtvová**

Vedoucí práce: **MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.**

Olomouc

2023

„Děkuji, děkuji za žízeň, jež slabost prozradila, děkuji, děkuji za trýzeň, jež zdokonalí díla, za to, že, za to, že miluji, byť strach mi srdce svíral, Beránku, děkuji, marně jsi neumíral, děkuji, děkuji, děkuji, děkuji...“ (Karel Kryl)

Děkuji panu doktorovi Orlovi za odborné vedení práce. Velice děkuji respondentům z výzkumu za jejich čas a ochotu sdílet své profesní zkušenosti. Děkuji za podporu při psaní bakalářské práce i při studiu psychologie mým blízkým včetně těch, kteří se již na nás dívají z nebe...

Mým životem (pracovním i osobním) prošli lidé, kteří měli diagnostikovanou schizofrenii. Jim všem, kteří tak statečně bojují se svou nemocí, a přesto zůstávají laskaví, symbolicky věnuji tuto bakalářskou práci. Kéž bychom jim dokázali vždy přinášet lidský respektující přístup, porozumění a především naději!

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Psychologická péče o klienty se schizofrenií a možnosti terapie“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 25.3.2023

Podpis

OBSAH

OBSAH	3
ÚVOD.....	5
TEORETICKÁ ČÁST.....	7
1 Klient se schizofrenií	8
1.1 Schizofrenie	8
1.1.1 Diagnóza schizofrenie	10
1.1.2 Základní formy schizofrenie	12
1.2 Speciální potřeby klienta se schizofrenií	14
2 Psychologická péče o klienty se schizofrenií	16
2.1 Poskytovatelé profesionální péče o klienty se schizofrenií	16
2.1.1 Klinický psycholog.....	17
2.1.2 Multidisciplinární spolupráce.....	18
2.2 Přístup psychologa ke klientovi se schizofrenií a jeho destigmatizace..	19
2.2.1 Přístup ke klientovi.....	19
2.2.2 Destigmatizace klienta	21
2.3 Prevence relapsu	23
2.3.1 Salutoprotektivní faktory.....	25
2.3.2 Mobilní aplikace ITAREPS.....	26
3 Terapie schizofrenie	29
3.1 Biologická forma terapie	30
3.1.1 Farmakoterapie.....	30
3.1.2 Nefarmakologická biologická léčba.....	31
3.2 Psychologická forma terapie	34
3.2.1 Vybrané směry psychoterapie	34
3.2.2 Specifika psychoterapie u schizofrenie	36
3.3 Psychohygiena pomáhajícího profesionála	40
VÝZKUMNÁ ČÁST.....	42
4 Výzkumný problém, cíle práce, výzkumné otázky	43
5 Typ výzkumu a použité metody	44
5.1 Design výzkumu	44
5.2 Metoda výzkumu	46
5.3 Metoda analýzy dat.....	47
5.3.1 Sebereflexe výzkumnice.....	47
5.3.2 Analýza dat.....	48

6	Sběr dat a výzkumný soubor.....	49
	6.1 Realizace výzkumu.....	49
	6.2 Charakteristiky respondentů.....	51
	6.3 Etické hledisko a ochrana soukromí.....	53
7	Výsledky.....	54
	7.1 Proces analýzy IFA.....	54
	7.2 Výsledky vztahující se k první výzkumné otázce.....	69
	7.2.1 Faktory, které klientům prospívají.....	70
	7.2.2 Faktory, které klienty poškozují.....	74
	7.3 Výsledky vztahující se k druhé výzkumné otázce.....	75
8	Diskuze.....	77
	8.1 Limity výzkumu.....	78
	8.2 Přínosy výzkumu.....	79
	8.3 Perspektiva výzkumu do budoucna.....	80
9	Závěr.....	81
10	Souhrn.....	83
	LITERATURA.....	85
	PŘÍLOHY.....	94

ÚVOD

Poprvé mi za oponu schizofrenie pomohl nahlédnout film *Čistá duše* natočený podle skutečných událostí. Velmi mě také ovlivnila autobiografie *Neslibovala jsem ti procházku růžovým sadem*, která mi taktéž dala nahlédnout do této nemoci zevnitř, z nitra člověka, kterého se bytostně týká. Autorka dané knihy přičítá vlastní uzdravení přístupu své psychoterapeutky Friedy Fromm-Reichmannové. Jednalo se o dobu, kdy antipsychotika – tedy dnešní lék první volby – pro léčbu schizofrenie ještě neexistovala. Pokud však tuto možnost uzdravení pouze připustíme jako určitou hypotézu, kterou je zapotřebí do budoucna dále zkoumat, mohlo by to být velice nadějně i pro dnešní terapii schizofrenie, zejména v případech rezistence vůči biologické léčbě.

Moje motivace k výběru tématu bakalářské práce je profesní i osobní. Během života jsem se totiž setkala v rámci stáží, v práci u klientů i v osobním životě u známých či přátel s lidmi, kteří měli diagnostikovanou schizofrenii, případně se s ní léčil jejich blízký. Viděla jsem jejich trápení i statečnost v boji s nemocí, často těž i jejich laskavost přese vše, čím si procházeli. Dozvídala jsem se právě skrze zkušenosti těchto lidí (ale i díky zkušenostem dalších, zcela neznámých lidí, kteří je veřejně sdíleli v reportážích, přiběžích i diskuzích na internetu v čase, kdy se z nemoci již zotavovali), že pro ně byla někdy odborná pomoc zejména v rámci hospitalizací spíše zatěžující až traumatizující – někteří to popisovali i jako zážitek takové bezmoci, nepochopení a ztráty lidské důstojnosti, při které si sáhli „na dno“. Opakovaně jsem se setkávala s tím, že tito lidé nedostávali takovou pomoc a péči, kterou by potřebovali. Velmi mě tedy zajímá, jak těmto lidem pomáhat, zda to lze dělat lidským vřelým způsobem a co konkrétně může jejich stav zlepšit i čeho se naopak vyvarovat...

V této práci je popsána primárně optimální psychologická i terapeutická péče o klienta se schizofrenií, která by napomáhala jeho plnému uzdravení nebo alespoň stabilizaci jeho zdravotního stavu a dále by přispívala k prevenci relapsu. Sekundárně věnuji pozornost také tématu dobré psychohygieny na straně pomáhajícího pracovníka, neboť si uvědomuji její důležitost pro psychologa i pro jeho klienty.

Cílem prezentované práce včetně výzkumu je tedy operacionalizovat psychologickou péči o klienty se schizofrenií a shrnout možnosti vhodné efektivní terapie. K tomuto cíli dojdeme prostřednictvím rešerší české i zahraniční odborné literatury spolu se zmapováním

zkušeností klinických psychologů např. s psychologickou péčí, prevencí relapsu a psychoterapií u dané klientely.

Předložená bakalářská práce představuje přepracovanou práci. V prvních třech kapitolách se zaměříme na teoretické ukotvení vybraného tématu, tj. budeme se zabývat základními charakteristikami schizofrenie i stručným vymezením důležitých okruhů psychologické péče o klienty se schizofrenií (např. speciální potřeby klienta se schizofrenií, vhodný přístup psychologa včetně navázání důvěry u klienta, prevence relapsu, vnímání klienta a jeho destigmatizace) a dále se budeme věnovat možnostem biologické i psychologické terapie schizofrenie, kde budeme akcentovat především psychologické a psychoterapeutické hledisko.

V empirické části bude prezentován provedený kvalitativní výzkum, který vzhledem k situaci s onemocněním Covid-19 probíhal na jaře 2021 on-line, a to formou dotazníků s otevřenými otázkami, které jsem zasílala psychologům do vybraných převážně lůžkových zařízení v ČR. K danému designu bylo přistoupeno pro tehdy aktuálně platná opatření znemožňující přímý kontakt.

TEORETICKÁ ČÁST

1 KLIENT SE SCHIZOFRENIÍ

„Někdy je člověk bezmocně smeten pod hladinu svého vědomí a hra pokračuje bez něho, on sám už nemá moc ji ovlivnit. Tak pracuje například duševní nemoc. Pracuje někdy za nás pro život a ztišuje vědomé rozhodnutí proti němu.“ (Syřišťová, 1994, 65).

V minulosti bylo s lidmi trpícími schizofrenií zacházeno mnohdy krutě, byli pronásledováni, odsuzováni, zavíráni, trápeni nejrůznějšími způsoby. Jako léčebný prostředek byla např. využívána dlouhotrvající lázeň ve studené vodě nebo inzulinová terapie spočívající v umělém navození hypoglykemického kómatu (Orel, 2020).

Hypoglykemické kóma bylo navozeno vždy v délce trvání šedesáti minut, a to většinou každý den. Aplikováno bylo padesát až šedesát kómat. Toto zacházení bylo účinné především u první ataky schizofrenie, úmrtnost klientů se však pohybovala mezi 1-5 % (Raboch & Zvolský, 2001). Dále se používala atropinová kómata, metrazolové konvulze a prefrontální lobotomie (Bouček et al., 2006). Dnes chceme pohlížet na schizofrenii a její léčbu jiným způsobem – pozn. autorky.

Rozdělení člověka na psychickou a biologickou oblast vychází např. z karteziánského dualismu. Aktuálně toto vnímání klienta nahrazujeme komplexním pohledem bio-psycho-sociálním (Raboch & Zvolský, 2001), který doplňujeme také dimenzi spirituální (Bartůšková, 2022; Baštecká & Mach, 2015). Na dalších stránkách tedy vždy ve svém pohledu na klienta zohledňujeme celou jeho osobnost a akcentujeme nejen vyloženě odborný, ale také celostní a lidský přístup.

V této kapitole definujeme pojem schizofrenie a vymezíme tuto diagnózu dle aktuálně platných mezinárodních klasifikačních systémů (MKN-10, MKN-11, DSM-5, DSM-5-TR), zmíníme se také o formách schizofrenie. Nastíníme si zde základní přehled statistických dat o schizofrenii v České republice (ČR). Budeme se též věnovat tématu speciálních potřeb klienta se schizofrenií, které můžeme ve své praxi očekávat i naplňovat.

1.1 Schizofrenie

Nemoc označovaná jako schizofrenie se objevuje po celém světě a napříč všemi kulturami kolísá její celoživotní prevalence přibližně kolem 1-1,5 %, přičemž postihuje ženy

i muže ve stejné míře, liší se pouze zpravidla pozdějším nástupem onemocnění u žen. Geneze onemocnění bývá kladena nejvíce do věkového rozmezí 22-34 let u žen a 16-25 let u mužů (Raboch & Pavlovský, 2020).

Název schizofrenie etymologicky vychází ze dvou řeckých slov, a to σχίζω (foneticky schizó¹), tedy štěpím a ἡ φρήν (foneticky hé frén), tedy mysl. Jeho význam můžeme proto přeložit jako rozštěpení mysli, rozštěpená mysl, rozdělení mysli, popř. též volněji jako oddělená mysl. Poslední jmenovaný překlad zdá se odpovídá nejvíce tomu, co se v životě člověka s psychózou děje, neboť klient se dle Syřišťové (1994) odděluje od našeho světa do svého světa imaginárního.

K tomuto rozštěpení a dezintegraci dochází ve všech důležitých oblastech lidského fungování – zejména markantní je to na úrovni **myšlení** (objevují se např. bludy o perzekuci klienta u paranoidní formy schizofrenie), **vnímání** (halucinace – nejčastěji ve formě sluchových podnětů, tzv. „hlasů“), **emocí** (nedostatečné prožívání emocí a sociální izolace) i **jednání** (bezúčelnost, pasivita, lhostejnost) (Orel, 2020). Dochází k interpretaci halucinací na straně klienta projevující se v jeho dalším jednání i prožívání – může se jednat o sociálně nežádoucí jednání a dále může klient také reagovat emocí negativního charakteru (Vrbová et al., 2014).

Schizofrenie je velmi vážné onemocnění, které řadíme do spektra psychóz. Jedná se o nemoc na úrovni mozku tradičně spojenou s **dysbalancí dopaminergního systému** (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Každé onemocnění však vykazuje jiné symptomy, disponujeme též více explanačními teoriemi o vzniku schizofrenie – přesto není známa přesná příčina, proč dochází k jejímu propuknutí (Orel, nepublikované osobní sdělení, 2. března 2021). Zpravidla však může být nalezen jako spouštěč stres, např. závěrečná zkouška na střední škole, studium na vysoké škole, ukončení vztahu s partnerem (Green Doors, 2023).

V současné době tedy **neznáme příčinu nemoci** (její etiologii), ve vědecké komunitě však panuje přesvědčení, že je způsobena kombinací více faktorů, a to zejména bio-psycho-sociálních. Z hlediska patogeneze choroby akceptují vědci aktuálně především **teorii zátěže a dispozice** – v případě, že se genetická dispozice (vnitřní křehkost = vulnerabilita)

¹ Infinitiv σχίζειν (foneticky schizein) – rozštěpit, rozštípnout, rozštípat.

konfrontuje s vysokým stupněm stresu, může se u člověka rozvinout schizofrenie (Raboch & Pavlovský, 2020). Diskutován též bývá vliv traumatu na vznik onemocnění (Ille, 2017).

Projevy schizofrenie jsou u každého klienta jiné, proto bývá též označována jako „**nemoc sta tváří**“ (Orel, 2020, 208).

Jedná se o onemocnění, které se dále vyznačuje vnitřní tenzí a ztrátou schopnosti porozumět okolnímu světu, může měnit nejen vnímání reality, ale i osobnost člověka. Negativním důsledkem nemoci pak bývá také ztížená možnost pracovat (Praško et al., 2011). U klientů se schizofrenií je pravděpodobnost spáchání sebevraždy padesátkrát větší než u zdravých lidí (Švestka, 1993).

1.1.1 Diagnóza schizofrenie

Nejprve přistupujeme k vymezení pojmu schizofrenie dle mezinárodně platných klasifikací duševních nemocí. Zejména v evropském prostoru se jedná o *Mezinárodní klasifikaci nemocí* v desáté a nyní aktuálně platné jedenácté revizi (MKN-10 a MKN-11, v anglickém originále *International Classification of Diseases*, ICD-10 a ICD-11), kterou vydává Světová zdravotnická organizace (WHO, 2023; ÚZIS 2023).

Od 1. ledna 2022 vstoupila v platnost nová revize MKN-11, nacházíme se nyní v pětiletém přechodném období – zároveň však stále vycházíme z předchozí verze MKN-10, neboť český překlad se připravuje (ÚZIS, 2023).

V převážně anglofonních zemích je využívána klasifikace Americké psychiatrické společnosti s názvem *Diagnostický a statistický manuál duševních poruch* (DSM-5, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*) platící od roku 2013. V březnu 2022 vyšla jeho textová revize DSM-5-TR (Text Revision), která např. zavádí novou diagnózu protahovaného smutku – *prolonged grief disorder* (American Psychiatric Association – APA, 2023).

Podívejme se nyní krátce na to, jak onemocnění charakterizuje stále platná desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí. Vycházíme přitom z české verze MKN-10, která zařazuje schizofrenii do kategorie **Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy** (F20-F29) a označuje ji číselným kódem F-20. Schizofrenie je zde v české verzi zmíněna jako nejvýznamnější porucha daného okruhu. MKN-10 tedy schizofrenii vnímá v širším kontextu a označuje ji plurálem schizofrenické poruchy, mezi jejichž základní projevy patří

zkreslení kognitivních procesů – vnímání a myšlení. Následuje **emoční** netečnost a **nepřiléhavost**, avšak lucidita vědomí a intelekt zpravidla bývají beze změn (ÚZIS, 2023).

Mezi nejvýznamnější příznaky schizofrenie patří dle MKN-10 např. **halucinace ve formě hlasů** (jedná se především o komentáře a případné diskuze postav z klientova fantazijního světa), dále nevyvratná přesvědčení (**bludy**) týkající se percepce nebo představy toho, že jsou klienti někým řízeni, také se objevuje nečinnost nebo naopak působení na někoho dalšího a v neposlední řadě nacházíme podsouvání myšlenek, jejich odebrání, ozvučování a přenos, což zařazujeme mezi tzv. **intrapsychické halucinace** (ÚZIS, 2021; Motlová & Koukolík, 2004; Bankovská Motlová & Španiel, 2017; Raboch & Pavlovský, 2020).

Nejčastěji se můžeme setkat s dělením **symptomů schizofrenie na pozitivní a negativní**. Pozitivní příznaky zahrnují zejména bludy a halucinace – je možné je snáze ovlivnit farmakologicky. K negativním příznakům řadíme např. netečnost a emoční plochost (Orel, 2020). Pokud symptomy onemocnění trvají nejméně jeden měsíc, můžeme diagnostikovat schizofrenii (Raboch & Zvolský, 2001; Bouček et al., 2006).

Onemocnění často předchází stavy zvané **prodromy** či **prodromální stádium** – jedná se o rané výstražné symptomy schizofrenie, kdy je možné včasným zásahem (nasazení či změna medikace, psychoterapie) zamezit zhoršení zdravotního stavu a případně předejít i hospitalizaci v psychiatrické nemocnici. Pokud se nepovede rozvinutí nové ataky (epizody) zcela předejít, je zpravidla možné alespoň redukovat dobu léčení. Podmínkou je však správná identifikace zdravotního stavu klienta a včasná intervence (Látalová, Masopust & Mohr, 2012). Také se můžeme setkat s pojmem **incipientní** (začínající) schizofrenie (Syřišťová, 1994).

První propuknutí nemoci nazýváme **první ataka**. Poté někdy následují **relapsy** (opakovaná vzplanutí nemoci, někdy též nazývané ataky) či **remise** nemoci, což je období dočasného či trvalého klidu, kdy je nemoc stabilizována, výrazně se neprojevuje ani klienta neomezuje v jeho životě (Látalová, Masopust & Mohr, 2012).

Deficit kognitivních schopností se vyskytuje již v počátečním stádiu nemoci a také u klientů, kteří prodělávají první ataku. Tento deficit můžeme zjistit též u blízkých klienta, kteří jsou zdraví (Mohr, 2020).

Podle české verze MKN-10 může mít schizofrenie konstantní anebo ohraničeně opakovaný vývoj, který s sebou nese postupně se zvětšující či dokonce již stálé poškození.

Můžeme se též setkat s obrazem nemoci pouze s jednou či několika atakami, po nichž následuje neúplná i úplná remise (ÚZIS, 2023).

Znamé bývá také **dělení** schizofrenie **podle třetin**, kdy zhruba třetina klientů prodělá schizofrenii a uzdraví se, přibližně třetina potřebuje nadále užívat léky, ale jejich stav je poměrně stabilizovaný a asi třetina klientů mívá ataky vícekrát za život: jejich schizofrenie příliš nereaguje na léčbu a často se ochromujícím způsobem vrací. Tedy přibližně u 67 % klientů spatřujeme chronický průběh onemocnění (Orel, 2020).

Nejnovější verze **MKN-11** již nerozlišuje schizofrenii dle různých forem, ale rozděluje ji do více skupin dle symptomatologie a aktuálního průběhu onemocnění. Změnou je také používání termínu epizoda oproti dosavadnímu zaužívanému pojmu ataka. MKN-11 tedy popisuje schizofrenii v těchto pojmech (WHO, 2023):

- schizofrenie nespecifikovaná – první epizoda,
- schizofrenie nespecifikovaná – opakované epizody,
- další specifikovaná epizoda schizofrenie,
- schizofrenie kontinuální – aktuálně symptomatická,
- schizofrenie kontinuální – v parciální remisi,
- schizofrenie kontinuální – v úplné remisi,
- schizofrenie – první epizoda – aktuálně symptomatická,
- schizofrenie – první epizoda – v částečné remisi,
- schizofrenie – první epizoda – v úplné remisi,
- schizofrenie – opakované epizody – aktuálně symptomatická,
- schizofrenie – opakované epizody – v částečné remisi,
- schizofrenie – opakované epizody – v úplné remisi,
- schizofrenie nebo další primárně psychotické poruchy, nespecifikované.

V další podkapitole si stručně připomeneme základní druhy schizofrenie dle MKN-10, přestože tyto formy již nová MKN-11 výslovně nerozlišuje.

1.1.2 Základní formy schizofrenie

Schizofrenie bývá dělena do několika forem dle projevů nemoci, a to paranoidní, hebefrenní, katatonní a simplexní. Dále se též rozlišuje reziduální a nediferencovaná schizofrenie.

Nejčastěji se vyskytuje **paranoidní** forma schizofrenie, kde se u klientů setkáme zejména s nápadnými smyslovými halucinacemi (nejfrekventovanější jsou halucinace v podobě „hlasů“, poté zrakové a dotekové, mohou se však objevit též halucinace čichu a chuti) a dále s bludy, zejména perzekučního charakteru (Hartl & Hartlová, 2010; Raboch & Pavlovský 2020; Motlová & Koukolík, 2004).

Další formu schizofrenie tvoří **hebefrenní** schizofrenie, která se zpravidla vyskytuje v juvenilním věku. Podle české verze MKN-10 má být tato diagnóza stanovena pouze během období dospívání a v rané dospělosti. Mezi dominující příznaky řadíme výrazné emoční proměny (např. emoční oploštění, nálada neodpovídající reálným podnětům), nevyzpytatelné a nezodpovědné jednání, abulie, manýrování, nesouvislá řeč (inkoherece) a destabilizované rozkolísané myšlení (dezorganizace). Klient se snaží o separaci od druhých lidí. Halucinace a bludy jsou přítomny pouze parciálně a oslabeně (ÚZIS, 2023), nemusí však být přítomny vůbec. Můžeme se setkat také s pseudofilozofováním (Höschl, Libiger & Švestka, 2002).

Třetí formou, s kterou se můžeme setkat spíše vzácně, je **katatonní** schizofrenie. Typicky se objevují nápadné psychomotorické poruchy s širokou paletou projevů od strnulosti až po rozzuřené jednání. Zpravidla se tedy jedná o výkyvy pohybové aktivity, kdy klient vykonává pohyby nadměrně, stereotypně, beze smyslu – také však může docházet k nižší motorické aktivitě až jejímu úplnému „zamrznutí“ (stupor), objevuje se automatizované jednání na příkaz ošetřujícího personálu nebo také flexibilitas cerea (vosková tvárnost či ohebnost), kdy klient zůstává v určité poloze, kterou je možno zvenku tvarovat jako vosk u zapálené svíčky. Chování klienta v tomto stavu se však může během okamžiku proměnit do zcela opačného modu včetně případné agrese (Libiger, 1991; Raboch & Zvolský, 2001; Raboch & Pavlovský, 2020).

Poslední typ schizofrenie nazýváme **simplexní**. Projevuje se uzavřením klienta do jeho vlastní intrapsychické reality, objevují se negativní příznaky schizofrenie ve smyslu afektivní plochosti, inhibice výkonu a aktivního jednání, dále vnímáme redukci pozornosti a pasivitu. Klient nemá před sebou žádný cíl či smysl života, může se také chovat neobvykle (Höschl, Libiger & Švestka, 2002; Raboch & Zvolský, 2001).

Pokud nelze symptomy schizofrenie zařadit k již popsaným druhům anebo pokud by bylo možné zařadit je do více forem, pak je diagnostikována **nediferencovaná schizofrenie**.

Pokud schizofrenie přešla do chronického stádia, kde převládají negativní příznaky, diagnosticky rozlišujeme **reziduální schizofrenii** (Raboch & Pavlovský, 2020).

MKN-10 řadí mezi formy schizofrenie taktéž **postschizofrenní depresi** nasedající na překonanou schizofrenní ataku (epizodu). Je to deprese, která se může objevit i po roce za současného trvání parciálních schizofrenních symptomů, zpravidla negativních. Hrozí zde ve vyšší míře suicidální chování (Raboch & Pavlovský, 2020). Postschizofrenní deprese může vykazovat dlouhodobý charakter (Myslivoček, 2022).

1.2 Speciální potřeby klienta se schizofrenií

V této kapitole se budeme věnovat některým potřebám klienta se schizofrenií především ve vztahu k pomáhajícím profesionálům – zde máme na mysli zejména psychology. Nebudeme se zde tedy zabývat dalšími důležitými okruhy klientova života jako jsou otázky bydlení, práce a nakládání s financemi včetně případného omezení svéprávnosti v této oblasti, neboť to je v kompetenci především sociálních pracovníků, popř. veřejných opatrovníků.

Klient trpící schizofrenií je mnohem citlivější a zároveň vnitřně křehčí než ostatní lidé, proto k jeho potřebám budou patřit také nadstandardní **komunikační dovednosti** psychologa či psychoterapeuta (včetně intonace hlasu, výrazu obličeje a další neverbální komunikace, jako jsou např. postoje a gesta), jeho **profesionální náklonnost** vůči klientovi, **bezpečný vztah**, který klienta nepohlcuje a který se také za žádných okolností nezmění v reciprocitu či ozvěnu toho, co negativního může klient ke svému terapeutovi vysílat – může se jednat o ironii, nepřátelské postoje, zpochybňování jeho dobrých úmyslů klientovi pomoci atd. Za tím vším jsou však špatné zkušenosti klienta a jeho obranné mechanismy, kterými se nevědomě pokouší preventivně chránit před novou bolestnou zkušeností, zároveň si však tímto způsobem také brání najít a prožít zkušenost podporující, bezpečnou, vpravdě novou (Syřišťová, 1974).

Naše práce s klientem by měla vést ke **zplnomocnění a posílení klienta** (Baštecká, 2003), nikoli ke vzniku trvalé nadměrné závislosti na pomáhajícím pracovníku. Ke zplnomocnění klienta dochází „spíše podporou; nároky, které na něj autonomie klade, jsou vyrovnávány péčí“ (Baštecká, 2003, 332). Jako velmi podstatné se zdá také **akceptovat** klienta **bez podmínek** (Faixová, 2014).

Je potřebné, aby bylo onemocnění schizofrenií diagnostikováno a léčeno včas, aby se zabránilo opakovaným relapsům nemoci včetně zhoršení kognitivních funkcí a vzniku kognitivního deficitu (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Důležité je také to, aby následovala **komplexní psychosociální rehabilitace** (Raboch & Pavlovský, 2020).

Mezi speciální potřeby klientů se schizofrenií můžeme zařadit také to, že nedokážou postavit hranici ve svém přemýšlení, když se rozhodují ani ve svém chování – všechny možnosti či volitelné cesty jim splývají ve stejně hodnotné a je pro ně tedy nemožné přijmout definitivní rozhodnutí. Důležité je proto pokoušet se s ohledem na aktuální zdravotní stav klienta o konkrétní uspořádání – strukturaci, o jakési **kotvy reality v prostoru a čase**, který pro klienty se schizofrenií není (Syřišťová, 1974). Klientovi nikdy nebereme **naději na uzdravení** (Libman-Sokołowska & Nasierowski, 2013).

2 PSYCHOLOGICKÁ PÉČE O KLIENTY SE SCHIZOFRENIÍ

„Rozhoduje se o mně, ale já nemám absolutně žádné slovo. Nikdo mě neposlouchá. Nikdo se mě ani pochopit nesnaží. Mé vnímání a cítění už prý není skutečné. Nikdo se neobtěžuje mi něco vysvětlit, protože bych to údajně stejně nepochopila. Nejsem člověk, ale rozbitý stroj, výsledek poruchy dopaminu v mozku. Já neexistuji, jsem jen přelud.“ (MZČR – Příručka jazyka zotavení, 2021, s. 4)

Osmnáct zpráv z kontrol, které provedlo Ministerstvo zdravotnictví v psychiatrických nemocnicích, ukazuje vážná nedodržení lidských práv v psychiatrické sféře. Jedna z těchto zpráv klasifikuje přístup ke klientce termínem „mučení“ (Košlerová, 2022).

V této kapitole se pokusíme alespoň částečně zmapovat způsoby dobré péče o klienty se schizofrenií. Nejprve se budeme věnovat vymezení okruhu osob, které o klienta profesionálně pečují. Následně si vymežíme přístup psychologa k člověku, který onemocněl schizofrenií a s tím související problematiku (de)stigmatizace. A v závěru kapitoly se budeme zabývat faktory podporujícími klientovo uzdravení i aplikací ITAREPS, neboť oboje může být velmi nápomocné k zotavení klienta a dále k prevenci návratu onemocnění.

Na dané téma se díváme z pohledu klinické psychologie s akcentem na lidský přístup ke klientovi. V praxi to znamená, že vnímáme diagnostická kritéria pouze jako určitá pomocná vodítka, nikoli jako nevratné nálepky, což koresponduje také s právě probíhající reformou psychiatrické péče i s nestigmatizujícím jazykem, kterým máme o klientech a s klienty mluvit. „Označení, která redukuje člověka na případ a odlišťující, mechanický přístup, spolu úzce souvisí.“ (MZČR – Příručka jazyka zotavení, 2021, s. 4).

2.1 Poskytovatelé profesionální péče o klienty se schizofrenií

Primárně se vzhledem k vývoji nemoci zpravidla jedná zejména o psychiatra a klinického psychologa, kteří o klienta v profesionálním kontextu pečují. Nedílnou součástí této péče jsou dále např. zdravotní sestry, lékaři se somatickou specializací, fyzioterapeuti a

sociální pracovníci. Česká právní úprava rozděluje tato povolání do několika skupin, upravených třemi různými zákony. Jedná se o **lékařské zdravotnické profese** – v našem případě lékaři psychiatrické a somatické specializace (zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta), dále o **nelékařské zdravotnické profese** – kliničtí psychologové či psychologové ve zdravotnictví v přípravě na atestaci, fyzioterapeuti, zdravotní sestry, ergoterapeuti, ošetřovatelé a sanitáři nebo zdravotně-sociální pracovníci (zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, tzv. zákon o nelékařských povoláních). Problematiku sociální péče mimo zdravotnickou oblast dále upravuje zákon o sociálních službách (č. 108/2006 Sb.), který definuje služby sociální rehabilitace i vzdělání sociálních pracovníků a dalších pracovníků v sociálních službách.

Všechna tato povolání by i přes odlišnou náplň práce měla mít stejný cíl – pracovat v nejlepší prospěch klienta a pomáhat mu tím na jeho cestě k uzdravení a zotavení. Z důvodu tématu naší práce – psychologická péče o klienty – jsme v podkapitolách rozčlenili profesionály pouze do dvou skupin, a to na klinického psychologa a multidisciplinární tým, zahrnující všechny ostatní pečující osoby.

2.1.1 Klinický psycholog

Klinická psychologie je aplikovaná psychologická disciplína, zaměřující se na oblast zdravotnictví, která v klientovi vidí jeho individualitu, a to v rámci bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu (Baštecká & Mach, 2015).

Proces stávání se klinickým psychologem je dvoustupňový. Psycholog, který se chce stát klinickým psychologem, se nejprve stává **psychologem ve zdravotnictví** – v současnosti je povinné dokončené studium jednooborové psychologie ve všech jeho stupních a poté absolvování akreditovaného kurzu Psycholog ve zdravotnictví. Následně požádá o zařazení do předatestační specializační přípravy v oboru Klinická psychologie, která trvá pět let. Po pětileté praxi v oboru a specializačním vzdělávání skládá psycholog **atestační zkoušku** před komisí na Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (IPVZ) a v případě jejího úspěšného vykonání se stává klinickým psychologem (zákon č. 96/2004 Sb.; IPVZ, 2023).

Klinický psycholog úzce spolupracuje s psychiatrem, např. na jeho doporučení provádí **psychologické vyšetření** a **psychologickou diagnostiku** klientů (Raboch & Zvolský, 2001). Klinický psycholog smí vykonávat svou práci bez odborného dohledu, což zahrnuje zejména psychoterapii a psychodiagnostiku. Může též pomáhat připravovat klienta na medicínské procedury nebo při rehabilitaci (zákon č. 96/2004 Sb.).

K bazálním úkolům klinického psychologa patří **psychologické vyšetření** včetně diferenciální diagnostiky) a dále **psychoterapie** (Höschl et al., 2002).

Raboch a Zvolský (2001, s. 75) doporučují, aby psycholog následně po provedeném psychologickém vyšetření klienta „orientačně a pravdivě informoval o výsledku způsobem, jenž zanechá příznivý dojem“.

2.1.2 Multidisciplinární spolupráce

O klienta se schizofrenií pečuje celý tým odborníků, jak již bylo naznačeno v úvodu podkapitoly. Jedná se o komplexní psychosociálně-zdravotní podporu a rehabilitaci v rámci bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu.

Primárně o klienta v akutní fázi nemoci pečuje **psychiatr** – lékař s psychiatrickou specializací, který mu dle aktuálního zdravotního stavu předepisuje psychofarmaka (zejména antipsychotika) a případně další diagnostické metody a medicínské zákroky, např. elektrokonvulzivní léčbu (ECT). Nedílnou součástí komplexní péče o klienta je též péče lékařů se somatickou specializací, zejména **praktický lékař** a **internista** (kardiolog, endokrinolog apod.). Lékaři jsou vždy sdružení v profesní komoře, která je zároveň garantem jejich vzdělání a odbornosti (Česká lékařská komora – ČLK, 2023).

Mimo oblast zdravotnictví se v rámci doléčování klientů můžeme též setkat se **sociálními pracovníky** v Centrech duševního zdraví (CDZ) nebo s **poradenskými psychology** v případě řešení vztahových potíží, např. v manželské poradně (zákon č. 108/2006 Sb.). Specifickým doplněním péče o klienty se schizofrenií jsou **peer konzultanti**, kteří bývají vedeni jako pracovníci v sociálních službách (Hromádková, 2016). V rámci celostního pojetí se můžeme setkat také s péčí spirituální dle duchovních potřeb klienta (Bartůšková, 2022).

Výhodou multidisciplinární spolupráce je možnost efektivně pomáhat klientovi, nahlížet jeho potíže ze všech možných úhlů a včas intervenovat na více rovinách v jeho

prospěch. Nevýhodou může být nejasné vymezení kompetencí v týmu, přetížení pracovníků či syndrom vyhoření, kterému se budeme věnovat na konci třetí kapitoly.

2.2 Přístup psychologa ke klientovi se schizofrenií a jeho destigmatizace

Problematiky přístupu pomáhajícího pracovníka ke klientům se schizofrenií jsme se již částečně dotkli v kapitole o speciálních potřebách klientů, kde jsme dané téma vnímali více z pohledu klienta. Nyní se budeme věnovat více jednání psychologa ve vztahu ke klientovi – budeme hledat, jaký zvolit přístup ke klientům se schizofrenií, co by nám v tom mohlo pomoci, čeho se naopak vyvarovat. Také si popíšeme fenomén (de)stigmatizace a jeho důsledky pro klienty.

2.2.1 Přístup ke klientovi

„Psychologický přístup spočívá v uplatňování souboru psychologicky příznivě působících vlivů nespecifické povahy. Jsou to např. estetická úprava interiérů ve zdravotnických zařízeních, organizace léčebného režimu, jednání zdravotníků, dostupnost soukromí pro pacienty aj.“ (Raboch & Zvolský, 2001, s. 482).

Důležité je navázat s klientem laskavý **profesionální vztah** s jasnými kompetencemi a hranicemi, který bude pro klienta i pro psychologa bezpečný. Pro dobré navázání vztahu bývá klíčový zejména prvotní kontakt s klientem včetně dojmu, jaký z nás klientovi zůstane. S tím souvisí schopnost získat či spíše postupně si budovat klientovu důvěru: **přijímat ho a být na jeho straně**, ačkoli to neznamená souhlasit se vším, co klient říká či dělá, rozhodně mu však nikdy nesmíme lhát ani podnikat jakékoli kroky bez klientova vědomí a souhlasu. Klíčová je naše vnitřní a vnější **pravdivost vůči klientovi** i laskavá autorita (Vymětal, 2004).

Raboch a Zvolský (2001) doporučují přistupovat ke klientovi tímto způsobem:

- pracovník nesoudí a nehodnotí klienta a jeho život,
- ujištění o důvěrnosti všeho, co klient sdělí (tyto informace nedostane ani rodina ani zaměstnavatel – výhradně kdyby si to klient přál),
- pracovník mluví tak, aby mu klient rozuměl (volí slova, která odpovídají klientovou sociálnímu postavení i vzdělání),
- důležitý je respekt ke klientovi,

- pracovník nebagatelizuje klientovy potíže, ale je připraven je komplexně zkoumat,
- přístup orientovaný na klienta a jeho potíže – vnitřní nastavení pracovníka, které umožňuje být klientovi v danou chvíli výhradně k dispozici.

Klienta vnímáme jako **člověka, který je nám roven** (Vymětal, 2004), který je **utvořen ze stejné podstaty** jako my (Baštecká, 2003).

S důvěrou u klienta úzce souvisí také naše **profesní mlčenlivost**, kterou upravuje pro oblast zdravotnictví § 51 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a dále pro oblast sociálních služeb je to § 100 a § 100a zákona č. 108/2006 Sb. Povinnost mlčenlivosti výslovně zmiňují také **etické kodexy** psychologů, např. kodex vydaný Asociací klinických psychologů (AKP), který v bodě 7 stanoví, že klinický psycholog je „povinen zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o kterých se dozvěděl v souvislosti s psychologickou činností a které se vztahují k pacientovi, a to v souladu s platnými zákony. Na zachování profesního tajemství a ochranu osobní identity pacienta dbá člen AKP ČR i v rámci supervize, intervize či veřejné prezentace kazuistik či výsledků výzkumu“ (AKP, 2023).

Dále se přístup psychologa ke klientovi bude pochopitelně lišit vzhledem k tomu, v jaké **fázi onemocnění** se klient aktuálně nachází. Např. aktuální poruchy vnímání (halucinace) a poruchy myšlení (bludy) se nebudeme pokoušet klientovi vyvracet ani v nich nebudeme klienta podporovat. Oba přístupy by klienta poškodily. Budeme-li klientovi jeho přesvědčení přímo vymlouvat, můžeme se stát jen další součástí jeho paranoidního světa – budeme nepřátelé a již nedostaneme šanci klientovi jakkoli pomoci, bude se mít před námi na pozoru, neboť jsme spojenci postav, které mu chtějí ublížit. Naopak pouhé potvrzování např. „to víte, že to tak je“ klientovi také nepomůže, protože ho nekotví ani vzdáleným způsobem k realitě (Orel, 2020a, osobní sdělení – nepublikovaná přednáška v rámci výuky katedry psychologie).

Během prvního setkání s agitovaným klientem je na místě určitá dávka obezřetnosti, nicméně „již sám vstřícný a chápající přístup snižuje možnost agresivních reakcí nemocného“ (Raboch & Zvolský, 2001, s. 63).

Role psychologa či psychoterapeuta je zde kromě podpory, naslouchání a vnímání klienta a jeho světa spíše ve funkci jakési **spojky s vnějším světem**, tj. mezi klientem a jeho současným imaginárním světem a také mezi klientem a reálným světem, kterému klient přestal ze zcela pochopitelných důvodů rozumět. Je nutné tuto náhradní realitu klientovi

nezbořit, ale trpělivě se učit luštit významy jeho zdánlivě tajných kódů, které vždy odkazují ke klientovu předchozímu životu a událostem, které se v něm odehrály. To, proč klient přestal dočasně rozumět našemu světu, se rozhodně nestalo mimoděk nějakým nedopatřením či nešťastnou náhodou (např. Pěč & Probstová, 2009).

S klientem také komunikujeme **srozumitelně v krátkých větách**, kde řešíme **vždy** pouze jednu konkrétní záležitost a též se dotazujeme vždy pouze na **jednu věc** – tedy žádné „dvouhlavnové“ otázky nebo dlouhá souvětí, kterým by klient vzhledem k jeho aktuálnímu zdravotnímu stavu (např. možný kognitivní deficit vlivem nemoci) nemohl dobře rozumět (Bankovská Motlová & Španiel, 2017).

Psycholog dále provádí též **psychologickou diagnostiku**, kde je povinen dodržovat diagnostický formát dle jednotlivých testů (Svoboda et al., 2022).

2.2.2 Destigmatizace klienta

Stigma odráží klientovy představy, představy jeho blízkých i společnosti o psychické nemoci (Bouček et al., 2006). **Stigmatizace** je proces, kdy jsou člověku přisuzovány určité charakteristiky, které ho diskvalifikují a vyřazují z komunity, což má velký vliv také na prožívání klienta a vývoj jeho nemoci. **Destigmatizace** je opačný proces, kdy se snažíme redukovat zátěž stigmatu, které s sebou v rámci komunity lidí přináší psychická nemoc (Winkler et al., 2014).

Způsob, jakým klient vnímá sám sebe, jeho životní styl, vztahy i motivace korelují se vznikem různých nemocí, které se pak manifestují v jednání a prožívání klienta i jeho blízkých (Raboch & Zvolský, 2001).

Právě obavy z reakcí okolí jsou důvodem, proč mnozí lidé nevyhledají pomoc či ji nevyhledají včas. Různé předsudky i na straně lékařů a dále podstata samotného onemocnění schizofrenií jsou důvodem, proč se klientům s danou diagnózou někdy nedostává dostatečné zdravotní péče. Není to jen proto, že klienti mají obavy či nejsou pro péči o tělesné zdraví přílišně motivováni, ale jsou to i lékaři, kteří dle experimentů odmítají převzít takové klienty do své péče, a to i když dostanou informaci, že schizofrenie velmi dobře reaguje na medikaci (Bankovská Motlová & Španiel, 2017).

Někteří pomáhající pracovníci se však ještě vztahují ke klientům se schizofrenií jako k osobám druhé kategorie, z pozice domnělé inferiority člověka se schizofrenií, bez respektu a vlídnosti, z pozice moci a síly (Pokluda, 2020). Velmi záleží na tom, jak se klienti se

schizofrenií vztahují sami k sobě, jestli tyto předsudky i nepřívětivé jednání společnosti přijímají za vlastní a nakolik se s těmito postoji identifikují (Janoušková & Winkler, 2015).

S vnitřním **přijetím stigmatu** nemoci se pojí také to, že se klient stahuje z přátelských vztahů a nevytváří nové, opouští svou práci či studium (případně i své další ambice i životní sny) a přechází do stavu nečinnosti a netečnosti (Ocisková et al., 2014). Přitom zvládání života se schizofrenií i případné uzdravení velmi podporují právě dobré vyhlídky do budoucna – velký vliv na pocit pohody u klienta i na jeho zotavování může mít zejména schopnost neztratit důvěru a **naději** (Libman-Sokołowska & Nasierowski, 2013).

Pokud se povede alespoň do určité míry odstranit ze společnosti i ze strany některých pracovníků v pomáhajících profesích stigmatizaci, bude snadnější i pro klienty se schizofrenií nestigmatizovat sami sebe, nebrat nemoc jako něco, co je diskvalifikuje v očích druhých. **Autostigmatizační tendence** klientů s duševními potížemi, zejména však se schizofrenií, jsou velkou překážkou na cestě k uzdravení. Pokud totiž klient stigmatizuje sám sebe, snižuje to jeho sebeúctu, dává sám sobě „nálepky“ a cítí se jako společenský nežádoucí osoba (Soroka, Słotwiński, Pawężka & Urbańska, 2020).

Profesionálové by se neměli podílet na společenské stigmatizaci klientů, která je již tak značná (Látalová, 2013). Destigmatizace klientů koresponduje též s probíhající Národní psychiatrickou reformou. „V praxi míváme tendenci ke zevšeobecnění zkušenosti s jednotlivcem na celou skupinu. Pokud se ve zprávách objeví titulek ‚Psychiatrický pacient zabil‘, vyvolává to ve čtenáři dojem, že všichni lidé s psychiatrickou zkušeností jsou potenciálně nebezpeční, má se jich bát a společnost je musí kontrolovat.“ (MZČR – Příručka jazyka zotavení, 2021, s. 4).

Agresivní chování spojené s trestnými činy se u schizofrenie vyskytuje statisticky téměř zanedbatelně v porovnání se zdravou populací (Látalová, 2013; Orel, osobní sdělení 6.3.2021; Čírtková, 2004).

Stigma však pociťují také blízcí klientů se schizofrenií ze strany společnosti, a to zdá se napříč kulturami. Výzkum Ong et al. (2016) z Malajsie byl realizován na 200 respondentech, pečujících o své blízké se schizofrenií, kteří byli získáni na Psychiatrické klinice nemocnice Canselor Tuanku Muhriz. Výzkumníci se zaměřili na míru psychické zátěže a její zvládání u pečujících rodinných příslušníků klientů se schizofrenií a dále na postoj společnosti k těmto pečovatelům. Výzkum probíhal formou sebeposuzujícího dotazníku a účastnilo se ho 86 žen a 114 mužů. Celkem 162 osob z celkového počtu 200

respondentů pečuje o svého blízkého se schizofrenií již více než tři roky. Výsledky ukázaly, že 31,5 % pečujících osob zažívá psychickou zátěž. Tato zátěž souvisela s pocíťovaným stigmatem a také s použitými strategiemi zvládnání tohoto stavu.

Novější výzkum z téže země (Kamarulbahri et al., 2022) realizovaný na 331 respondentech, kteří pečují o klienti se schizofrenií prokázal, že dobrá sociální podpora a psychický distress jsou spojeny s copingovými strategiemi. Je však třeba ještě provést další kvalitativní výzkum, který by určil, jaké copingové strategie budou pomáhat pečujícím osobám vytvořit více komplexní přístup k terapii klientů se schizofrenií. Je důležité, aby tito pečující měli efektivní copingové mechanismy, jak zacházet se svým vlastním duševním zdravím.

2.3 Prevence relapsu

V této kapitole se zaměříme na způsoby, jak zabránit opětovné exacerbaci onemocnění – dotkneme se zde velmi důležité otázky klientova vztahového zázemí a dalších salutoprotektivních faktorů, které napomáhají k úzdravě klienta i k udržení remise, pozornost budeme věnovat také unikátní mobilní aplikaci ITAREPS. Prevence je snaha něčemu předcházet. Relaps je návrat onemocnění.

Relaps je „nová ataka psychózy“ (Bouček et al., 2006, s. 62). „Cílem dlouhodobé léčby je předejít relapsu a vrátit sociální fungování pokud možno na premorbidní úroveň“ (Praško et al., 2011, s. 227).

Je velmi důležité včas si všimnout přicházející ataky a ošetřit klienta takovým způsobem, aby se nemohla naplno projevit (Látalová, Masopust & Mohr, 2012). Důvodem je mimo jiné též nezanedbatelný **deficit kognitivních schopností**, který nacházíme během prodromálních stádií schizofrenie, u první ataky i při chronicky se vracející nemoci (Mohr, 2020).

Chtěli bychom zdůraznit klíčový význam prevence nového relapsu. Ošetřující lékař, psycholog či psychoterapeut by měli **edukovat** klienta a jeho blízké srozumitelnou formou nejen o onemocnění samotném (klinický obraz, medikace a další možnosti terapie, prognóza), ale především by je měli instruovat, proč je tak důležité vyhnout se nové exacerbaci onemocnění a jaký způsob prevence se pro daného klienta zdá jako nejvhodnější. Společně pak mohou naplánovat jednotlivé kroky, jak relapsu zabránit, čemuž se budeme

věnovat dále. Ihned po první zvládnuté atace by měla následovat intenzivní **psychosociální rehabilitace klienta** – je to nejen prevence návratu onemocnění, ale také k udržení co možná nejlepšího zdravotního stavu do budoucna, neboť prognóza schizofrenie je za těchto okolností poměrně příznivá (Bankovská Motlová & Španiel, 2017).

Hosák et al. (2015, s. 194) definuje **psychoedukaci** jako „systematické a strukturované poučení o povaze nemoci a o její léčbě. Zahrnuje i poučení o prevenci, event. rehabilitaci, o interpersonálních a sociálních problémech s nemocí spojených“. Pokládá psychoedukaci za způsob, který vede ke kvalitnější komplianci klienta např. v otázce medikace. Doporučuje psychoedukaci zahájit již během hospitalizace a zapojit do ní nejen klienty, ale i jejich rodiny.

Vraťme se nyní k **plánu strategií**, co může klient a jeho okolí uskutečnit při blížícím se relapsu, který autorka práce osobně viděla na stáži v organizaci Green Doors v tréninkové kavárně Klubu V. Kolona v Praze, která je určena osobám s chronickým duševním onemocněním včetně schizofrenie. Jedná se o službu sociální rehabilitace dle § 70 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, která je v odstavci 1 definována jako „*soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí.*“

Důležité je tedy mít koncept zcela konkrétních kroků, které je zapotřebí podniknout, pokud se klientův stav zhoršuje. Je to individuální plán, do kterého můžeme dle klientova přání zahrnout spolupráci nejen s psychologem a lékařem, ale též s manželem či manželkou, přáteli, kolegy či nadřízeným v práci, sousedy atp. V první řadě bude plán obsahovat **kroky**, jak se preventivně zhoršení zdravotního stavu vyhnout – tedy co udělat, **abychom předešli nové atace nemoci**. V druhé řadě to bude záchytná síť postupů, ke kterým se uchýlit, když klient cítí, že je mu hůře – tedy **jak** konkrétně **se** v dané situaci **zachovat** a **komu zavolat**. Tímto způsobem je též možné předejít další zbytečné hospitalizaci klienta a zvládnout případnou novou ataku nemoci (relaps) ambulantní formou. Klient s tímto plánem vytvořeným za pomoci psychologa či psychoterapeuta může seznámit nejen svou rodinu a přátele, ale je-li to možné i zaměstnavatele a kolegy. Je důležité, aby klient tento plán potřebných kroků a kontaktů nosil **24 hodin denně** s sebou, aby měl on i jeho okolí při nepředvídatelných zdravotních změnách možnost tento stav včas zvrátit k prospěchu klienta

tak, aby se předešlo rozvinutí nové ataky nemoci a další hospitalizaci v psychiatrické nemocnici. Tyto změny je již klient často schopen rozpoznat sám, že se blíží relaps.

Včasná medikace první ataky spolu s komplexní psychosociální terapií významně snižuje možnost relapsu a tím také snižuje riziko poškození klienta. Včasná medikace další přicházející ataky opět snižuje riziko jejího akutního rozvoje se všemi zdravotními a psychosociálními důsledky, které to přináší. Zároveň ale klient, který se obává stigmatizace nebo již má tuto zkušenost ze strany blízkých lidí, spolupracovníků, zaměstnavatele, společnosti není motivovaný situaci řešit a pomoc včas vyhledat (Bankovská Motlová & Španiel, 2017).

Výzkumy týkající se prevence relapsu a zároveň překrývající se s tématem psychoterapie budou předloženy ve třetí kapitole u tématu psychoterapie schizofrenie.

2.3.1 Salutoprotektivní faktory

Podpůrné neboli salutoprotektivní faktory ochraňují klientovo zdraví či následně napomáhají jeho uzdravení. Řadíme mezi ně mimo jiné např. **zázemí rodiny a přátel** (Raboch & Pavlovský, 2020).

Je zapotřebí do péče o klienta **vtáhnout rodinu** (Raboch & Pavlovský, 2020). Musíme však být opatrní, abychom nepřijali zakázku rodiny či zdravotního systému na „opravování“ klienta, a to zejména v situacích, kdy je záhodno spíše přetvořit klientovo prostředí a podmínky k jeho životu (Baštecká, 2003).

Mezi podpůrné faktory v rámci komplexní psychosociální rehabilitace můžeme jmenovat také **terénní multidisciplinární týmy**, kteří navštěvují klienta v místě jeho bydliště, a dále možnost navštěvovat denní stacionáře a chráněná pracoviště (Bankovská Motlová & Španiel, 2017; Pěč & Probstová, 2009). V posledním zmiňovaném případě se jedná o místa pracovního tréninku a rehabilitace – vynikající z hlediska toho, aby se klient mohl postupně vracet do pracovního procesu a zapojovat se znovu do sociálního života, aby měl smysluplné uplatnění a zaměstnání (Orel, 2020).

Je však otázkou, zda tímto způsobem (chráněné dílny, denní pobytová centra, popř. svépomocné skupiny) nevytváříme izolovanou komunitu bez možnosti skutečného návratu do běžného pracovního a sociálního prostředí, kdy ve skutečnosti nedochází k opravdovému zařazení se do společnosti, ale k vytváření opuštěných enkláv mezi diagnostikovanými či aktuálně nemocnými klienty (Baštecká, 2003).

V neposlední řadě patří mezi salutoprotektivní faktory také **zdravá životospráva**, tedy např. dostatečný spánek nebo schopnost **relaxovat**, kde můžeme využít též Schultzův autogenní trénink nebo Jacobsonovu progresivní svalovou relaxaci (Baštecká 2003), dále **strukturování dne** (střídání činností, dostatek prostoru a volného času pro aktivní odpočinek u svých zájmů). Důležité je také nepodceňovat své zdravotní potíže, ale včas je řešit s lékařem (Bankovská Motlová & Španiel, 2017) a taktéž pečovat o sebe **zdravou výživou** (Bankovská Motlová et al., 2011).

U farmakorezistentní schizofrenie se jako efektivní terapeutický faktor ukazuje kromě správného **stravování** také **fyzická činnost** (pohyb). Ve výživě klientů se schizofrenií se objevuje též důležitost **omega 3 polynenasycených mastných kyselin**, nepostradatelných nejen pro správnou funkci nervové soustavy včetně mozku, ale efektivních i u zánětů – tyto děje se objevují také u schizofrenie, redukce zánětlivých dějů tedy může mít terapeutický potenciál (Češková & Hýža, 2020).

2.3.2 Mobilní aplikace ITAREPS

Představme si nyní krátce český unikát v prevenci relapsu, založený na dlouhotrvajícím sledování zdravotního stavu klienta se specializací na **zachycení prodromů**, který mohou lékaři v České republice používat již od roku 2005 (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Jedná se o aplikaci ITAREPS, jejímž tvůrcem je lékař Filip Španiel působící jako vědecký pracovník v Národním ústavu pro duševní zdraví (NÚDZ) v Klecanech u Prahy. ITAREPS je zkratka *Information Technology Aided Relapse Prevention Program in Schizophrenia* (Housková, 2017).

Na podkladě informací od klientů s psychickou nemocí výzkumníci připravili algoritmus, který je schopen efektivně **předvídat zhoršení zdravotního stavu klienta až 8 týdnů před tím**, než k relapsu skutečně dojde. Cílem je v mezičase tento proces zastavit takovým způsobem, aby k opětovnému propadu do nemoci nedošlo a také aby nebylo nutné klienta hospitalizovat. Situace se zpravidla řeší úpravou medikace (NÚDZ, 2016).

Celý projekt ITAREPS funguje na principu každotýdenního **odesílání** vyplněného **dotazníku** prostřednictvím mobilní SMS. V praxi to znamená aktivitu klienta se schizofrenií, který vždy jednou týdně spolu se svým blízkým člověkem vyplní krátký dotazník (10 bodů) vztahující se k prodromálním symptomům nemoci. Výsledek odešlou **pomocí SMS** do centrální databáze, kde je z těchto informací cestou algoritmu posouzeno aktuální nebezpečí relapsu. Pokud systém vyhodnotí, že u klienta existuje akutní hrozba

návratu nemoci, automaticky uvědomí psychiatra, který se o klienta stará, aby mohl farmakologicky zasáhnout. Tímto způsobem je možné **zabránit** opětovnému návratu nemoci **až u 70 % klientů** (NÚDZ, 2016).

Aplikace ITAREPS byla **pozitivně přijata v zahraničí** (Japonsko, Evropa), získala i několik cen. V ČR však autor projektu opakovaně vyjadřuje frustraci z několikaletých průtahů a komplikací při schvalování využití aplikace u největší české zdravotní pojišťovny VZP, která neodmítá jednání, ale zároveň příliš nechce program proplácet (NÚDZ, 2016).

Také ze staršího výzkumu realizovaného u skupiny 145 klientů s chronickou formou schizofrenie a u 80 jejich rodinných příslušníků vyplynulo, že většina z nich je schopna rozpoznat již prodromální příznaky, nicméně nejednalo se o reprezentativní vzorek a nebylo tedy možné vyvodit z toho všeobecnou platnost – autoři proto doporučovali pokračovat v dalším zkoumání, neboť symptomy onemocnění se vyvíjejí (Herz & Melville, 1980). V tomto směru tedy můžeme za jejich **pokračovatele** považovat také vědce sdružené kolem unikátního vynálezu mobilní aplikace **ITAREPS**.

Obecně také k prevenci relapsu přispívá pravidelné užívání antipsychotik (včetně **nevysazování medikace** bez rady s lékařem ani neupravování léčebné dávky), dále pravidelné **kontroly u ošetřujícího lékaře** s psychiatrickou specializací a **psychoterapie**. Velmi důležité je také **edukovat** klienty, aby dokázali rozeznat blížící se ataku podle tzv. časných varovných příznaků (prodromů), které často zahrnují (Bankovská Motlová & Španiel, 2017):

- insomnií,
- špatnou koncentrací,
- neklid – klient začíná být nervózní, podrážděný a napjatý,
- paměťový deficit,
- klient má dojem, že se mu lidé posmívají a že je v centru jejich pozornosti,
- nedočkavost,
- absence chuti k jídlu,
- nezájem o setkávání se s dalšími lidmi apod.

K dalším doporučením již dříve zmíněným patří také vyhýbat se stresu, respektovat určitá pravidla zdravého životního stylu (výživa, spánek, struktura dne) a vyvarovat se návykových a psychotropních látek. Pro klienty je velmi nadějně to, že se relaps ohlašuje poměrně dlouhé období dopředu nejrozličnějšími charakteristickými změnami na úrovni těla

(např. narušení cirkadiálního rytmu), prožívání i jednání, které lze – zvláště po již prodělané atace – relativně dobře zachytit. Zároveň se ale může stát, že se nemoc vrátí i přes dokonalé přesné užívání antipsychotik – příčinou bývá buď podstata schizofrenie jako takové (aktuální výkyvy v činnosti dopaminu) nebo např. stres či užívání drog, neboť oboje má vliv na zdravotní stav klienta směrem k exacerbaci (Bankovská Motlová & Španiel, 2017).

3 TERAPIE SCHIZOFRENIE

„Vím, že skoro nic nevím, ale i s tímto vědomím mohu docela úspěšně pomáhat psychotickým pacientům, když o ně mám opravdový zájem, když s nimi soucítím a s dostatečnou trpělivostí se snažím využívat toho mála, co vím v psychoterapii i ve farmakoterapii. Bez autentického zájmu, dostatečné empatie a trpělivosti nemůže být asi úspěšná žádná snaha... A v psychoterapii nepochybně nezáleží ani tolik na metodě či technice, jako na terapeutickém vztahu.“ (Strossová, 2017, s. 3)

V této kapitole se budeme věnovat různým způsobům léčby schizofrenie. Téma si přehledně rozčleníme na biologickou léčbu, která u akutní formy schizofrenie dominuje, a dále na psychologickou léčbu, která ji komplementárně doplňuje a jejímž cílem je vést ke zlepšení klientova zdravotního stavu.

K léčení schizofrenie tedy využíváme dle Rabocha a Pavlovského (2020) dvě základní formy terapie:

- **Biologická léčba** – farmakologická (medikamenty) a nefarmakologická (např. elektrokonvulzivní terapie).
- **Psychologická léčba** – psychoterapie různých směrů.

Medikace omezila trápení klientů se schizofrenií, přesto i nadále přibližně čtvrtina klientů se schizofrenií nereaguje na léčbu. Přibližně pětina až tři pětiny klientů se schizofrenií také nepřijímá pravidelně léky. Další vývoj schizofrenie však nepříznivě poznamenávají neuspokojivé mezilidské vztahy, vnímání stigmatu nemoci ze strany okolí, užívání psychoaktivních látek, postižení poznávacích funkcí (kognitivní deficit), osobnost člověka ještě před propuknutím onemocnění, a dále farmakorezistentní symptomy nemoci. Vzhledem k celému spektru zmíněných potíží je nutné terapii zaměřenou biologicky rozšířit o pravidelnou **psychoterapii** (Vrbová et al., 2014).

3.1 Biologická forma terapie

Na prvním místě v terapii schizofrenie aktuálně využíváme biologickou formu léčby, která ovlivňuje klientův psychický stav působením na jeho **mozek a mozkové funkce**. Biologická léčba spočívá především ve volbě vhodného typu a vhodné dávky perorálně či intravenózně přijímaných antipsychotik včetně možnosti depotního podání. V indikovaných případech dle klinického obrazu nemoci též zůstává možnost např. elektrokonvulzivní terapie, která mívá zpravidla výrazný léčebný efekt (Raboch & Zvolský, 2001). V následujících podkapitolách si vymezíme tyto léčebné metody podrobněji.

3.1.1 Farmakoterapie

Jako biologická léčba první volby bývá dnes využívána farmakologická péče ve formě antipsychotik. Doporučuje se monoterapie a opatrnost při současném užívání několika léčebných přípravků (medikamentů), kontraindikována je zvláště preskripce medikace totožné farmakologické kategorie (Bouček et al., 2006).

Moderní **antipsychotika** druhé generace (tzv. **atypická**) již život člověka a jeho organismus tolik nezatěžují – můžeme tedy očekávat také lepší komplianci ze strany klienta při jejich užívání (Orel, 2020). Přesto zde nadále existuje riziko možného výskytu nežádoucích účinků, ke kterým řadíme zejména **kardiotoxicitu** antipsychotik (např. Kameníková et al., 2015).

Velmi vážnou komplikací může být také **maligní neuroleptický syndrom** projevující se vysokými horečkami více než 41 stupňů, zrychlenou srdeční frekvencí, ztuhlostí svalů, masivním pocením, oscilací krevního tlaku a následnou ztrátou vědomí a smrtí, pokud se včas nezasáhne. Za potenciálně nebezpečnou je zde považována kontinuální aplikace antipsychotik po dobu více dní či především po více týdnů, přičemž ohroženější jsou osoby užívající antipsychotika první generace. Jedná se o komplikaci, která se objevuje zřídka, nicméně její průběh může končit smrtí (Pavlovský, 2013).

Donedávna byla antipsychotika používána také jako terapie kognitivních potíží klienta, avšak s malými účinky. Nyní je v ČR od roku 2020 k dispozici lék **lurasidon** vylepšující kognitivní deficit u schizofrenie – kromě zjištěného kladného působení na plasticitu mozkových neuronů se jedná také o nezanedbatelné zkvalitnění fungování paměti a schopnosti učit se (Mohr, 2020). Lurasidon patří do kategorie antipsychotik s indikací pro terapii schizofrenie – konkrétně se jedná o antagonistu dopaminových a serotoninových

receptorů (Hubeňák, 2020). Lurasidon se vyznačuje „výraznějším ovlivněním depresivních příznaků a prokognitivním efektem“ (Češková & Hýža, 2020, s. 79).

Dalším novým lékem u nás je **kariprazin**. Jedná se o poměrně nové antipsychotikum druhé generace, řadíme ho k parciálním agonistům dopaminových receptorů D2 a D3. Jeho výhodou je, že působí na negativní symptomy schizofrenie. Do budoucna bude k dispozici také lék lumateperon, který moduluje glutamatergní, serotoninový a dopaminový synaptický přenos (Češková & Hýža, 2020).

Dle studie Tiihonen et al. (2017) byly **klozapin** a **depotní injekce** („long-acting injectable antipsychotic medications“, tedy doslova dlouhodobě působící injekční antipsychotická medikace) farmakologickou léčbou s nejvyšší mírou prevence relapsu schizofrenie. Riziko opětovné hospitalizace je o 20-30 % nižší během dlouhodobě působící injekční léčby ve srovnání s ekvivalentními perorálními přípravky. Avšak tato studie byla podpořena farmaceutickou firmou, dva z autorů pracují pro shodnou farmaceutickou firmu ve Švédsku a v Belgii a další autoři také přiznávají různé vazby na farmaceutické firmy – jedná se o celkem pět autorů studie z jedenácti, tj. téměř polovina vědců má vazby na farmaceutické firmy.

Klozapin se nejvíce využívá u **farmakorezistentní schizofrenie** – je však efektivní také jako prevence sebevražd u klientů se schizofrenií, u klientů trpících duální diagnózou (kombinace abúzu psychoaktivních látek a schizofrenie), u agresivního a nepřátelského jednání. Klozapin lze nahradit olanzapinem, jedná se pak o velké množství podaného léku (Češková & Hýža, 2020).

Přestože novodobá farmakologická léčba podstatně redukuje trápení klientů s diagnózou schizofrenie, u některých však zůstávají halucinace chronického charakteru (Vrbová et al., 2014). Tématu psychoterapie se budeme věnovat v podkapitole 3.2.

3.1.2 Nefarmakologická biologická léčba

U některých nemocných se schizofrenií – především pokud daný obraz a forma schizofrenie nereaguje na farmakologickou léčbu, můžeme případně zvolit také další způsoby biologické terapie, a to např. **elektrokonvulzivní terapii** (ECT) prováděnou v současnosti v celkové anestezii (Kališová et al., 2019) nebo **repetitivní transkraniální magnetickou stimulaci mozku** (rTMS) (Dušek & Večeřová Procházková, 2015). Jedná se o nelékovou formu léčby neurostimulací (Mohr, 2020).

Elektrokonvulzivní léčba se začala u klientů se schizofrenií používat od roku 1935 (Raboch & Zvolský, 2001). Tato terapie funguje na principu „indukce epileptiformního paroxysmu“ (Kališová et al., 2019, s. 13). ECT bývá dále předepisována u **katatonní schizofrenie**, pokud neúčinkuje léčba benzodiazepinovými medikamenty a také při výrazném **farmakorezistentním neklidu** či v potenciálně hrozícím agresivním chování vůči sobě nebo druhým lidem. V případě katatonní schizofrenie se doporučuje ECT z důvodu záchrany života klienta i denně, dokud se jeho zdravotní stav nezmění k lepšímu. V rámci ECT lze aplikovat antipsychotika (Kališová et al., 2019).

Raboch a Zvolský (2001) pokládají ECT za nejefektivnější terapii biologickými prostředky, bezpečnou a s velmi rychlým nástupem účinku. Znovuobjevení elektrokonvulzivní léčby dávají do souvislosti s poznáváním hranic farmakoterapie:

- nežádoucí účinky,
- farmakorezistence,
- důsledky farmakologické léčby, které se projeví opožděně
- kontraindikace.

Jako další důvod uvádějí výše uvedení autoři zlepšení způsobu provádění ECT, čímž se podařilo zredukovat negativní působení ECT a zároveň se zvětšilo bezpečné použití této metody. K větší bezpečnosti ECT dle nich přispělo provádění výkonu v anestezii a myorelaxaci, dále snímání EEG (příp. EKG), stimulace krátkými pulzy a unilaterální umístění elektrod. ECT se používá dvakrát až třikrát za týden. Je však možné ji výjimečně aplikovat i každý den, popř. i vícekrát během jednoho dne – jedná se o velmi vážný zdravotní stav klienta, kde by nečinnost znamenala zanedbání jeho stavu. Zpravidla po dvou až třech aplikacích se zdravotní stav klienta zlepšuje. U schizofrenie se dosahuje remise po osmi až dvanácti aplikacích.

ECT bývá považována za nepřiliš zatěžující metodu. Přesto se mohou objevit nejrůznější somatické i psychické nežádoucí účinky, např. bolesti hlavy a zubů, dočasná dezorientace či zpravidla vratná retrográdní či anterográdní porucha paměti, která by měla odeznít během několika dní až šesti týdnů. Může však dojít i ke zhoršení kognitivního deficitu, který existoval již před aplikací ECT (Kališová et al., 2019). Jiní autoři však uvádí, že by tyto reverzibilní poruchy paměti měly odeznít zpravidla do tří měsíců. Setkat se můžeme i se zvracením (Raboch & Zvolský, 2001). Výjimečně se mohou objevit kardiovaskulární obtíže i letálního charakteru, prolongovaný záchvat včetně případného

přechodu do stavu nazvaného status epilepticus (rizikové je zde užívání lithia a teofylinu paralelně s ECT) nebo přesun deprese do mánie (Kališová et al., 2019). Úmrtnost u aplikace ECT činí 0,02-0,002 %, a to zejména na komplikace kardiopulmonálního charakteru (Raboch & Zvolský, 2001).

Repetitivní transkraniální magnetická stimulace mozku se v psychiatrii zkoumá od 90. let 20. století (Raboch & Zvolský, 2001). Je to neinvazivní metoda založená na efektu opakovaného působení kombinace magnetického pole a jím vytvořených elektrických potenciálů na určité oblasti mozku s cílem odstranit symptomy duševních nemocí (Dušek & Večeřová Procházková, 2015).

Při terapii schizofrenie se rTMS používá především při výskytu **sluchových halucinací** a dále též při procesu odstraňování **negativních příznaků** schizofrenie (Ustohal, 2017). Dle Ustohala (2022) se smí tato metoda používat s evidencí vymezenou stupněm C („potenciálně účinná“) za výše uvedeným účelem podle internacionálních referencí z roku 2020.

Vědci (Tikka et al., 2023) analyzovali 52 studií o využití TMS u různých neuropsychiatrických nemocí včetně schizofrenie. Z celkového počtu 52 studií se přímo schizofrenií zabývalo celkem 13 studií. Bylo zjištěno, že TMS ukazuje pozitivní výsledky v léčbě skupin ve všech studovaných neuropsychiatrických potížích, avšak jednalo se pouze o „only active“ zacházení, nikoli o studie kontrolované shamovou stimulací.

Mezi časté nežádoucí účinky transkraniální magnetické stimulace patří např. bolest hlavy (Tikka et al., 2023), dále se přechodně objevují halucinace, vyšší práh sluchu, tinnitus a záchvaty epileptiformního charakteru. Kontraindikací pro využití této metody je kardiostimulátor a dále kovové předměty v těle člověka. Zcela vyloučena je aplikace rTMS při vyšším nitrolebečním tlaku a hypertenzi, v těhotenství a u epilepsie včetně užívání antiepileptické medikace (Dušek & Večeřová Procházková, 2015).

V této kapitole jsme si vymezili farmakologickou a nefarmakologickou léčbu, nyní přecházíme k léčbě psychologickými a psychoterapeutickými prostředky.

3.2 Psychologická forma terapie

V této kapitole si definujeme psychologickou formu terapie, tj. psychoterapii a představíme si stručně její jednotlivé koncepce. Z důvodu širšího tématu psychoterapie jsme zvolili pouze některé její směry, např. záměrně vynecháváme eklektické, integrativní a jiné pojetí. Mezi vybrané druhy psychoterapie řadíme tyto koncepce vycházející z teorií učení, z psychodynamických a humanistických směrů (Kratochvíl, 2017):

- psychoanalýza,
- analytická psychoterapie,
- rogersovská psychoterapie,
- kognitivně-behaviorální terapie,
- gestalt terapie,
- logoterapie.

Budeme se také zabývat specifickými terapeutickými postupy u klientů se schizofrenií včetně vhodných technik terapeutických technik.

3.2.1 Vybrané směry psychoterapie

Psychoterapie je léčba potíží v oblasti lidské psychiky a vztahů **psychologickými prostředky**. Lze ji využívat nejen jako terapii, ale též jako prevenci v situacích, kdy psychoterapeut může klientovi poskytnout také krizovou intervenci, poradenství či s ním hovořit o copingových strategiích v náročném období (Raboch & Pavlovský, 2020).

Existuje mnoho druhů psychoterapeutických směrů, v kterých lze absolvovat terapeutický výcvik. Odlišují se navzájem např. svým teoretickým zázemím, vnímáním klienta i způsoby práce s ním. Je prokázáno, že nejúčinnějším faktorem v psychoterapii není směr výcviku, ale **terapeutický vztah** (Česká asociace pro psychoterapii, 2023). Budeme se nyní věnovat přiblížení několika vybraných psychoterapeutických směrů v jejich obecných charakteristikách, aniž bychom diferencovali další rozdělení na terapie individuální, skupinové, rodinné či párové.

Psychoanalýza a psychoanalytická terapie jsou směry terapie, které mají svůj základ v osobě Sigmunda Freuda. Tvoří ji zejména teorie o tom, jakým způsobem funguje lidská mysl a zároveň vychází z terapeutické praxe (International Psychoanalytical

Association – IPA, 2023). Sigmund Freud postuloval teorie o lidské psychice na základě své terapeutické praxe (Plháková, 2021).

Analytická psychoterapie vychází z modifikací, které ve Freudových teoriích a praxi provedl C.G. Jung. Tato terapie akcentuje význam komplexů, snů, archetypů, symbolů a imaginace v životě člověka (Česká společnost pro analytickou psychologii, 2023).

Rogersovská psychoterapie (taktéž přístup zaměřený na člověka – Person Centred Approach, **PCA**) sdílí Rogersovo přesvědčení o nutnosti postavit do centra našeho odborného zájmu klienta – důraz je kladen na důvěru v klienta a na vzájemný vztah. Základem terapie je zde přijetí klienta bez podmínek, schopnost empaticky mu naslouchat a dále kongruence terapeuta. Tato terapie vnímá, že každý člověk v sobě má potenciál k uzdravení, ke změně, potřebuje pro to pouze vhodné podmínky (PCA Institut Praha – Institut pro psychoterapii a poradenství zaměřené na člověka, 2023).

Kognitivně-behaviorální terapie (KBT) vychází z premisy, že duševní manifestace lze učením nebo přeučováním pozměnit (Raboch & Pavlovský, 2020). Bývá doporučována klientům se schizofrenií (Praško, 2007; Bankovská Motlová & Španiel 2017). V následujícím textu o specifikách psychoterapie si načrtneme způsob, jakým KBT pracuje s klienty s farmakorezistentními příznaky onemocnění.

Gestalt terapie je přístup zaměřený především na aktuální situaci tady a teď, z čehož vychází veškeré terapeutické intervence. Vychází z více směrů, např. z gestalt psychologie, fenomenologie, existenciální filozofie, bioenergetiky, celostního přístupu, zen-buddhismu (všímavost) a v neposlední řadě z psychoanalýzy. Zakladatel gestalt terapie Fritz Pearls byl původně lékař a zároveň psychoanalytik, který ve svém psychoterapeutickém směru korigoval psychoanalýzu ve spolupráci se svou ženou a dalšími kolegy (Institut pro Gestalt terapii, 2023).

Logoterapie je směr vycházející ze zážitků Viktora Frankla, který svou teorii formuloval po přežití čtyř koncentračních táborů. Na podkladě existenciální analýzy klade důraz na otázky svobody a zodpovědnosti člověka, na hledání smyslu jeho života, na vytváření hodnot skrze konkrétní skutky člověka. Rozlišuje se logoterapie jako pomoc člověku, kdy odhlížíme od obecně daných hodnot zodpovědnosti a svobody, zatímco existenciální analýza je procesem poznání, jakým způsobem konkrétní klient hodnotí své bytí, kam svůj život zaměřuje (Balcar, 2023).

Psychoterapie v sobě kromě pomoci nese také potenciální nebezpečí, které spočívá v možnosti využít i zneužít emoční **závislost** klienta i **nerovnováhu moci** v terapeutickém vztahu k osobnímu prospěchu terapeuta, který si zde může sytit vlastní potřeby, např. potřebu ochraňovat klienta, pečovat o něj, ale také potřebu agrese a moci. Problematické je také to, pokud na straně terapeuta absentuje jeho osobní vztahové a citové zázemí mimo terapii – klient nesmí terapeutovi substituovat jeho potřeby a nefunkční zázemí (Plháková, 2021).

3.2.2 Specifika psychoterapie u schizofrenie

Klienta vnímáme jako **součást** určitého **prostředí** – rodina, partnerský vztah, nikoli izolovaně. Pro porozumění klientovi s psychózou je důležitá empatie, která spolu s porozuměním pomáhá konstruovat terapeutické spojení, které bude klienta kotvit ke skutečnosti kolem nás prostřednictvím dodávání citové opory a bezpečí. Pro dosažení tohoto cíle je doporučeno, aby individuální i skupinovou psychoterapii vedl **jeden** konkrétní pracovník, který by se klientům neměnil. Jako užitečné se ukazuje pracovat s klienty **neverbálně** – pantomima, hudba, malování apod. Je také možné pracovat ve skupině na určitém tématu. U klientů se schizofrenií se doporučuje docházka do denního stacionáře, V době ústupu psychotických příznaků je dobré pracovat terapeuticky současně s klientem i s jeho rodinou v rámci rodinné terapie (Raboch & Pavlovský, 2020).

Důležitá sdělení klientů se schizofrenií jsou tradičně zašifrována pomocí symbolů a metafor – psychoterapeut se u každého klienta trpělivě učí diferencovat opravdu důležité kódy a jejich souvislost se skutečným životem klienta, s jeho životními okolnostmi atd. (Bruch, 1997; podobně Pěč & Probstová, 2009).

Můžeme si také povšimnout části metody KBT přímo se specializující na akutně probíhající symptomy schizofrenie včetně poruch myšlení (bludů) a vnímání (halucinací), které odolávají farmakologické léčbě s cílem odeznění či zlepšení této symptomatologie, což je částečně výzkumně podloženo (Pěč, 2009). Zde se nejprve mapují okolnosti a frekvence výskytu halucinací a bludů, dále se zkoumá jejich náplň a odezva u klienta v rovině jednání i pocitů. U poruch myšlení (bludy) se psychoterapeut snaží v první řadě narušit validitu méně podstatných komponent bludu, nabízí další možné výklady, snaží se transformovat vnitřní myšlenkové mapy navázané na toto nevyvratné přesvědčení a také hovoří s klientem o tom, jaký pro něj má daný blud smysl v rovině citů. U poruch vnímání (akustické halucinace) může psychoterapeut nabídnout dvě řešení: věnovat se zcela jejímu obsahu a snažit se objevit

zde význam nebo je možné zcela jednoduše odklonit pozornost klienta jiným směrem, např. k poslechu hudby, k četbě, dialogu (Pěč, 2009).

Dle Vrbové et al. (2014) byla efektivita KBT u pacientů se schizofrenií doložena v mnoha výzkumech – podmínkou bylo využívat tuto terapii společně s farmakologickou léčbou antipsychotiky. KBT učí klienta pracovat s chronickými halucinacemi takovým způsobem, aby je vnímal více s odstupem (aby je více zkoumal a kriticky hodnotil) a měl nad nimi více moci. Dobrý terapeutický proces vede k vyšší kvalitě života klienta, k redukci stresu a k větší komplianci při přijímání medikace v delším časovém horizontu.

Naproti tomu jiní autoři se na základě studií domnívají, že není důvod k automatickému (plošnému) využívání kognitivně-behaviorální terapie v léčbě klientů, kteří trpí farmakorezistentní schizofrenií. Přesto pokládají KBT za schopnou redukovat symptomy nemoci u konkrétních nemocných (Češková & Hýža, 2020).

Studie Isabelinha et al. (2023) zkoumající účinnost na tělo orientované terapie na negativní symptomy u klientů se schizofrenií vycházela z celkem 18 studií, kde byla použita kreativní terapie (*creative arts*), intervence zaměřené na propojení těla a mysli (*mind-body interventions*, cvičení aerobiku, meditace) a psychoterapie zaměřená na tělo (*body psychotherapy*). Vědci zjišťovali negativní symptomy schizofrenie, např. emoční oploštělost (*affective blunting*), anhedonii nebo zpomalené psychomotorické tempo (*psychomotor slowing*) a došli k závěru, že neexistuje přesvědčivý vědecký důkaz, že by na tělo orientovaná terapie pozitivně působila na negativní příznaky schizofrenie.

Další studie zaměřená na redukci negativních symptomů (Bryl et al., 2020) spojila kvantitativní a kvalitativní výzkum za účelem optimalizovat psychosociální fungování nemocných se schizofrenií snížením výskytu negativních příznaků. Studie vychází z předpokladu, že by intervence založené na pohybu mohly oslovit neverbální stránku negativních příznaků. Jednalo se o desetitýdenní tanečně-pohybovou terapeutickou skupinu (*group dance/movement therapy program, DMT*) zaměřenou na negativní příznaky a psychosociální fungování klientů se schizofrenií. Byla použita randomizovaná kontrolovaná studie, která byla doplněna polostrukturovanými výstupními rozhovory. Výzkumu se zúčastnilo 31 klientů se schizofrenií – byli rozděleni do dvou skupin, v nichž jedna dostávala léčbu jako obvykle (*treatment as usual, TAU*) a druhá skupina dostávala intervenci pohybově-taneční (*dance/movement therapy, DMT*). Před začátkem programu a po jeho skončení účastníci referovali o negativních příznacích a o výsledcích psychosociálního

fungování. 15 účastníků dokončilo rozhovory. Kvantitativní data neukazují ani zlepšení ani zhoršení klinického stavu v DMT skupině. Kvalitativní data ukazují, že účast v DMT skupině měla fyzický dopad, projevila se ve zlepšené schopnosti navazovat mezilidské vztahy (*enhanced interpersonal connectivity*), ve smyslu pro integraci, ve schopnosti zacházet s příznaky onemocnění a v emoční podpoře. Kvalitativní (nikoli kvantitativní) zjištění ukazují, že taneční terapie (*dance/movement therapy*) má potenciál zlepšit psychosociální fungování a snížit vážnost negativních symptomů schizofrenie.

V další studii zkoumal pohybovou terapii Gökçen et al. (2020). Jedná se o zaslepenou randomizovanou kontrolní studii provedenou v komunitním centru duševního zdraví. Zabývá se účinností na cíl orientovaného tance a pohybové terapie (DMT) na symptomatologii a funkční remisi u klientů se schizofrenií. Studie se zúčastnilo 32 dospělých klientů ve věku 18-65 let, kteří byli rozdělení na dvě skupiny – na skupinu, v které probíhaly intervence a na kontrolní skupinu. Tato intervence spočívala v setkáních tance a pohybové terapie 2x týdně po dobu celkem osmi týdnů. Byly měřeny pozitivní a negativní symptomy (*Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS*) a dále funkční remise u schizofrenie (*Functional Remission of General Schizophrenia, FROGS*). Bylo prokázáno signifikantní zlepšení v negativních symptomech a celkové psychopatologii a taktéž funkční remise po na cíl orientované taneční a pohybové terapii v porovnání s kontrolní skupinou. Výsledky této studie indikují, že by tato tanečně-pohybová terapie mohla být využívána pro dosažení více efektivních psychosociálních výsledků. Je však nutné pokračovat v dalších studiích na větším vzorku a v déletrvajícím časovém horizontu, aby se potvrdily tyto výsledky.

Jiná studie (Liang et al., 2023) hodnotila účinnost tréninku dovedností potřebných pro život (*led life skills training, LST*) na funkční zotavení a sebedůvěru (*self-efficacy*) klientů se schizofrenií. Zkoumaná skupina klientů (N = 51) se účastnila tréninku LST, kontrolní skupina (N = 53) dostala běžnou péči o duševní zdraví. Výsledky zotavení a sebeúčinnosti mezi skupinami byly porovnány na začátku, poté během intervence (4 týdny) a ihned po intervenci (8 týdnů). Opakovaná měření analýzy rozptylu byla využita k analyzování dat. Výsledky ukázaly, že intervence zlepšila funkční zotavení a *self-efficacy* klientů se schizofrenií. Vědci doporučují tento trénink integrovat do terapie klientů se schizofrenií, aby jim usnadnil zotavení a pomohl jim dosáhnout nejvyššího možného potenciálu pro nezávislý život.

Z výzkumů dále vyplynula důležitost práce s rodinou klienta (psychoedukace a další intervence) i důležitost terapie, jmenovitě KBT. Bighelli et al. (2021) do své metaanalýzy

zařadili 72 studií s 10 364 účastníky, přičemž srovnávali různé psychologické intervence, které byly většinou jako doplněk k léčbě antipsychotiky. Nalezli silný přínos ve snížení rizika relapsu u následujících položek: intervence v rodině (*family interventions*), rodinná psychoedukace a kognitivně-behaviorální terapie. Tyto tři položky by měly první psychosociální intervencí, které se budou zohledňovat v dlouhodobé léčbě klientů se schizofrenií.

K dalším výzkumům věnovaným psychoterapii patří např. Modesti et al. (2023), který poukazuje na významný nedostatek vzhledu či pochopení, který často brání terapeutickému procesu, a to právě v souvislosti s pozitivními a negativními symptomy onemocnění. Jako cíl svého výzkumu si autoři studie vytkli provést přehled dosavadní literatury zaměřující se poruchy schizofrenního spektra, aby zjistili stav znalostí v psychoterapiích zaměřených na léčení psychotických symptomů. Došli k závěrům, že psychoterapie může zlepšit sociální fungování klienta a pozitivní symptomy onemocnění, stejně jako další symptomy tohoto okruhu, a z toho důvodu by mohla být zvažována jako nápomocná (užitečná) podpůrná (doprovodná) léčba poruch schizofrenního spektra. Mezi kognitivně-behaviorální terapií a nejnověji odvozenými přístupy existuje důkaz, že mohou zlepšit rozmanité psychotické symptomy. Na druhé straně psychodynamická psychoterapie může mít také pozitivní vliv na psychotické symptomy. Jsou však zapotřebí další studie, které by identifikovaly nejvhodnější terapeutické postupy pro tyto klienty s poruchou schizofrenního spektra.

Miller et al. (2021) popisuje techniky psychodramatu adaptované pro první epizodu schizofrenie, které jsou doplněné příklady toho, jak je vzájemná pomoc ve skupině potřebná ke zlepšení (zesílení) procesu zotavení. Klienti se schizofrenií ve skupině pracují společně na zmírnění traumatu diagnózy a přidružených symptomů včetně výzev, které s sebou další fungování přináší. Autoři ukazují, že např. techniky rozehrívání (*warming up*), zrcadlení, hraní rolí či jejich výměna má dopad do každodenního života účastníků. Autoři vycházejí ze své zkušenosti práce s psychodramatem, se schizofrenií a na vzájemné pomoci postavených pracovních skupinách.

Jako terapii pro klienty se schizofrenií můžeme využít také terapii se zvířaty. Např. i na uzavřeném příjmovém oddělení (tzv. „neklidu“) lze provádět canisterapii a úspěšně rozmluvit a uklidnit klienty. Dále je možné provádět canisterapii např. na psychotherapeutickém doléčovacím oddělení u různých klientů včetně klientů se schizofrenií. Canisterapie může pomoci klienty relaxovat, vyvést z otažitosti a strachu se vyjádřit. Může

se využívat samostatně či v rámci usnadnění skupinové terapie. Canisterapie prolamuje samotu klientů a někdy i bariéry ve skupinové práci – klienti jsou více otevření a senzitivní (např. verbalizovat své potíže psovi, kterého právě hladí, je pro klienty někdy jednodušší). Canisterapie s sebou nese také jiné zaměření pozornosti klientů či jejich rozveselení, což se projevuje nejen v rámci jejich psychických potíží, ale také v tom, že pes může zeslabovat případné narušující chování (Koten, 2018).

3.3 Psychohygienu pomáhajícího profesionála

Důležitým předpokladem profesionálně zvládnuté kvalitní péče o druhé je také prevence vlastního vyhoření – tedy dobrá psychohygienu a péče pomáhajícího pracovníka v první řadě o sebe, aby se následně mohl efektivně věnovat svým klientům. Psychohygienu bývá spojována s péčí o vlastní psychiku. Je vhodné, aby měl psycholog své vlastní mimopracovní zdroje, z kterých čerpá radost, sílu, energii (vztahy, zájmy, životní postoj, spiritualita).

Významnou komponentu nabytí i uchování psychické vyrovnanosti tvoří různé způsoby, jak o sebe můžeme pečovat (NÚDZ, 2023), a to bez ohledu na to, zda jsme či nejsme pracovníky pomáhajících profesí, neboť tato doporučení jsou univerzálně platná.

Cílem dobré psychohygieny by měla být podpora a zachování psychického zdraví včetně všech psychických funkcí a procesů – resp. aby naše psychika pracovala správným způsobem, který bude posilovat resilienci vůči stresu a prevenci onemocnění (Křivohlavý, 2009).

Důležité je osvojit si své **osobní copingové strategie**, které nám každý den pomohou s redukcí stresů. Můžeme se o sebe dobře starat ve více rovinách (NÚDZ, 2023):

- fyzická – pravidelný pohyb (sport, procházka), péče o tělo (např. preventivní prohlídky u lékařů),
- psychická – žít v přítomné chvíli, stanovit si hranice, co je a co není v naší moci, psát si deník, pozitivní self-talk, omezit čas strávený na internetu a mobilu,
- sociální – vztahy (přátelství, rodina, svépomocné skupiny), možnost stát se dobrovolníkem,
- spirituální – životní styl korespondující s našimi cíli a hodnotami, modlitba či meditace, zvážení případného vstupu do společenství věřících,

- pracovní – práce, která má smysl, dobré vztahy na pracovišti, prostor pro osobní život
- emoční – smysl pro humor, schopnost přerátovat negativní zážitky a podporovat kladné zážitky, empatie,
- relaxační – využití kreativity, např. psaní, umění, hudba (poslech i aktivní hra na hudební nástroj), dále objevení nových zájmů, péče o zvíře, chůze v parku či za městem v přírodě, dostatečný spánek.

Se syndromem vyhoření se setkáváme především v profesích, k jejichž podstatě se váže náročná práce s lidmi, resp. dorozumívání se s nimi. Mezi symptomy tohoto syndromu zařazujeme potíže psychosomatického charakteru, deprese a pokles pracovního zaujetí. K nejvíce rizikovým zaměstnáním v tomto směru patří zdravotníci (Raboch & Pavlovský, 2020).

Jako dobrá **prevence syndromu vyhoření** se ukazuje supervize, dále např. sdělovat druhým předem svá očekávání, pečovat o své fyzické zdraví, nenechat se přetěžovat, adekvátně vyjadřovat své pocity, hledat podporu ostatních, pracovní pauzy, blízké vztahy, zájmy, dostatečná míra odpočinku včetně spánku, sport, zdravá výživa, techniky relaxace, dobré řešení konfliktů (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

Mimo syndrom vyhoření známe také **syndrom pomocníka**, který se projevuje přílišnou senzitivitou na potřeby ostatních. Chybí zde rovnováha soucitu a citového odstupu. Pokud považujeme zcela bezmyšlenkovitě zodpovědnost jiných lidí za svou vlastní, vytváříme tím jejich bezmoc a nezodpovědnost (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

VÝZKUMNÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY

*„Pomáhající pracovník se pohybuje mezi klamem všemoci a šalbou bezmoci.“
(Baštecká, 2003, 331).*

Primárním cílem celé bakalářské práce je nastínit optimální psychologickou péči o klienty se schizofrenií včetně možností terapie, a to s akcentem na psychologické a psychoterapeutické prostředky. Sekundárním cílem je též popsat způsoby, kterými pečují respondenti-psychologové o své vlastní duševní zdraví.

V této kapitole se tedy dostáváme k podstatě naší práce – **výzkumný problém** definujeme jako zmapování práce klinických psychologů s klienty se schizofrenií: budeme se ve výzkumu zabývat jejich zkušenostmi s tím, co je klientům prospěšné a co nikoli. V neposlední řadě se budeme také věnovat psychohygieně klinických psychologů. Výzkumná část tedy koresponduje taktéž s cíli celé bakalářské práce.

Cílem našeho výzkumu je zjistit, jak respondenti nahlíží na téma péče o klienty a jak rozumí také tématu péče o sebe sama. Usilujeme tedy o to získat cenné informace o práci klinických psychologů s klienty se schizofrenií a o jejich zkušenosti s nimi, o jejich osobitý pohled na danou problematiku.

Cílem práce je zaměření se na **aspekty psychologické péče u psychotického onemocnění na straně klienta a psychologa.**

Na základě rešerše a práce s literárními zdroji jsme formulovali tyto výzkumné otázky:

Výzkumná otázka č. 1: Jak můžeme nejlépe psychologicky a psychoterapeuticky pomáhat klientům se schizofrenií? Co se osvědčuje?

Výzkumná otázka č. 2: Co psychologům zapojeným do péče o klienty se schizofrenií pomáhá pečovat o sebe sama?

5 TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY

V této kapitole se budeme věnovat bližšímu vymezení našeho výzkumu, a to jeho konkrétnímu designu a metodě výzkumu, kterou jsme pro získání dat využili.

5.1 Design výzkumu

V naší práci jsme se zaměřili na zkušenosti klinických psychologů a psychologů ve zdravotnictví v předatestační přípravě s poskytováním péče klientům se schizofrenií. Nedílnou součástí bylo též zjistit, jakými způsoby psychologové pečují sami o sebe.

K tomuto účelu byl zvolen **kvalitativní výzkum**, a to jeho forma **(mnoha)případové studie**. Respondenty jsme vyhledávali prostým **záměrným výběrem** (Miovský, 2006), a to dle našich předem stanovených kritérií a dále dle souhlasu participantů. Jednalo se o homogenní výběrový soubor, který je doporučován více autory (Ferjenčík, 2010; Kostínková Koutná & Čermák, 2013).

Výzkum byl v době onemocnění Covid-19 realizován formou dotazníkového šetření na on-line platformě GoogleForm s využitím dotazníku vlastní konstrukce s otevřenými otázkami, který nahradil osobní setkání, které by v době onemocnění Covid-19 nebylo možné.

Miovský (2006) doporučuje jako jednu z technik kontroly validity na straně výzkumníka využít metodu výzkumu, která bude respondenty nejméně rušit a zasahovat do prostoru respondenta. Toto kritérium jsme volbou otázek zaslaných respondentům on-line zcela naplnili – naše (ne)přítomnost u respondentů v době výzkumu tedy nemohla ovlivnit výzkumnou situaci ani jednání respondentů. Pozitivní také mohlo být, že si participantí výzkumu mohli svobodně zvolit, v jaký čas a jak dlouho se mu budou věnovat i do jaké hloubky chtějí ve svých odpovědích jít.

Naším cílem bylo vytěžit od respondentů co nejvíce jejich zkušeností s klienty se schizofrenií. Tyto informace by nám nezodpověděly uzavřené otázky spolu s úzce vymezenými předem danými odpověďmi, proto jsme záměrně zvolili otevřené otázky.

Pilotní studie nebyla provedena, nechtěli jsme potenciální respondenty v době opatření proti nemoci Covid-19 zatěžovat s vyplňováním dotazníku dvakrát.

Dotazník pro nás představuje alternativu polostrukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. V diskuzi se vyjádříme k úskalím a limitům zvoleného postupu. V daném kontextu jsme však tuto formu považovali za neoptimálnější.

5.2 Metoda výzkumu

Jako metodu výzkumu využíváme **dotazník**, který je alternativou polostrukturovaných rozhovorů. Vzhledem k situaci s onemocněním Covid-19 byly otázky ohledně péče o klienty se schizofrenií respondentům zaslány emailem spolu s průvodním dopisem (příloha č. 3) psychologům do 36 převážně lůžkových zařízení v ČR. Součástí emailu byl odkaz na internetovou stránku Google Formuláře (<https://docs.google.com/forms>), kde výzkum probíhal.

Získaná data byla analyzována metodou **interpretativní fenomenologické analýzy**, která „je v metodách sběru dat poměrně flexibilní – využívá také psané narativní zprávy, autobiografické deníky (např. vedené po dobu výzkumu) nebo emailové diskuze“ (Brocki a Wearden, 2006, in Kostínková Koutná & Čermák, 2013, s. 16). Dle Miovského (2006, s. 208) taktéž „zdrojovými daty nemusí být pouze audio- či videozáznam“, smíme rovněž „pracovat s nejrůznějšími způsoby fixovaných dat: na papíře (tištěný dokument, přepis...), ...elektronická verze textu“. Interpretativní fenomenologická analýza spočívá v tom, že se snaží pochopit osobní zkušenost respondenta a dále míru důležitosti, kterou své zkušenosti respondent atribuuje. IFA se taktéž vyznačuje značnou svobodou a prostorem pro kreativitu výzkumnice (Koutná Kostínková & Čermák (2013).

V předloženém výzkumu bylo postupováno ve shodě s výše uvedeným – s výjimkou přepisu rozhovorů, neboť analyzovaným materiálem byla písemná sdělení respondentů.

Otázky určené psychologům byly sestaveny na základě rešerše odborné literatury – jejich přesné znění naleznete v příloze číslo 4. Zajímali jsme se zde také o základní **sociodemografické údaje** o respondentech, např. o typ psychoterapeutického výcviku, zda se jedná o klinické psychology či psychology ve zdravotnictví v předatestační přípravě, taktéž o jejich délku praxe s klienty se schizofrenií. V neposlední řadě jsme zjišťovali copingové strategie psychologů, které jim umožňují pečovat o sebe sama – redukovat pracovní stres a přispívat k prevenci případného syndromu vyhoření.

Připravili jsme **celkem 15 otázek** otevřeného formátu, která pokrývala základní témata péče o klienty s daným onemocněním.

Cílem bylo získat z odpovědí důležité zkušenosti psychologů s danou klientelou a taktéž informace o způsobu, jakým pečují o vlastní psychohygienu. Jednalo se nám tedy o

přehled konkrétních kroků dobré péče o klienty se schizofrenií i o to, jakým způsobem mohou pomáhající profesionálové pečovat sami o sebe. Důležité je pro nás získat pohled dotázaných respondentů, který bude z podstaty věci subjektivní a nelze ho tedy vnímat jako reprezentativní.

V otázkách zaslaných psychologům jsme se zajímali o několik důležitých oblastí, a to zejména dotýkajících se optimální a kontraproduktivní péče o klienty se schizofrenií, speciálních potřeb klienta, dále způsobu navázání důvěry s klientem trpícím paranoidní a simplexní formou schizofrenie, možností pomoci klientům bez sociálního zázemí, prevence relapsu, vytváření efektivních copingových strategií u klienta či způsobu zvládnutí případných agresivních či autoagresivních projevů klienta.

5.3 Metoda analýzy dat

V této podkapitole si popíšeme postup a metody analýzy dat, která vyplynula z našeho výzkumu.

5.3.1 Sebereflexe výzkumnice

Koutná Kostínková a Čermák (2013) doporučují jako počáteční stupeň analýzy dat přemýšlet nad naším přístupem či postojem vůči předmětu našeho bádání – jedná se zde např. o poznání našich představ a motivů, které se k němu váží. Tato sebereflexe umožňuje následně lépe uchopit vyhodnocování získaného materiálu od respondentů, přispívá také k naší transparentnosti při interpretaci dat a dále též k validní analýze. Sebereflexi výzkumnice můžeme pojmut jako vnitřní či vnější rozhovor, který vede sama se sebou, přičemž klíčové podněty si zapisuje nebo nahrává. V naší sebereflexi jsme se rozhodli pro její podobu formou zapisování důležitých míst.

Při zpracovávání dat byla autorka práce otevřená zkušenostem respondentů a je možné to formulovat též tak, že se těšila, co nového se o dobré péči o klienty dozví přímo z první linie od těch, kteří o klienty se schizofrenií pečují dnes a denně v převážně lůžkových zařízeních.

5.3.2 Analýza dat

Jako metoda analýzy dat byla použita **interpretativní fenomenologická analýza** (IFA) (Koutná Kostínková & Čermák, 2013).

V jednotlivých fázích analýzy dat jsme postupovali způsoby doporučenými v odborné literatuře (Koutná Kostínková & Čermák, 2013). Opakovaně jsme pročítali text, psali si poznámky v programu MS Excel, MS Word i ručně (včetně barevného rozlišení v odpovědích respondentů), a dále jsme hledali témata relevantní ke stanoveným výzkumným otázkám, tj. k optimální péči o klienty se schizofrenií i k psychohygieně psychologů. Zároveň jsme paralelně vnímali témata a slovní spojení, která se u respondentů průřezově opakují v odpovědích na různé otázky. Dále jsme hledali, kde se respondenti shodují a kde se ve svých výpovědích liší, všímali jsme si témat a jejich souvislostí, taktéž akcentů a osobitých pohledů respondentů, nejčastějších témat jednotlivě i společně mezi respondenty.

Zabýváme se tedy konkrétní zkušeností respondentů a dotazujeme se, jaké závěry na základě této zkušenosti můžeme postulovat vůči jevu, který jsme si vytkli jako cíl našeho bádání (Koutná Kostínková & Čermák, 2013). Dle Miovského (2006) je jednou z technik, kterými můžeme kontrolovat validitu dat saturace. Jedná se o stav, kde již nenacházíme v získaných datech jiné úhly pohledu na výzkumný problém, které by dosud nezazněly. Poznáme to tak, že se ve výpovědích respondentů např. některé věty či slova objevují s větší frekvencí než jiné.

V případě vynechání otázky respondentem jsme odpovědi nedoplňovali. Z charakteru výzkumu je patrné, že se jednalo o položky, které nemůžeme za respondenta doplnit. V takovém případě jsme tedy položky nechali nevyplněné a použili jsme pro vyhodnocení dotazníku pouze ostatní odpovědi, které nám respondent vyplnil. Nicméně chybějící položky byly okrajové – většina respondentů i při náročných otevřených otázkách vyplnila veškeré potřebné údaje. Ve výzkumu byly zcela vynechány některé položky pouze u tří respondentů z celkového počtu čtrnácti, ostatní protokoly byly kompletní.

6 SBĚR DAT A VÝZKUMNÝ SOUBOR

V této kapitole se budeme blíže věnovat popisu získávání dat (realizace výzkumu) a dále si představíme výběrový soubor a jeho konkrétní charakteristiky.

6.1 Realizace výzkumu

V období od 3. března do 21. března 2021 jsme z důvodu situace s onemocněním Covid-19 a omezeními s tím spojenými realizovali dotazníkové šetření prostřednictvím on-line platformy Google Form u klinických psychologů a u psychologů ve zdravotnictví v předatestační přípravě. Použili jsme výhradně otevřené otázky.

Postupně jsme rozeslali klinickým psychologům do vybraných zařízení email s průvodním dopisem a odkazem na on-line dotazník. Jednalo se o klinické psychology, kteří pečují o dospělé klienty se schizofrenií v lůžkových zařízeních v rámci celé ČR. Cílem bylo získat od nich data vypovídající o jejich zkušenostech s klienty, např. co se jim v praxi osvědčilo a co nikoli. Právě tyto pracovníci z lůžkových oddělení totiž mají nejvíce příležitostí setkávat se s klienty se schizofrenií, a to v nejrůznějších formách a fázích onemocnění, neboť lůžková oddělení jsou zpravidla místem léčby první ataky i případného následného akutního vzplanutí nemoci (relaps).

Vzhledem ke skutečnosti, že množství klientů se schizofrenií, kteří byli hospitalizováni značně převyšovalo počet klientů, kterým byla péče poskytována ambulantně (ÚZIS, 2019), rozhodli jsme se provést **výběr zařízení** pro sběr dat dle určitých kritérií, neboť se domníváme, že s počtem klientů rostou i pro nás velmi cenné zkušenosti pracovníků s nimi. Byla zvolena zařízení:

- lůžková zařízení,
- pečující o dospělé klienty ve věku 18-99 let,
- hospitalizující klienty se schizofrenií bez duální diagnózy,
- další zařízení – z výše uvedených pravidel ohledně získávání respondentů jsme učinili **tři výjimky**: první výjimka nastala, když jsme oslovovali pro náš výzkum psychology v rámci PN Bohnice, napsali jsme při té příležitosti také na oddělení

duálních diagnóz. Bylo to v začátku výzkumu a nevěděli jsme, zda se nám podaří získat dostatek respondentů. Druhá výjimka byla FN Bohunice, kde jsme mezi oslovené psychology zařadili též psycholožku, které se věnuje dětské a dorostové psychiatrii, a to z toho důvodu, že nám může případně popsat klienta mezi 18-19 lety, který spadá do našich kritérií (klient nad 18 let). Třetí výjimka spočívala v tom, že jsme jako poslední zařízení oslovili ještě klinickou ambulanci v nemocnici v Karlových Varech, přestože zde není lůžkové oddělení psychiatrie – chtěli jsme pokrýt také tuto oblast České republiky.

Inspirací pro vybrání právě těchto zdravotnických zařízení nám byla především zdravotnická statistika z roku 2018 (ÚZIS, 2019) a dále též internetový vyhledávač. Z výše uvedeného klíčového seznamu (ÚZIS, 2019) jsme do výzkumu zařadili – až na tři výše uvedené výjimky – pouze lůžková zařízení, která pečují o dospělé klienty se schizofrenií (18-99 let) a zároveň nejsou primárně určena pro děti a dorost či pro závislosti na návykových látkách.

U schizofrenie se můžeme setkat taktéž s duální diagnózou, tj. se souběžným požíváním omamných či psychotropních látek (Hýža et al., 2019). Vzhledem k širší tématu schizofrenie jsme se však cíleně touto otázkou rozhodli nezabývat. Důvodem bylo také to, že jsme chtěli získat především informace o schizofrenii v podobě neovlivněné duální diagnózou. Dále jsme také chtěli získávat informace výhradně o této nemoci u dospělých, neboť její podoba se od schizofrenie u dětí a adolescentů liší. Proto jsme se cíleně zajímali pouze o příslušná oddělení psychiatrických nemocnic a dále o psychiatrická oddělení městských i fakultních nemocnic, nikoli tedy o zařízení či oddělení primárně určená pro detox a léčbu závislostí.

Kontakty na klinické psychology jsme následně vyhledávali na webových stránkách zdravotnických zařízení. Pokud jsme někdy na webu nenalezli emailové adresy na konkrétní psychology z oddělení, oslovili jsme jejich nadřízené s žádostí o přeposlání našeho emailu a dotazníku psychologům. V takovém případě jsme tedy byli v kontaktu s vedoucími psychology a psychiatry, popř. jsme naši prosbu zaslali na uvedený kontaktní email do sekretariátu. V jednom případě jsme byli v kontaktu též s vedením nemocnice, které následně email a dotazník přislíbilo předat.

Dále jsme z výše uvedeného seznamu vyřadili předem také jedno zdravotnické zařízení, které svou cílovou skupinou i definováním služby spadá spíše do gesce zákona o

sociálních službách, tzv. Domov se zvláštním režimem určený klientům s demencí (jednalo se o zařízení Topas Škvorec, výjimečné spojením zdravotních a sociálních služeb pro seniory).

Oslovili jsme tedy **celkem 36 zařízení**, jejich seznam naleznete v příloze č. 5. Celkem jsme získali 14 odpovědí – z výzkumu jsme nemuseli nikoho vyřadit.

6.2 Charakteristiky respondentů

Výzkumný soubor tvořilo celkem **14 psychologů**, z toho 12 žen a 2 muži. Jednalo se o 1 klinickou psycholožku a 13 psychologů v předatestační přípravě. Jejich zkušenosti s klienty se schizofrenií se pohybovaly od jednoho roku do 25 let.

Mezi respondenty, kteří vyplnili náš dotazník, se objevily celkem **čtyři psychoterapeutické výcvikové směry**. Jednalo se o gestalt, rogersovskou terapii (psychoterapie zaměřená na klienta, PCA), integrativní směry psychoterapie a o KBT. Nejčastějším typem výcviku je KBT (5 respondentů), poté gestalt (4 respondenti), integrativní psychoterapie (3 respondenti) a rogersovská psychoterapie (2 respondenti). Polovina respondentů je aktuálně frekventanty psychoterapeutického výcviku – 3 respondenti v KBT, 2 psychologové v gestaltu, 1 respondent v PCA a jeden v integrativní psychoterapii.

Za poslední rok se respondenti setkávali se všemi typy schizofrenie, dominovala však její nejčastější forma, a to paranoidní schizofrenie. Její doplněk tvořila diagnóza akutní polymorfnní psychotická porucha se symptomy schizofrenie, s kterou se setkal jeden z účastníků výzkumu.

Nárůst onemocnění schizofrenie (první ataka či relaps) v souvislosti s pandemií však pozorovali pouze 2 psychologové ze čtrnácti, 8 psychologů větší míru onemocnění nepozorovalo a 4 psychologové uvedli, že situaci nedokážou posoudit.

Respondenti však poskytovali též informace o nárůstu toxických psychóz pod vlivem užívání návykových látek i o akutních psychotických atakách neschizofrenního původu. Jeden z respondentů také uvedl, že díky moderní šetrné léčbě psychofarmaky nepozoruje nárůst schizofrenie. Jak jsme si však již uvedli, téma abúzu psychoaktivních látek již překračuje rámec naší práce, nicméně do budoucna by bylo zajímavé věnovat se mu blíže.

Základní charakteristiky výzkumného souboru najdete přehledně shrnuty v tabulce č. 1. Tabulka je seřazena abecedně dle typu psychotherapeutického výcviku a sekundárně v rámci tohoto dělení pak podle délky praxe respondentů. Pro lepší přehlednost je tabulka č. 1 uvedena na následující straně.

Tab. 1: Respondenti – základní charakteristiky – pohlaví, profesní stav, směr psychotherapeutického výcviku a délka praxe s klienty se schizofrenií (v letech)

Respondent	Pohlaví	Psycholog	Terapie	Výcvik	Zkušenost/roky
R1	žena	klinický	Gestalt	dokončen	25
R2	žena	PvZ	Gestalt	frekventantka	8
R3	žena	PvZ	Gestalt	dokončen	5
R4	muž	PvZ	Gestalt	frekventant	2
R5	žena	PvZ	Integrativní	dokončen	11
R6	žena	PvZ	Integrativní	dokončen	6
R7	žena	PvZ	Integrativní	frekventantka	1
R8	žena	PvZ	KBT	dokončen	9
R9	žena	PvZ	KBT	frekventantka	5
R10	žena	PvZ	KBT	dokončen	4
R11	žena	PvZ	KBT	frekventantka	2
R12	muž	PvZ	KBT	frekventant	1
R13	žena	PvZ	Rogersovská	dokončen	5
R14	žena	PvZ	Rogersovská	frekventantka	2,5

Pozn.: V tabulce jsme respondenty z důvodu ochrany soukromí označili pouze písmenem R a číslem. PvZ znamená psycholog ve zdravotnictví v předatestační přípravě. KBT je zkratka pro kognitivně-behaviorální terapii. Frekventant označuje psychologa, který je aktuálně v psychotherapeutickém výcviku.

Všichni participantů souhlasili s výzkumem i se zpracováním jimi poskytnutých dat. Během výzkumu nikdo neodstoupil. V následující podkapitole se budeme blíže věnovat otázkám etiky a ochraně soukromí v našem výzkumu.

6.3 Etické hledisko a ochrana soukromí

Participantů byli předem informováni o tom, že mohou během vyplňování dotazníku kdykoli z výzkumu bez uvedení důvodu odstoupit – tuto možnost však nikdo z nich nevyužil. Dále jim byla poskytnuta záruka, že výsledky jsou anonymní a budou v této anonymní podobě použity výhradně ve veřejně přístupné diplomové práci.

Respondentům byl také nabídnut emailový kontakt na nás v případě, že by měli jakékoli nejasnosti. Participantů následně svým souhlasem ve speciální kolonce dotazníku potvrdili, že se z jejich strany jedná o dobrovolnou účast ve výzkumu, souhlasí se zpracováním jimi poskytnutých informací v anonymní podobě ve veřejně přístupné práci a dále také potvrdili, že jsou si vědomi toho, že mohou kdykoli odstoupit z výzkumu během vyplňování dotazníku.

Záměrně jsme také nechtěli, aby nám respondenti uváděli jakékoli osobní údaje (např. rok narození) kromě základních sociodemografických a profesních charakteristik (pohlaví, délka praxe s klienty, druh psychoterapeutického výcviku). Účastníkům výzkumu nebyla poskytnuta žádná odměna.

Nejsme si vědomi žádného etického pochybení.

7 VÝSLEDKY

V této kapitole si budeme detailně prezentovat výsledky výzkumu, uspořádané dle výzkumných otázek a dále si budeme všimnout jednotlivých témat dobré péče o klienty se schizofrenií.

V této kapitole si tedy přehledně shrneme odpovědi respondentů na naše dvě hlavní výzkumné otázky.

- **Výzkumná otázka č. 1:** Jak můžeme nejlépe psychologicky a psychoterapeuticky pomáhat klientům se schizofrenií? Co se osvědčuje?
- **Výzkumná otázka č. 2:** Co psychologům pomáhá pečovat o sebe sama?

7.1 Proces analýzy IFA

Hlavní témata vzešlá z analýzy korespondují s otázkami z dotazníku, na které respondenti odpovídali. Respondenti se vyjadřují k jednotlivým bodům dobré péče o klienty se schizofrenií a sdílí své zkušenosti s daným tématem. Z analýzy výpovědí vyplynula podtémata, která uvádíme pro větší přehlednost v následujících tabulkách i s konkrétními příklady výroků některých respondentů. Z důvodu přehlednosti hlavní téma vždy představuje nadpis tabulky, podtémata a výpovědi respondentů vytvářejí její obsah.

Tabulka č. 2 rozděluje speciální potřeby klientů se schizofrenií na dílčí celky, které zahrnují různé aspekty života klientů se schizofrenií, např. vztahy, povědomí o nemoci a taktéž pracovní-sociální oblast. Mezi respondenty se vyskytly odlišné, avšak navzájem spolu korespondující odpovědi na otázku, zda mají klienti se schizofrenií speciální potřeby a případně jaké. Respondent označený jako R3 uvedl: „...samozřejmě, že mají speciální potřeby, záleží na fázi onemocnění, v akutní fázi potřebují jiné věci než v remisi, kdy někteří fungují zcela samostatně, je to velice individuální“. Respondent R8 se domnívá, že „každý člověk má speciální (individuální) potřeby“, zatímco respondent R2 je přesvědčen o tom, že „speciální potřeby snad ani ne, spíš speciální přístup ke svým potřebám“.

U celkem tří respondentů se zde tedy vyskytlo slovo „speciální“ ve smyslu jedinečný, individuální, u každého člověka a v každé fázi onemocnění rozmanitý, taktéž ve smyslu

spíše speciálního přístupu pracovníka k potřebám klienta, než že by měl dle daného respondenta klient se schizofrenií speciální potřeby. Daní respondenti neuvedli žádnou jinou konkretizovanou potřebu klientů se schizofrenií.

Dále se můžeme setkat ve výpovědích respondentů opakovaně s potřebou edukace klientů o jejich onemocnění či s potřebou strukturace, která zahrnuje „*dobře strukturované prostředí*“ (např. R12), ale také strukturování denního režimu klientů, jejich prostředí i kontaktu s nimi.

Jako klíčová se jeví „*potřeba bezpečí, přijetí a důvěry*“, kterou uvedla např. respondentka R1, která má 25 let praxe s klienty se schizofrenií a jako jediná z výzkumného souboru je klinickou psycholožkou. Dále se objevuje též všeobecná podpora klienta ze strany rodiny, odborníků, navazujících sociálních služeb (např. Centrum duševního zdraví), která směřuje k lepšímu návratu („*znovuzačlenění*“, R12) klienta do všedního života.

Tabulku č. 2 naleznete pro větší přehlednost na následující straně.

Tab. 2: Téma: speciální potřeby klientů se schizofrenií

Podtéma	Příklady výpovědí respondentů
potřeba bezpečí, přijetí, důvěry a klidu	<ul style="list-style-type: none"> - „větší potřeba budování důvěry“ (R7) - „především klid, udržení bazálních potřeb, což jsou především cigarety a káva“ (R5) - „potřeba bezpečí, přijetí a důvěry“ (R1)
potřeba aktivizace	<ul style="list-style-type: none"> - „aktivizovat z důvodu negativní symptomatologie“ (R13) - „nutnost aktivizace“ (R9) - „důležitými potřebami, se kterými se u nich setkávám, jsou potřeba aktivizace...“ (R11)
potřeba strukturace	<ul style="list-style-type: none"> - „nutno více strukturovat v kontaktu i denní režim“ (R13) - „dobře strukturované prostředí“ (R12)
potřeba edukace	<ul style="list-style-type: none"> - „edukace o psychózách, omezení při zaměstnávání (např. nesmí dělat noční)“ (R9) - „získání náhledu na nemoc, kotvení v realitě“ (R6) - „edukovat“ (R13) - „psychoedukace kvůli snížené komplianci“ (R12) - „edukace/podpora rodiny“ (R4)
potřeba podpory	<ul style="list-style-type: none"> - „potřeba opory v rodinném prostředí“ (R12) - „zajistit hlavně návazné služby a co nejvíce jim připravit zázemí před propuštěním“ (R10) - „výrazná následná péče v závislosti na postpsychotické deterioraci, podpora v často přiznaném invalidním důchodu“ (R4) - „Centra duševního zdraví a Sdružení Práh“ (R12) - „nácvik sociálních dovedností, kognitivní rehabilitace“ (R12)
potřeba návratu do běžného života	<ul style="list-style-type: none"> - „potřeba socializace“ (R11) - „sociálně-pracovní potřeby“ (R6) - „způsoby znovuzачlenění do běžného života (chráněné bydlení, dílny)“ (R12)

V další tabulce č. 3 níže si představíme způsoby, jakými lze navázat důvěru u klientů se schizofrenií, a to zvláště se zaměřením na klienty s paranoidní formou schizofrenie. Zmíníme si určité postoje, které jsou k získání důvěry u klienta potřebné a jak konkrétně na klienta reagovat.

Hlavní téma „navázání důvěry“ vykazuje dvě podtémata. Jsou to „postoj ke klientovi“ a „způsob komunikace“ s ním. Původně jsme zvažovali mnohem více podtémat (akceptace, otevřenost, srozumitelnost, zájem o klienta, nevyvracet nepřesvědčovat), následně jsme se však rozhodli pouze pro dvě více abstrahované kategorie podtémat uvedené výše. Také jsme rozšířili původně stručné útržky výpovědí respondentů, protože chceme nechat zaznít jejich zkušenosti, z kterých je možné v praxi s klienty se schizofrenií vycházet.

Respondentům se daří navázat důvěru u klientů s paranoidní schizofrenií převážně bez potíží. Např. respondent R8 uvedl, že „*je to trochu těžší než s lidmi, kteří nejsou paranoidní, ale většinou to není problém*“. Další respondenti verbalizovali, že se jedná o „*velmi individuální proces např. v závislosti na tom, vůči komu je paranoidita směřována*“ (R4) či „*vzhledem k tomu, že se s pacienty setkávám na akutním oddělení při trávení volného času, většinou spolu navážeme určitý kontakt, na který následně mohou navázat v denním stacionáři při navazující ambulantní péči, kde jsou se mnou v kontaktu nejvíce*“ (R11).

Tab. 3: Téma: navázání důvěry s klientem s paranoidní formou schizofrenie

Podtéma	Příklady výpovědí respondentů
postoj ke klientovi	<ul style="list-style-type: none"> - „<i>důležitý je i akceptující postoj k příznakům</i>“ (R3) - „<i>akceptace jejich prožitků</i>“ (R1) - „<i>autenticky zájem a odhodlání pomoci</i>“ (R12)
způsob komunikace s klientem	<ul style="list-style-type: none"> - „<i>lidský přístup, nevyvracet jejich narušenou realitu, ale ani s ní nesouhlasit, opatrně vysvětlit jejich stav na modelovém případě (srozumitelně)</i>“ (R5) - „<i>důležité je postupovat klidně, klienta nikam netlačit, nepřesvědčovat a nevyvracet, vést k náhledu postupně</i>“ (R10) - „<i>postupně, říkat věci narovinu, nenechávat prostor pro domýšlení, jasně odpovídat na otázky a pochybnosti</i>“ (R7) - „<i>srozumitelná komunikace a pomalejší tempo, snaha o pochopení jejich současné situace, ne vyvracení jejich přesvědčení</i>“ (R3) - „<i>nevyvracet hned bludy, navázat kontakt, projevit zájem o člověka, empatii k tomu, co prožívá</i>“ (R13) - „<i>dialog, postupná edukace o onemocnění</i>“ (R1) - „<i>snažím se opírat o otevřenost a srozumitelnost, kontejnování dysforie a zpracování obav</i>“ (R4) - „<i>klasický způsob – bludy nevymlouvat, projevit zájem o pacienta, nikoliv o nemoc, edukace, důvěra</i>“ (R6)

Respondentů jsme se také dotazovali, jak se nejlépe přiblížit klientovi se simplexní formou schizofrenie. Odpovědi byly velice odlišné, pohybovaly se na kontinuu od výroků o analogickém přístupu ke klientům jako u jiných forem schizofrenie (R3, R13) přes poukaz na jedinečnost každého klienta (R9) až po sdělení, že se těmto klientům přiblížit nedá (R10). Opakujícím se slovním spojením byl opatrný trpělivý přístup vůči klientům.

Identifikovali jsme zde jedno podtéma na straně pomáhajícího profesionála, a to přístup ke klientovi. Přehled doporučení respondentů naleznete v tabulce č. 4.

Tab. 4: Téma: navázání kontaktu s klientem se simplexní formou schizofrenie

Podtéma	Příklady výpovědí respondentů
přístup ke klientovi	- „stejně jako u paranoidní schizofrenie, pouze je potřeba víc trpělivosti a jasnější komunikace“ (R3)
	- „neverbální techniky, jednoduchý a srozumitelný projev, navázání na jeho zájmy“ (R8)
	- „trpělivost, naslouchání, empatie, akceptace“ (R1)
	- „opatrný a pozvolný přístup, ocenění i za malé zlepšení, snahu“ (R5)
	- „opatrně a s trpělivostí, aby se necítil ohroženě“ (R2)
	- „pomalé tempo, bez velkých nároků, bez tlaku, nabídnout oporu“ (R7)
	- „každý klient je individuální, zjistit potřeby klienta, cíle léčby – najít vhodný styčný bod“ (R9)

Na otázku, zda se účastníci výzkumu setkávají u klientů se schizofrenií s agresivním chováním odpovědělo 10 respondentů ze čtrnácti, že se s nějakou formou agresivního chování u klientů setkali. Zbývající 4 respondenti se s agresí u těchto klientů nesečkali. Jedná se však o způsob a míru tohoto chování (např. zda se jedná o verbální či fyzickou agresivitu) i o fázi schizofrenie (úvodní ataka), která se podílí na jejím vzniku. Respondenti nám nesdělili, zda se setkali také s formou fyzické agresivity, výslovně byla jmenována pouze slovní agresivita směřovaná vůči pomáhajícím odborníkům. Dle sdělení některých respondentů se zdá, že frekvence setkávání se s agresivním chováním klientů závisí také na typu služby, v které respondent pracuje (např. na příjmovém oddělení k podobnému chování vlivem akutního psychotického stavu dochází častěji než jinde).

V následující tabulce č. 5 jsme hlavní téma výskytu potenciálně agresivního chování vůči druhým tedy rozdělili dle výroků respondentů na čtyři podtémata dle přibližné časové frekvence daného jednání. Můžeme si povšimnout zvláště výpovědi respondenta R7, který zmiňuje následné terapeutické zpracování a náhled klientů. Dále respondent R11 projevuje empatii vůči klientům při sdělování důvodu, proč k danému jednání může dojít, přesto se s ním setkává „málokdy“.

Tab. 5: Téma: výskyt agresivního chování u klientů dle zkušeností respondentů

Podtéma	Příklady výpovědí respondentů
Ne	<ul style="list-style-type: none"> - „se schizofrenií ne, s jinými psychózami někdy ano“ (R8) - „ne“ (R2, R12) - „jsem na otevřeném oddělení = pánové jsou již zaléčení, takže nesetkávám, setkávají se s ním kolegové na příjmu“ (R9)
ano – vyšší frekvence	<ul style="list-style-type: none"> - „docela často“ (R1) - „ano, velmi často, prakticky denně – pracuji na příjmovém oddělení“ (R10)
ano – nižší frekvence	<ul style="list-style-type: none"> - „velmi málo často“ (R3) - „jen ojedinele“ (R5) - „občas ano“ (R4) - „ano, cca 1 z 5“ (R14) - „výjimečně, za dobu mé působnosti 2x – slovně a odchod s bouchnutím dveří, v obou případech bylo možné téma zpracovat, pacienti nahlídli důvod svého vzteku a za projevy se omluvili“ (R7)
ano – pouze v atace	<ul style="list-style-type: none"> - „ano v akutní fázi, na oddělení převážně verbální agrese vůči personálu“ (R13) - „pouze v psychotické atace“ (R6) - „málokdy, pouze na začátku, při vypuknutí ataky, kdy se cítí být ohrožení, načež mohou navázat potřebou ochránit se a tím být agresivnější vůči okolí“ (R11)

Pozn.: Respondent 13 nevedl, jak často probíhá „převážně verbální agrese vůči personálu“, proto jeho odpověď ponecháváme v dané kategorii (ano – pouze v atace), ačkoli tam spadá jen část jeho výpovědi.

Dále budeme v tabulce č. 6 věnovat pozornost klientům, u kterých absentuje vztahové zázemí ať již rodiny či přátel nebo obojí. Respondenti navrhují jako možnost pro tyto klienty hledat oporu jinde než v rodině, častým tématem byly v této souvislosti návazné sociální služby, spolupráce se sociálními pracovníky a dalšími jednotlivci a organizacemi. Klienti mohou získat nové sociální kontakty např. v klubech setkávání, ve stacionářích, mohou vyhledat pomoc peerů, kteří sami prošli zkušeností duševního onemocnění apod. Opakovaným pročitáním odpovědí respondentů jsme nakonec zvolili dvě podtémata, která

nejlépe vystihují analyzovaný text – jedná se o „sociální služby“ a o „terapii“. Hledání podpory pro klienty mimo rodinu je propojené s návaznými sociálními službami, psychoterapií a edukací.

Pro doplnění uvádíme, že respondent R4 kromě „*podpůrných organizací*“ jmenoval na prvním místě „*medikaci*“ jako způsob, jakým lze podle něj pomoci klientovi se schizofrenií, který nemá podporu přátel a rodiny, dále jmenoval také „*podpůrné organizace jako je CDZ*“.

Podrobný rozpis některých výroků respondentů naleznete níže v tabulce č. 6.

Tab. 6: Téma: klienti se schizofrenií bez zázemí rodiny a přátel

Podtéma	Příklady výpovědí respondentů
sociální služby	<ul style="list-style-type: none"> - „<i>od toho máme sociální pracovnice, peery a spolupracujeme s CDZ a návaznými službami</i>“ (R10) - „<i>navázání na sociální služby – chráněné bydlení, chráněné dílny, terénní týmy, CDZ... kluby setkávání, stacionáře ...</i>“ (R9) - „<i>zaměřit se na hledání možnosti opory jinde, např. služby komunitní psychiatrie CDZ</i>“ (R7) - „<i>záleží, v čem pomoci, pokud jde o sociální kontakt, tak denní stacionář, CDZ nebo podobné zařízení</i>“ (R8)
Terapie	<ul style="list-style-type: none"> - „<i>skupinová terapie</i>“ (R7) - „<i>edukace k vytvoření náhledu, psychoterapie</i>“ (R13) - „<i>psychoedukace</i>“ (R12) - „<i>medikace</i>“ (R4)

Pozn.: CDZ je zkratka Centrum duševního zdraví.

V tabulce č. 7 se budeme zabývat tématem psychoterapie u klientů se schizofrenií. Respondenti s námi sdíleli své zkušenosti, co se jim v psychoterapii schizofrenie osvědčilo. Dva z respondentů uvedli, že psychoterapie neposkytují (R2 a R4). Zvažovali jsme dílčí podtémata např. obsah či rámec terapie, nakonec jsme však pojmenovali pouze přístup psychoterapeuta, techniky a směr psychoterapie, jak je patrné v tabulce č. 7 níže, která je opět doplněná výroky respondentů. Za „*kompenzovanější pacienty*“ (R10) můžeme pokládat pracovníky peer s vlastní zkušeností s duševním onemocněním, o kterých jsme se zmiňovali v teoretické části v rámci multidisciplinárního týmu osob pečujících o klienty se schizofrenií.

Tab. 7: Téma: psychoterapie schizofrenie

Podtéma	Příklady výpovědi respondentů
přístup psychoterapeuta	<ul style="list-style-type: none"> - „podpora, srozumitelnost, nezlehčování, dialog s pacientem“ (R3) - „trpělivost, naslouchání, důslednost“ (R9) - „vytvoření bezpečného prostředí“ (R8) - „navázání vztahu“ (R1)
techniky psychoterapie	<ul style="list-style-type: none"> - „práce s ranými traumaty, pokud je na to pacient dostatečně stabilní, periferní dotazování k narušení bludu“ (R8) - „edukace o onemocnění, kognitivní trénink“ (R3) - „návčik sociálních dovedností, edukace (Prelaps), metakognitivní trénink, pohybová rehabilitace“ (R11) - „metakognitivní trénink, pozitivní aserce, krátkodobé plánování, zaměření na zdravé stránky, eventuálně talent (malování, psaní, hudba atd.)“ (R5) - „podpůrná psychoterapie“ (R6) - „postupná edukace a práce s halucinatorní či bludnou symptomatikou“ (R1) - „psychoedukace, podpůrný rozhovor“ (R12) - „dobré je zapojit kompenzovanější pacienty, kteří jsou schopni předat zkušenost, samozřejmě edukace, návčiky, práce s myšlenkami...“ (R10)
psychoterapeutický směr	<ul style="list-style-type: none"> - „využívám PCA přístup a s klienty se schizofrenií se mi velice dobře osvědčil – pro psychotiky je nutná kvalitní empatie a přijetí“ (R13) - „KBT struktura práce zaměřená na řešení problémů“ (R12)

V následující tabulce č. 8 budou představena doporučení respondentů, která klientům pomáhají v prevenci relapsu.

Zvažovali jsme, zda zvolit poslední podtéma širší či užší – pouze terapie, která by zahrnovala její biologickou i psychologickou dimenzi (léky i psychoterapii a edukaci). Nakonec jsme z důvodu větší přehlednosti výpovědi respondentů zvolili oddělený přístup, kde budeme mít zvlášť podtéma medikace a podtéma psychoterapie, kam zahrneme i edukaci.

Velmi frekventovanými podtématy zde bylo přijímání medikace a znalost časných varovných příznaků i připravený krizový plán, aby klient věděl, jakým způsobem s nimi

zacházet a kde může hledat pomoc. Tabulku s výpověďmi respondentů naleznete na další straně.

Tab. 8: Téma: prevence relapsu

Podtéma	Příklady výpovědí respondentů
odborníci	<ul style="list-style-type: none">- „pravidelně kontroly v psychiatrické ambulanci, kontakt se sociálními službami“ (R5)- průběžná spolupráce s odborníky (R2)- „kontakt se službami následné péče (CDZ, Práh) (R13)- „podpora compliance; srozumitelnost a jednotný přístup podpůrných složek“ (R4)- „důvěra v odborníka“ (R6)- „dobrá spolupráce s psychiatrem“ (R11)- „pravidelné kontroly v psychiatrické ambulanci“ (R14)- „dobrý vztah s lékařem a terapeutem“ (R7)- „dobrý ambulantní psychiatr, podpůrné prostředí, stacionáře, CDZ“ (R10)
osobní vztahy	<ul style="list-style-type: none">- „dobré vztahy a podpora rodiny“ (R3)- „být dobře zapojen do základních životních rolí a do společnosti“ (R8)- „podpora okolí“ (R13)- „podpůrné prostředí“ (R10, R14)
životní styl klienta	<ul style="list-style-type: none">- „zdravý životní styl, abstinence, klid, nezářezové aktivity, každodenní činnosti“ (R3)- „sledovat varovné příznaky“ (R8)- „snížení stresových situací“ (R5)- „pěstovat náhled na chorobu a citlivost ke změnám v jejich prožívání (R1)- „prelaps drill (zjišťování varovných příznaků), vědět, kam se obrátit“ (R12)- „abstinence, znát své limity, znát časné varovné příznaky a co s nimi dělat, režim“ (R9)- „zapojení do života“ (R6)- „vyvarování se rizikovým faktorům, znalost obecných a vlastních varovných příznaků, krizový plán“ (R7)- „mít vytvořený krizový plán – podle čeho si všimne, že to přichází a co v tu chvíli dělat“ (R11)
psychoterapie	<ul style="list-style-type: none">- „kvalitní terapeutický vztah“ (R8)- „edukace pacienta a rodiny“ (R5)- „psychoedukace“ (R12)- „edukace“ (R6, R7)- „kvalitně vytvořený náhled, psychoterapie“ (R13)- „edukace o relapsu“ (R11)
léky	<ul style="list-style-type: none">- „medikace“ (R3, R6, R9)- „depotní léčba“ (R5)- „depotní injekce“ (R13)- „užívat léky“ (R8)- „užívání medikace“ (R14)

V tabulce č. 9 je zachyceno, jakým způsobem je možné dle účastníků výzkumu pomoci klientům se schizofrenií vytvořit efektivní copingové strategie. Jako zásadní z toho vyplývá všestranná podpora klienta – mapování jeho zdrojů podpory (odborníci, rodina, klient sám vůči sobě), dále nejrozličnější empirické nacvičování určitého chování či řešení situace a v neposlední řadě také psychoterapie včetně edukování klienta o povaze jeho nemoci a souvisejících aspektech. Efektivní copingové strategie lze získat dle respondentů nácvikem těchto strategií, jak shrnuje respondent R2 – „*jako s kýmkoliv jiným – probrat zdroje, jaké strategie využívá, edukovat o dalších strategiích, nacvičovat je*“.

Dilematem autorky bylo také, zda oddělovat psychoterapii od nácviků i edukací, avšak respondenti to ve svých výpovědích častěji oddělovali, proto i v tabulce jsou tato podtémata odděleně. Tabulku č. 9 naleznete na následující straně.

Tab. 9: Téma: efektivní copingové strategie u klientů se schizofrenií

Podtéma	Příklady výpovědí respondentů
podpora klienta	<ul style="list-style-type: none"> - „podpora zdrojů“ (R8) - „jako s kýmkoliv jiným – probrat zdroje, jaké strategie využívá“ (R2) - „hledání konkrétních zdrojů v jeho životě, co funguje, o co se dá opřít, co dříve fungovalo a dalo by se na to navázat...“ (R9) - „zapojení rodiny“ (R3) - „podpora v tom, co dělá a pomáhá mu, podpora v nastavení režimu“ (R7) - „rehabilitace denních aktivit, sociální zajištění v rámci sociálních služeb“ (R11) - „pravidelnost“ (R3)
nacvičování	<ul style="list-style-type: none"> - „postupný nácvik, např. sociálních dovedností“ (R8) - „nácvik, využití asertivních cvičení“ (R5) - „možnost procvičovat je (efektivní copingové strategie, pozn. autorky) v rámci následné péče“ (R1)
psychoterapie	<ul style="list-style-type: none"> - „skupinové terapie“ (R3) - „dlouhodobá psychoterapie, posilování“ (R8) - „individuální psychoterapie“ (R5) - „nebát se pojmenovat problém, zjistit, co daný člověk potřebuje a systematicky pracovat na jejich rozvoji“ (R12) - „psychoterapie, jít vzorem, dávat konkrétní příklady pro praktický život“ (R7) - „s pacientem se musí probírat důkladně jednotlivé konkrétní situace a jak to mohl lépe zvládnout a co by příště mohlo fungovat. Čím víc praktičtější a názornější, tím lépe. Vysvětlovat jim něco všeobecně nemá smysl.“ (R10)
edukace klienta	<ul style="list-style-type: none"> - „edukovat o dalších strategiích“ (R2) - „edukace o onemocnění“ (R3) - „edukace“ (R6, R7, R13)

Za optimální péči považují respondenti komplexní psychosociální podporu klienta. Jedná se o péči biologickou (psychofarmaka), psychologickou (psychoterapie – „kvalitní terapeutický vztah“, respondent R8; dále edukace o varovných symptomech schizofrenie) a sociální (podpora společnosti včetně znovuzařazení se do ní, návazné sociální služby).

Výpověď respondenta R13 („kontinuální následná péče“) by bylo možné též zařadit pod více podtémat, např. pod farmakologickou léčbu (v případě spolupráce s psychiatrem při léčbě), dále pod podtéma multidisciplinární spolupráce, pod návazné sociální služby i pod psychoterapii. Nemáme již možnost se respondentů doptat a upřesnit si tento pojem, pokládáme ho však za komplexní následnou psychosociální péči o klienta včetně léčby farmakologické, proto ho zařazujeme k podtématu přístup ke klientovi.

Podtémata optimální péče o klienty naleznete v tabulce č. 10.

Tab. 10: Téma: optimální péče o klienty se schizofrenií

Podtéma	Příklady výpovědí respondentů
přístup ke klientovi	<ul style="list-style-type: none"> - „hodně respektu, přístup k nim jako k lidem ne jako k diagnóze, dlouhodobá péče, budování důvěry, hodně podpory, podpora kontaktu s realitou, hledání zdrojů“ (R7) - „správná diagnostika (ne každý psychotický stav je schizofrenie)“ (R14) - „kontinuální následná péče“ (R13)
farmakologická léčba	<ul style="list-style-type: none"> - „farmakoterapie“ (R1, R14) - „nastavení kvalitní farmaceutické léčby, dále depotní zajištění“ (R5) - „medikace“ (R6, R9)
multidisciplinární spolupráce	<ul style="list-style-type: none"> - „spolupráce týmu v péči o pacienta“ (R7) - „kolaborativní přístup zúčastněných odborníků“ (R4) - „komplexní multidisciplinární přístup“ (R12) - „důležitý je multidisciplinární tým“ (R10)
psychoterapie	<ul style="list-style-type: none"> - „kvalitní terapeutický vztah“ (R8) - „psychoedukace nejen pacienta, ale i rodiny“ (R5) - „edukace o varovných příznacích“ (R7) - „v kompenzovaném stavu podpůrná psychoterapie (pokud má pacient zájem)“ (R14)
znovuzačlenění	<ul style="list-style-type: none"> - „komunitní podpora“ (R8) - „socializace s lidmi, kteří mají obdobné problémy“ (R11) - „resocializace“ (R5) - „sociální rehabilitace“ (R9)
sociální služby	<ul style="list-style-type: none"> - „podpůrné programy v podobě sociálních služeb a stacionářů, kam mohou docházet“ (R1) - „možnost mít sociální službu, na kterou se mohou obrátit při řešení sociálního zabezpečení, možnost chráněného bydlení/práce, pokud je potřeba“ (R11)

Tabulka č. 11 popisuje způsoby jednání vůči klientům, které je poškozují. Může se jednat o faktory na straně odborníků (např. nátlak, stigmatizace), rodiny (nadměrná hyperprotektivita či naopak nespolupráce rodiny) i na straně klienta (požívání omamných a psychotropních látek). V následující tabulce č. 11 naleznete příslušná podtémata (jednání vůči klientovi, rodinné faktory, jednání klienta) společně s příklady výroků respondentů.

Tab. 11: Téma: kontraproduktivní faktory v péči o klienty se schizofrenií

Podtéma	Příklady výpovědí respondentů
jednání vůči klientovi	<ul style="list-style-type: none">- „příliš direktivní přístup, velké nároky a očekávání, bagatelizace nemoci, nedůvěra na obou stranách, nedostatečné znalosti klinické psychologie u terapeuta, bagatelizace užívání návykových látek“ (R3)- „přehnané nároky ze strany terapeuta“ (R9)- „nátlak, předčasné dimise /nedoléčení/, pouze farmakoterapie bez dalších složek péče, v psychoterapii psychodynamické interpretace, odkrývající terapie“ (R13)- „špatné načasování zařazování intervencí“ (R12)- „přesvědčovat je za každou cenu o tom, že jsou psychicky nemocní“ (R1)- „přílišné analyzování, rozvolňování kontaktu s realitou“ (R7)- „snižování kompetencí klienta“ (R4)- „vysoká emoční expresivita, nucení k léčbě, nucení k sebeotevření, strašení, rychlé vstupování do blízkosti, chování k pacientovi jako k dítěti“ (R8)- „zanedbat edukaci ohledně jejich onemocnění“ (R14)- „stigmatizace, omezená nabídka chráněného bydlení“ (R5)
rodinné faktory	<ul style="list-style-type: none">- „nespolupráce rodiny“ (R3)- „zhoršená spolupráce s rodinou, např. hyperprotektivní přístup nebo psychiatrická heredita“ (R5)
jednání klienta	<ul style="list-style-type: none">- „odmítání medikace, nedůvěra na obou stranách“ (R3)- „nedůvěra v odborníka“ (R6)- „bagatelizace užívání návykových látek“ (R3)

V tabulce č. 12 se dotýkáme sekundárního cíle naší práce, a tím je zjistit, jakým způsobem psychologové z našeho výzkumu pečují sami o sebe. Zde se objevila různá podtémata, které můžeme shrnout jako protektivní faktory, které respondentům pomáhají udržovat se v psychické kondici, aby nepodlehli syndromu vyhoření a mohli i nadále svým klientům dobře pomáhat. Jedná se např. o aktivní trávení volného času (sport, venčení psa), o vztahovou oblast, kde je možné hledat a nalézat podporu (rodina, partner, přátelé, kolegové), o sdílení za účelem profesního či osobního růstu (psychoterapie, intervize, supervize), o faktory související s prací (její rozmanitost, možnost polovičního úvazku, dodržování hranice mezi prací a volným časem, vzdělávání, společné akce s kolegy) či faktory související s relaxací (ticho, klid) a celkovým stylem života.

Poměrně často se ve výpovědích respondentů objevovala jako způsob sebepěče supervize a sport. Ojediněle se objevila také „*sebereflexe*“ a „*zdravý životní styl*“ (R8). Dva respondenti uvedli „*duševní hygienu*“ (R12) a „*běžnou psychohygienu*“ (R13) bez konkrétního upřesnění činnosti, kterou měli na mysli. Vzhledem k charakteru výzkumu a anonymitě jeho účastníků již není možné se jich zpětně doptávat na konkrétní obsah, který pro ně daný pojem má, proto jsme je do tabulky nezařadili. Podtéma vztahy se částečně prolíná také s podtématy sdílení a životního stylu, neboť zde nacházíme další vztahové vazby nad rámec původního podtématu vztahy (*rodina, partner, kvalitní vztahy*). Jedná se o podtéma sdílení, kde jsou zmiňováni *kolegové* a dále se jedná o podtéma životního stylu, kde jsou mezi jinou výpovědí uvedeni též *přátelé*, jak je patrné z následující tabulky č. 12 na další straně. Tyto obsahy jsme následně zahrnuli v tabulce taktéž do podtématu vztahy.

Tab. 12: Téma: psychohygienu v pojetí respondentů

Podtéma	Příklady výpovědí respondentů
sdílení	<ul style="list-style-type: none">- „supervize, individuální terapie“ (R7)- „rozmluvy s kolegy a supervize (toto pomáhá nejvíc)“ (R9)- „sdílení s kolegy“ (R4)- „psychoterapie, 1) supervize“ (R12)- „supervize“ (R8)
zájmy	<ul style="list-style-type: none">- „venčení psa, hudba“ (R9)- „aktivně trávit volný čas, rozvíjet se v dovednostech, které přinášejí rychlý a viditelný výsledek“ (R7)- „sport“ (R1, R2, R6, R10, R11)
práce	<ul style="list-style-type: none">- „zavřít za prací dveře, nezaobírat se jí ve volném čase“ (R7)- „snažím se nebrat si práci domů“ (R12)- „zájmy mimo práci, oddělení práce a volného času, nebrání si práce domů“ (R11)- „vzdělání“ (R4)- „edukace, pùlený úvazek, teambuildingy“ (R10)
životní styl	<ul style="list-style-type: none">- „dělám ve volném čase věci, které nesouvisí s psychologií a stýkám se s přáteli z jiných oborů, i když mě psychologie a psychiatrie velmi baví.“ (R3)- „dělat si drobné radosti a mít se neustále na co těšit“ (R1)- „ticho a klid“ (R5)- „relaxace“ (R12)- „dostatek odpočinku, spánek“ (R2)
vztahy	<ul style="list-style-type: none">- „rodina“ (R1)- „partner“ (R7)- „kvalitní vztahy“ (R2)- „přátelé“ (R3)- „kolegové“ (R4, R9)

V této podkapitole jsme se seznámili s nejdůležitějšími přehledně uspořádanými tématy a hlavními podtématy z výzkumu, která jsme si zároveň okomentovali. V následující podkapitole si zodpovíme výzkumné otázky.

7.2 Výsledky vztahující se k první výzkumné otázce

Vzhledem ke skutečnosti, že se nám jednalo primárně o zachycení zkušeností respondentů s **optimální péčí o klienty se schizofrenií**, rozdělili jsme odpovědi respondentů do 8 kategorií seskupených z dílčích témat dobré péče o klienty se schizofrenií, které korespondují s otázkami, které respondenti zodpovídali.

Odpovědi respondentů dle dotazníku tedy pokrývají tato hlavní témata:

- speciální potřeby klientů se schizofrenií,
- navázání důvěry s klientem (zvláště u paranoidní a simplexní formy schizofrenie),
- potenciální agresivní jednání,
- klient bez zázemí rodiny a přátel,
- psychoterapie schizofrenie,
- prevence relapsu,
- efektivní copingové strategie,
- kontraproduktivní faktory v péči o klienta.

V následujících podpokapitolách si tato témata rozdělíme na oblasti, které jsou klientům užitečné a které nikoli.

7.2.1 Faktory, které klientům prospívají

K **optimální péči o klienta**, tedy k faktorům, které klientům pomáhají, můžeme na základě analýzy odpovědí zařadit:

- naplňování speciálních konkrétních potřeb klientů se schizofrenií,
- akceptující trpělivý empatický přístup ke klientům, který jim umožní navázat s pracovníkem vztah důvěry a dialogu,
- komplexní psychosociální podpora klienta, a to zejména v případě absence zázemí rodiny a přátel a dále jako prevence relapsu,
- psychotherapeutické zpracování klientových potíží,
- hledání a nacvičování efektivních copingových strategií společně s klientem,
- farmakologická léčba,
- pomoc při návratu do běžného života,
- multidisciplinární spolupráce při péči o klienta.

Spektrum odpovědí respondentů se na téma **speciálních potřeb klientů** pohybuje od vyjádření, že „*každý člověk má speciální (individuální) potřeby*“ (R8) přes „*samozřejmě, že mají speciální potřeby*“ (R3) dle průběhu onemocnění (akutní ataka, remise) až po komentář

„speciální potřeby snad ani ne, spíš speciální přístup ke svým potřebám“ (R2). Můžeme tedy konstatovat zcela individuální **existenci i neexistenci speciálních potřeb** klientů se schizofrenií v pohledu našich respondentů.

Objevují se zde tato hlavní podtémata:

- **potřeba bezpečí, přijetí, důvěry a klidu** (např. R7 jmenuje „větší potřebu budování důvěry“),
- **potřeba aktivizace** (např. R13 doporučuje klienty „aktivizovat z důvodu negativní symptomatologie“),
- **potřeba strukturace** (např. R13 uvádí „nutno více strukturovat v kontaktu i denní režim“),
- **potřeba edukace** (např. R6 má na mysli „získání náhledu na nemoc, kotvení v realitě“),
- **potřeba podpory** (např. R12 uvádí „potřebu opory v rodinném prostředí“, R 10 sděluje „zajistit hlavně návazné služby a co nejvíce jim připravit zázemí před propuštěním“),
- **potřeba návratu do běžného života** (např. R12 doporučuje „způsoby znovuzачlenění do běžného života – chráněné bydlení, dílny“).

Otázka **navázání důvěry u klientů s paranoidní formou schizofrenie** v sobě nesla tato hlavní podtémata:

- **postoj ke klientovi** (např. R12 uvádí „autentický zájem a odhodlání pomoci“, R1 dále uvádí „akceptaci k jejich prožitku“),
- **způsob komunikace s klientem** (např. R5 sděluje „lidský přístup, nevyvracet jejich narušenou realitu, ale ani s ní nesouhlasit, opatrně vysvětlit jejich stav na modelovém případě – srozumitelně“).

Naproti tomu u **navázání důvěry s klientem se simplexní formou schizofrenie** nalézáme téma zodpovězené respondenty velmi rozdílnými způsoby. Někteří respondenti se domnívají, že se lze ke klientovi se simplexní formou schizofrenie přiblížit zcela **stejně jako u paranoidní schizofrenie či u jiných forem schizofrenie, popř.** je pouze zapotřebí **větší trpělivost a srozumitelnější komunikace**. Jeden z respondentů se však domnívá, že se k takovému klientu **přiblížit nelze** (např. R13 uvedl, že se lze přiblížit klientům se simplexní

schizofrenií „stejně jako klientům s jinými formami schizofrenie“, dále R3 „stejně jako u paranoidní schizofrenie, pouze je potřeba víc trpělivosti a jasnější komunikace“, naproti tomu R10 se domnívá, že „simplexní schizofrenie je dost specifická a přiblížit se těmto pacientům moc nedá“).

Z analýzy nakonec vyplynulo jediné podtéma:

- **přístup ke klientovi** (např. „opatrně a s trpělivostí, aby se necítil ohrožen“, R2, dále R8 „neverbální techniky, jednoduchý a srozumitelný projev, navázání na jeho zájmy“, R9 „každý klient je individuální, zjistit potřeby klienta, cíle léčby – najít vhodný styčný bod“).

Respondentů jsme se taktéž dotazovali, jakým způsobem můžeme pomoci **klientovi bez zázemí rodiny a přátel** – zde jsme identifikovali tato dvě podtémata:

- **sociální služby** (např. R10 uvádí „od toho máme sociální pracovnice, peery a spolupracujeme s CDZ a návaznými službami“, dále R8 se domnívá, že „záleží, v čem pomoci, pokud jde o sociální kontakt, tak denní stacionář, CDZ nebo podobné zařízení“),
- **terapie** (např. R13 „edukace k vytvoření náhledu, psychoterapie“, R7 „skupinová psychoterapie“, R4 „medikace“).

U respondentů jsme se dále zajímali o možnosti psychoterapie schizofrenie. Zde z analýzy vyplynula tři podtémata:

- **přístup psychoterapeuta** (např. R3 uvádí „podpora, srozumitelnost, nezlehčování, dialog s pacientem“, R8 „vytvoření bezpečného prostředí“),
- **techniky psychoterapie** (např. R5 zmiňuje „metakognitivní trénink, pozitivní aserce, krátkodobé plánování, zaměření na zdravé stránky, evtl. talent (malování, psaní, hudba atd.)“, R8 „práce s ranými traumaty, pokud je na to pacient dostatečně stabilní, periferní dotazování k narušení bludu“),
- **terapeutický směr** (např. R13 uvádí „využívám PCA přístup a s klienty se schizofrenií se mi velice dobře osvědčil – pro psychotiky je nutná kvalitní empatie a přijetí“, R12 „KBT struktura práce zaměřená na řešení problému“).

Ptali jsme se respondentů, co dle jejich zkušenosti pomáhá klientovi v prevenci relapsu. Zde byla analýzou zachycena tato podtémata:

- **odborníci** (např. R7 uvádí „dobrý vztah s lékařem a terapeutem“, R10 „dobrý ambulantní psychiatr, podpůrné prostředí, stacionáře, CDZ“),
- **osobní vztahy** (např. R3 uvádí „dobré vztahy a podpora rodiny“, R8 „být dobře zapojen do základních životních rolí a do společnosti“),
- **životní styl klienta** (např. R11 uvádí „mít vytvořený krizový plán, podle čeho si všimne, že to přichází a co v tu chvíli dělat“),
- **psychoterapie** (např. R12 uvádí „kvalitně vytvořený náhled, psychoterapie“),
- **léky** (např. R14 uvádí „užívání medikace“, R13 „depotní injekce“).

Dotazovali jsme se respondentů také na způsob, jakým můžeme pomoci klientům se schizofrenií vytvořit si efektivní copingové strategie. Zde z analýzy vyplynula následující podtémata:

- **podpora klienta** (např. R2 uvádí „jako s kýmkoliv jiným, probrat zdroje, jaké strategie využívá“, R9 „hledání konkrétních zdrojů v jeho životě, co funguje, o co se dá opřít, co dříve fungovalo a dalo by se na to navázat“),
- **nacvičování** (např. R5 uvádí „nácvič, využití asertivních cvičení“),
- **psychoterapie** (např. R7 uvádí „psychoterapie, jít vzorem, dávat konkrétní příklady pro praktický život“),
- **edukace klienta** (např. R2 uvádí „edukovat o dalších strategiích“).

Respondentů jsme se též dotázali, v čem spočívá optimální péče o klienty se schizofrenií. Analýzou dotazníků zde nacházíme ještě další podtémata:

- **přístup ke klientovi** (např. R7 uvádí „hodně respektu, přístup k nim jako k lidem ne jako k diagnóze, dlouhodobá péče, budování důvěry, hodně podpory, podpora kontaktu s realitou, hledání zdrojů“),
- **farmakologická léčba** (např. R5 uvádí „nastavení kvalitní farmaceutické léčby, dále depotní zajištění“),

- **multidisciplinární spolupráce** (např. R10 uvádí, že „*důležitý je multidisciplinární tým*“),
- **psychoterapie** (např. R8 uvádí „*kvalitní terapeutický vztah*“),
- **znovuzačlenění** (např. R9 uvádí „*sociální rehabilitace*“, R8 „*komunitní podpora*“),
- **sociální služby** (např. R11 uvádí „*možnost mít sociální službu, na kterou se mohou obrátit při řešení sociálního zabezpečení, možnost chráněného bydlení/práce, pokud je potřeba*“).

7.2.2 Faktory, které klienty poškozují

Z analýzy tématu **kontraproduktivních faktorů** v péči o klienta vyplynula následující podtémata:

- **jednání vůči klientovi** (např. R4 uvádí „*snižování kompetencí klienta*“, R5 „*stigmatizace*“),
- **rodinné faktory** (např. R3 uvádí „*nespolupráce rodiny*“),
- **jednání klienta** (např. R6 uvádí „*nedůvěra v odborníka*“).

Kromě kontraproduktivních faktorů jsme se zabývali také otázkou **potenciálního agresivního jednání klienta proti druhým**. Zde z analýzy vyplynula tato témata a podtémata:

- **ne** (např. R8 uvádí „*se schizofrenií ne, s jinými psychózami někdy ano*“, R2 „*ne*“),
- **ano – vyšší frekvence** (např. R10 uvádí „*ano, velmi často, prakticky denně, pracuji na příjmovém oddělení*“),
- **ano – nižší frekvence** (např. R14 uvádí „*ano, cca 1 z 5*“),
- **ano – pouze v atace** (např. R11 uvádí „*málokdy, pouze na začátku, při vypuknutí ataky, kdy se cítí být ohroženi, načež mohou navázat potřebou ochránit se a tím být agresivnější vůči okolí*“).

Ze společné analýzy výpovědí respondentů dále vyplynula důležitá podtémata, která jsou postulována níže. Jedná se o podtémata, která se objevila napříč různými otázkami v dotazníku mezi odpověďmi respondentů. Byla to např. tato:

- **edukace,**
- **psychoterapie,**
- **farmakoterapie,**
- **návazné sociální služby,**
- **lidský přístup, empatie, trpělivost,**
- **podpora klienta.**

Daná podtémata zde však nebudou více rozvíjena, neboť kopírují informace, které jsme zde již prezentovali. Zdá se, že stále znovu získáváme od respondentů podobné výsledky, ačkoli se ptáme na rozdílné aspekty péče o klienty. Domníváme se proto, že jsme se dostali k jádru dobré péče o klienty i že jsme téma vyčerpali.

7.3 Výsledky vztahující se k druhé výzkumné otázce

Sekundárně jsme se zabývali také zkušenostmi respondentů s jejich **optimální péčí o sebe jako psychologa** (psychohygienu). Analyzujeme zde jediné **klíčové téma**, a to:

- **psychohygienu v pojetí respondentů.**

V druhé výzkumné otázce tedy nahlížíme, jak respondenti pečují sami o sebe, co to znamená z jejich perspektivy dobře o sebe pečovat.

Jako techniky psychohygieny, zachování vlastního duševního zdraví a tím i prevence syndromu vyhoření, se v analýze objevila tato podtémata:

- **sdílení** (supervize, intervize, vlastní psychoterapie),
- **zájmy** (sportovní a hudební aktivity, čas strávený se psem) – např. R7 uvádí: *„aktivně trávit volný čas, rozvíjet se v dovednostech, které přinášejí rychlý a viditelný výsledek“*,
- **práce** (stanovení hranice mezi prací a volným časem, poloviční úvazek, různorodost práce, vzdělávání, společné akce s kolegy),

- **životní styl** (klidné a tiché prostředí, zdravá životospráva včetně dostatku spánku, schopnost relaxovat) – např. R1 sděluje: „*dělat si drobné radosti a mít se neustále na co těšit*“,
- **vztahy** (partner, rodina, přátelé, kolegové).

8 DISKUZE

V této kapitole se nejprve zaměříme na výsledky analýzy ve vztahu k výzkumným otázkám, dále se budeme věnovat limitům zvoleného výzkumného přístupu, jeho přínosům, možnostmi aplikace jeho výsledků v praxi a doporučeními pro budoucí výzkumy.

Z analýzy vyplynulo, že psychologická péče o klienta se schizofrenií včetně psychoterapie zahrnuje termíny popisující akceptující, trpělivé, empatické chování psychologa a jeho přístup ke klientovi – jedná se např. o navázání kvalitního terapeutického vztahu, budování důvěry nebo o způsob komunikace s klientem, který zahrnuje nedirektivní přístup, vyhýbání se vysoké emoční expresivitě.

Důležitý je respektující opatrný přístup, nespěcháme na klienta, zaměřujeme se na něj, ne na nemoc. Hovoříme srozumitelně a otevřeně, jasně odpovídáme na klientovy otázky a pochybnosti, nenecháváme prostor pro domýšlení, klientovi nevyvracíme jeho přesvědčení, nenaléháme na něj, akceptujeme jeho prožitky, kotvíme ho v realitě a vedeme pomocí edukace a psychoterapie k postupnému náhledu na jeho onemocnění i na možnosti, jak s ním efektivně zacházet (např. vytvoření krizového plánu, edukace o časných symptomech budoucího relapsu). Důležitost vytvořeného krizového plánu odpovídá také naší zkušenosti na stáži v organizaci Green Doors zabývající se klienty s duševním onemocněním včetně schizofrenie. O důležitosti tréninku dovedností potřebných pro život – a tedy nácviku – pojednává např. výzkum Liang et al. (2023).

Snažíme se podporovat klienta v zájmech, které měl před nemocí, v jeho talentech (např. v neverbálních technikách jako je malování, psaní). Neverbální techniky a psychoterapie taktéž doporučuje Raboch a Pavlovský (2020). Zmiňují je také další výzkumy a odborné publikace, např. Isabelinha et al. (2023), Bryl et al. (2020), Gökçen et al. (2020), Koten (2018). O technikách psychodramatu pojednává výzkum Modesti et al. (2023).

Jako klíčová se ukazuje komplexní psychosociální podpora, edukace rodiny, zapojení do komunity a pomoc při návratu do běžného života. Nedílnou součástí péče je multidisciplinární spolupráce, kvalitně nastavená farmakologická léčba, pomoc při vyhledávání sociálního kontaktu (denní stacionáře, CDZ). Využití denních stacionářů při psychoterapii schizofrenie doporučuje Raboch a Pavlovský (2020). O důležitosti medikace a psychoterapie u schizofrenie se zmiňuje také Vrbová et al. (2014). Zlepšení pozitivní

symptomatologie a sociálního fungování klienta potvrzuje také výzkum efektivity psychoterapie Modesti et al. (2023). Důležitost práce s rodinou potvrzuje výzkum Bighelli et al. (2021).

Sekundárním cílem bylo zjistit, jakým způsobem pečují psychologové o své vlastní duševní zdraví. Zde z analýzy vyplynula např. důležitost vztahů (rodina, partner, kolegové, přátelé), reflektování vlastní práce s klienty (např. formou sebereflexe, supervize, intervize s kolegy), důležitost oddělení práce a volného času, zdravý životní styl (dostatek odpočinku, spánku, ticho a klid, sport), zájmy mimo pracovní oblast, mít se neustále na co těšit.

Otázky z dotazníku pokrývají velmi důležité oblasti práce s klienty se schizofrenií. Napříč různými otázkami se některé odpovědi respondentů opakují, zřejmě jsme tedy dosáhli saturace ve výzkumném souboru (Miovský, 2006). Vycházíme přitom také z nasycení vzorku u homogenní populace klinických psychologů a psychologů ve zdravotnictví v přípravě na atestaci: „Čím homogennější je výchozí populace, tím menší výběr stačí na to, aby dostatečně tuto populaci reprezentoval.“ (Ferjenčík, 2010, 115).

V rámci diskuze se budeme věnovat kritické sebereflexi a limitům výzkumu, přínosům a dalším doporučením. Pro přehlednost členíme text do oddělených podkapitol.

8.1 Limity výzkumu

Limitem výzkumu je forma dotazníku, která byla v době opatření proti nemoci Covid-19 nutná, ale přinesla jistá omezení. Např. jsme nemohli osobně pozorovat respondenty při odpovídání na otázky, nemohli jsme zaznamenávat jejich neverbální chování nebo případně dle jejich odpovědí modifikovat další tok rozhovoru.

Pilotní studie nebyla provedena – nechtěli jsme zvláště v době opatření proti nemoci Covid-19 zatěžovat psychology dvojitým vyplňováním, neboť jsme předpokládali, že i jedno vyplnění dotazníku s otevřenými otázkami je poměrně náročné, navíc jsme předpokládali, že psychologové vzhledem k tehdejší době a opatřením měli zcela jiné a naléhavější pracovní úkoly, než je náš výzkum.

Snad jsme též mohli zvolit delší časový úsek k vyplnění dotazníků, nicméně časový rozsah realizace výzkumu od 3. března do 21. března 2021 shledáváme jako dostatečný – jedná se o celkem 19 dní. Také dotazník bylo možné vytvořit kratší či zvolit dotazník

s uzavřenými otázkami, které je možné rychleji a jednodušeji vyplnit, nicméně takto bychom přišli o mnoho cenných informací, jejichž získání byl náš cíl.

Nenapadlo nás také žádat o souhlas s provedením výzkumu vedení jednotlivých zařízení, neboť jsme se nedotazovali na informace o zařízení či informace kazuistického charakteru, ale o anonymní zkušenosti psychologů s klienty se schizofrenií i s péčí o sebe sama. Obraceli jsme se tedy přímo na konkrétní psychology, pokud nebyly na webu uvedeny kontakty, obraceli jsme se s prosbou o přeposlání dotazníku na jejich nadřízené (vedoucí psychology či psychiatry), evtl. na sekretariát. Pouze v případě jedné nemocnice se stalo, že nám odpověděli s tím, že je potřeba požadovat souhlas náměstkyně, což jsme obratem učinili.

Závěry autorky by také mohlo zkreslit její silné sociální cítění a zaujetí klienty (nejen) se schizofrenií, které vychází také z převážně pozitivních zkušeností s nimi.

8.2 Přínosy výzkumu

Výhodou zvolené formy výzkumu (dotazníku) může být nezkreslenost zaznamenaných odpovědí respondentů, tj. jejich neovlivnění skrze přítomnost výzkumnice a skrze její verbální či neverbální chování. Pozitivem je také to, že si respondenti mohli zcela svobodně zvolit denní či noční dobu, v kterou budou dotazník vyplňovat a časový prostor, který mu chtějí věnovat, tj. i do jaké hloubky chtějí ve svých odpovědích jít. Měli také svobodu případně nějakou otázku vynechat, aniž by byli jakkoli ovlivněni osobou výzkumníka – takto nemuseli mít žádné zábrany napsat cokoli nebo naopak nevyplnit vůbec nic.

Přínosem jsou profesní zkušenosti respondentů s klienty se schizofrenií i sdílení jejich vlastních zkušeností s psychohygienou, což jsme detailně popisovali na předchozích stránkách předložené práce.

Pro autorku této práce je z hlediska její budoucí práce v oblasti klinické či poradenské psychologie velmi důležité slyšet zkušenosti psychologů z jejich praxe a vědět, jak nejlépe pomáhat klientům se schizofrenií i čeho se vyvarovat, stejně tak jakým způsobem co nejlépe pečovat o vlastní psychohygienu.

8.3 Perspektiva výzkumu do budoucna

Z nashromážděného vzorku doporučení a zkušeností klinických psychologů a psychologů v předatestační přípravě lze vycházet v praxi při psychologické a psychoterapeutické péči o klienty se schizofrenií – je zde popsáno, jak postupovat při navázání kontaktu s klienty, jakým způsobem vést rozhovory a psychoterapii, čeho se naopak vyvarovat. Je též možné tato doporučení dále zkoumat, doplňovat i případně modifikovat. Domníváme se, že by bylo do budoucna zajímavé výzkum obohatit o srovnání se zahraniční zkušeností psychologů a psychoterapeutů pečujících o tyto klienty v zemích blízkých našemu sociokulturnímu kontextu, např. v Rakousku.

Bylo by také zajímavé hledat případnou souvislost mezi směrem psychoterapeutického výcviku (nebo počtem roků praxe s klienty se schizofrenií) a odpověďmi v dotazníku. V budoucích výzkumech by bylo možné se též věnovat tématu užívání psychoaktivních látek, jejich dopadům na klienty a možnostem terapie. Bylo by také velmi zajímavé věnovat se inovativním přístupům k psychotické krizi a také výzkumně podložit jejich účinnost.

Na včasném rozpoznání nemoci, její včasné medikaci a celkové komplexní psychosociální terapii velice záleží další prognóza a průběh nemoci. I proto se domníváme, že je úkolem psychologů a psychoterapeutů přispívat ke zdravému chápání péče o psychické zdraví, k prevenci a včasnému záchytu potíží a též by měli osvětou veřejnosti zabránit stigmatizaci nemocných. V magisterské práci v navazujícím studiu bych se ráda věnovala podrobněji destigmatizaci schizofrenie a komplexní psychosociální terapii. Za tímto účelem jsem již provedla další (kvantitativní) výzkum, který bych chtěla do budoucna replikovat a posléze komparovat výsledky. Velmi mě také zajímá téma inovativních přístupů k terapii klientů se schizofrenií.

9 ZÁVĚR

Naším primárním cílem bylo v teoretické i výzkumné části popsat optimální psychologickou a psychoterapeutickou péči o dospělé klienty se schizofrenií a možnosti terapie. Sekundárním cílem bylo popsat, jakým způsobem pečují psychologové o vlastní psychohygienu.

Tento cíl jsme se snažili naplnit prostřednictvím rešerší odborné literatury a také provedením výzkumu u klinických psychologů a psychologů ve zdravotnictví v předatestační přípravě, který byl zaměřen na jejich zkušenosti s danou klientelou.

Na základě výzkumu analyzujícího sdělení 14 respondentů můžeme konstatovat, že dle respondentů spočívá optimální péče o klienty se schizofrenií v edukaci klienta i jeho rodiny o onemocnění, dále v praktických nácvicích situacích, v kterých se klient cítí nejistý včetně nácviku asertivity. Jedná se o zplnomocňování klienta – posilování jeho kompetencí, poskytování podpory i o důvěru v klienta. Velice důležitou součástí péče o klienta je multidisciplinární spolupráce včetně kvalitní spolupráce s rodinou klienta, dále kvalitní farmakoterapie a psychoterapie, systém návazných sociálních a zdravotních služeb i akceptující trpělivý empatický přístup vůči klientům, vést s nimi dialog a vyvarovat se direktivity, nátlaku, nadměrných očekávání.

Data jsme získávali metodou dotazníkového šetření na on-line platformě Google Form, neboť v době opatření ohledně nemoci Covid-19 nebylo možné postupovat jinak. Rozeslali jsme dotazník obsahující 15 otevřených otázek psychologům v převážně lůžkových zařízeních v České republice. Při získávání výběrového souboru respondentů do výzkumu jsme oslovili všechna nám známá zdravotnická zařízení lůžkové psychiatrické péče v ČR (psychiatrické nemocnice, oddělení psychiatrie v nemocnicích), kde působí kliničtí psychologové či psychologové ve zdravotnictví v předatestační přípravě, kteří pečují o dospělé klienty se schizofrenií primárně bez duální diagnózy. Vycházeli jsme z představy, že právě tam se psychologové nejvíce a v nejrozmanitější formě setkávají s klienty se schizofrenií různého klinického obrazu, průběhu i prognózy. S žádostí o vyplnění dotazníku jsme obeslali celkem 36 zařízení, a tedy jsme patrně obsáhli celý či téměř celý soubor lůžkových klinických psychologů a psychologů ve zdravotnictví v přípravě na atestaci dle našich předem zvolených kritérií, která byla uvedena výše.

Získaná data jsme analyzovali metodou interpretační fenomenologické analýzy.

Z výzkumu vyplynulo mnoho cenných doporučení, která jsou shrnuta v kapitole, která byla věnována výsledkům výzkumu. Respondenti jsou např. přesvědčení, že optimální péče o klienty se schizofrenií spočívá edukaci klienta, v praktických nácvicích různých zátěžových sociálních situací, dále v multidisciplinární spolupráci, farmakoterapii a psychoterapii, v systému návazných sociálních služeb, v respektu apod. Jeden z respondentů k tématu péče o klienta se schizofrenií poznamenal: „*projevit zájem o pacienta, nikoliv o nemoc*“, jiný respondent připomněl mezi kontraproduktivní péčí o klienta „*stigmatizaci*“ – oboje koresponduje s naší tezí nedívat se na klienta pouze skrze optiku klinické psychologie, ale především jako na člověka, který potřebuje naši podporu.

Rovněž shledáváme jako velmi zajímavé, že na různé typy otevřených otázek v položkách dotazníků byly často velice podobné odpovědi. Vysvětlujeme si to tak, že jsme se dobrali jádra optimální péče o klienta, že stále kroužíme kolem obdobných témat i obdobných počtů respondentů, kteří dané téma pokládají za nosné v péči o klienty. Domníváme se tedy, že náš cíl prozkoumat nejvhodnější péči o klienty se schizofrenií a zabývat se též možnostmi terapie, byl splněn.

10 SOUHRN

Celá bakalářská práce byla věnována optimální psychologické péči o klienty se schizofrenií a dále možnostem terapie této nemoci. Zaměřili jsme se na aspekty, které klientům pomáhají i na ty, kterých je lépe se vyvarovat.

Schizofrenie je jedno z nejvážnějších psychických onemocnění, které řadíme do spektra psychóz. Tradičně bývá spojeno s dopaminergní dysbalancí (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Jedná se o nemoc „*sta tváří*“ (Orel, 2020, 208), která má pokaždé odlišnou podobu klinického obrazu i průběhu včetně zcela specifických symptomů. Projevuje se pozitivními a negativními příznaky, k diagnóze schizofrenie se přistupuje, pokud onemocnění trvá alespoň jeden měsíc. Dále jsme si představili základní fáze a formy schizofrenie a také si popsali některé ze speciálních potřeb klienta se schizofrenií.

Zaměřili jsme se na psychologickou péči o klienta, zejména na partnerský a akceptující přístup psychologa ke klientovi se schizofrenií. Zabývali jsme se kontextem poskytovatelů profesionální péče klientům se schizofrenií, přístupem psychologa ke klientovi včetně jeho destigmatizace. Vymezili jsme si také prevenci relapsu, kam můžeme zařadit salutoprotektivní faktory přispívající k uzdravení i udržení remise a dále mobilní aplikaci ITAREPS, která je schopná na základě pravidelných informací o klientově zdravotním stavu na základě matematických algoritmů až 8 týdnů předem předvídat budoucí zhoršení klientova zdravotního stavu, které je možné včasnou intervencí (např. úprava medikace) zvrátit v klientův prospěch bez redundantní hospitalizace i bez rizika retraumatizace či zhoršení kognitivního deficitu vlivem naplno propuklé nové ataky nemoci (Španiel, 2006).

Dále jsme se zabývali biologickou a psychologickou formou terapie klientů se schizofrenií, pozornost jsme věnovali také specifickým této psychoterapie. V neposlední řadě jsme popisovali také psychohygienu pomáhajícího profesionála, tj. v kontextu naší práce tím rozumíme zejména psychologa.

Ve výzkumné části jsme zjišťovali zkušenosti klinických psychologů a psychologů v předatestační přípravě s klienty se schizofrenií. Jednalo se o kvalitativní výzkum dle zvolených kritérií. Hlavním kritériem pro oslovení bylo vybrat ze zvoleného seznamu zařízení psychiatrické péče (ÚZIS, 2019) všechna zařízení, která je možné zařadit do

kategorie „lůžkové zařízení pro dospělé klienty se schizofrenií ve věku 18-99 let“ a zároveň se nejedná o oddělení zaměřené primárně adiktologicky. Dotazovali jsme se v psychiatrických nemocnicích a na psychiatrických odděleních běžných nemocnic – celkem bylo osloveno 36 zařízení. Respondenti vyplnili celkem 14 dotazníků. Jako výzkumnou metodu jsme využili dotazník vlastní konstrukce ve formátu otevřených otázek v celkovém počtu 15. Metodou analýzy dat byla interpretativní fenomenologická analýza.

Respondenti jsou přesvědčení, že optimální péče o klienty se schizofrenií spočívá např. v multidisciplinární spolupráci, spojení farmakoterapie a psychoterapie, v systému návazných sociálních služeb, v zázemí rodiny a přátel, v projevování akceptace, empatie a lidském přístupu. Jeden z respondentů k tématu péče o klienta se schizofrenií poznamenal: „*projevit zájem o pacienta, nikoliv o nemoc*“, což koresponduje s naší tezí nedívat se na klienta pouze skrze optiku klinické psychologie, ale především jako na člověka, který potřebuje naši podporu.

Spatřujeme zde riziko opakovaných relapsů nemoci a včasného nerozpoznání a nešetření nemoci, které může vyústit až do situací v krajním případě ohrožujících zdraví a život klienta i jeho okolí. Toto potenciální nebezpečí je však ve srovnání s kriminalitou zdravé populace statisticky zcela zanedbatelné (Látalová, 2013; Orel, osobní sdělení, 6.3.2021). Přesto však tato nemoc i strach z případného agresivního chování vede ke vzniku obav a předsudků, jejichž výsledkem je celospolečenská stigmatizace nemocných schizofrenií (Látalová, 2013; Ocisková et al., 2014), která působí třemi směry. Za prvé se tato skutečnost stigmatizace projevuje v horším přístupu klientů ke zdravotní péči, a to ze strany lékařů (Pokluda, 2020) a též v prognóze uzdravení ze schizofrenie (Libman-Sokołowska & Nasierowski, 2013). Za druhé odmítnutí společností, přáteli či rodinou vede k sebestigmatizaci, což má za následek snížení sebevědomí a dále to ztěžuje proces zotavování se z nemoci (Libman-Sokołowska & Nasierowski, 2013). V neposlední řadě tato společenská stigmatizace vede k obavám z vyhledání odborné pomoci a k jejímu odkládání. Zejména profesionálové (psychologové a psychoterapeuti, lékaři, sociální pracovníci, fyzioterapeuti a zdravotní sestry) by se měli vyvarovat všeho, čím by mohli přispět k retraumatizaci a stigmatizaci klientů.

LITERATURA

- American Psychiatric Association (APA) (2022). *DSM-5-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision)*. Získáno 1. února 2023 z <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/about-dsm/history-of-the-dsm>
- Asociace klinických psychologů (2023). *Etický kodex*. Získáno 5. února 2023 z <https://www.akpcr.cz/home/p%C5%99edpisy/etick%C3%BD-kodex>
- Balcar, K. (2023). Logoterapie a existenciální analýza Viktora E. Frankla. Získáno 6. února 2023 z http://www.slea.cz/wp/?page_id=392
- Bankovská Motlová, L., Kitzlerová, E., & Suchánek, P. (2011). *Kuchařka pro nemocné psychózou*. Praha: Psychiatrické centrum.
- Bankovská Motlová, L., & Španiel, F. (2017). *Schizofrenie. Jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. Mladá fronta.
- Bartůšková, L. (2022). *Psychóza a spiritualita. Vybrané aspekty vzájemného vztahu*. Karolinum.
- Baštecká, B. (Ed.) (2003). *Klinická psychologie v praxi*. Portál.
- Baštecká, B. & Mach, J. (Eds.) (2015). *Klinická psychologie*. Portál.
- Bouček, J. (Ed.) (2006). *Speciální psychiatrie*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Bighelli I., Rodolico A., García-Mieres H, Pitschel-Walz G, Hansen WP, Schneider-Thoma J, Sifakis S, Wu H, Wang D, Salanti G, Furukawa TA, Barbui C, Leucht S. (2021). Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 8(11): 969-980. DOI: 10.1016/S2215-0366(21)00243-1
- Bruch, H. (1997). *Základy psychoterapie*. Praha: Triton.
- Bryl, K., Bradt, J., Cechnicki, A., Fisher, K., Sossin K. M., & Goodill, S. (2020) The role of dance/movement therapy in the treatment of negative symptoms in schizophrenia: a mixed methods pilot study, *Journal of Mental Health*, 31(5), 613-623, DOI: 10.1080/09638237.2020.1757051

- Česká asociace pro psychoterapii (ČAP) (2023). *To, co v psychoterapii léčí, je především vztah terapeuta a klienta*. Získáno 4. února 2023 z <https://czap.cz/FAQ-psychoterapie>
- Česká společnost pro analytickou psychologii (ČSAP) (2023). *Výcvikový program ČSAP*. Získáno 6. února 2023 z <https://www.csap-cz.eu/vycvik/>
- Česká lékařská komora. Získáno 6. února z <https://www.lkcr.cz/clk>
- Češková, E. & Hýža, M. (2020). Možnosti léčby farmakorezistentní schizofrenie v běžné klinické praxi. *Psychiatrie pro praxi* 21(2): 78–82. Získáno 23. března 2023 z <https://www.solen.cz/pdfs/psy/2020/02/04.pdf>
- Čírtková, L. (2004). *Policejní psychologie*. Portál.
- Dušek, K., & Večeřová Procházková, A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Grada.
- Faixová, K. (2014). Rogersovská psychoterapie a preterapie – možnosti využití v psychiatrii. *Psychiatrie pro praxi* 15(1): 35–38. Získáno 13. února 2023 z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2014/01/09.pdf>
- Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Portál.
- Gökçen, A., Ekici, G., Aboğlu, H., & Şen, D.T. (2020). The healing effect of goal-oriented dance and movement therapy in schizophrenia: A rater-blinded randomized controlled trial. *The Arts in Psychotherapy* 71. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2020.101702>
- Green Doors (2023). *O schizofrenii*. Získáno 11. března 2023 z <https://www.greendoors.cz/cs/schizofrenie-psychoza-a-dusevni-onemocneni/#o-schizofrenii>.
- Hartl, P., Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Herz, M. I., & Melville, C. (1980). Relapse in schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 137(7), 801-805. <https://doi.org/10.1176/ajp.137.7.801>
- Hosák, L., Hrdlička, M., Libiger, J. (Eds.) (2015). *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Karolinum.
- Höschl, C., Libiger, J., & Švestka, J. (Eds.) (2002). *Psychiatrie*. Tigis.

- Housková, A. (2017). *Individualizovaná detekce relapsu schizofrenních pacientů v programu ITAREPS*. České vysoké učení technické v Praze. Fakulta elektrotechnická. Katedra kybernetiky. Diplomová práce. Získáno 7. února 2023 z https://dspace.cvut.cz/bitstream/handle/10467/66886/F3-DP-2017-Houskova-Alisa-Individualizovana_%20detekce_relapsu_schizofrennich_pacientu_v_programu_ITAREPS.pdf
- Hromádková, K. (2016). *Začleňování peer konzultanta do pracovního týmu organizace pro duševní zdraví*. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra sociální práce. Získáno 5. února 2023 z <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/82165>
- Hubeňák, J. (2020). Lurasidon v léčbě schizofrenie: kazuistika. *Český a slovenský Psychiatr*, 116(5), 248-250. Získáno 16. ledna 2023 z <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1358>
- Hýža, M., Šilhán, P., Kašpárek, T. (2019). Vliv abúzu psychoaktivních látek na průběh a funkční schopnosti u pacientů se schizofrenií. *Český a slovenský Psychiatr* 115(1): 14–19. Získáno 14. února z http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2019_1_14_19.pdf
- Ille, J. (2017). *Vliv traumatu na vznik schizofrenie*. Univerzita Palackého v Olomouci. Katedra psychologie.
- Institut pro Gestalt terapii (2023). *Co je Gestalt terapie*. Získáno 6. února 2023 z <https://www.gestalt-praha.cz/co-je-gestalt-terapie/>
- Institut pro psychoterapii a poradenství zaměřené na člověka (2023). *Carl Rogers*. Získáno 6. února 2023 z <https://www.pca-institut.cz/cs/page/14-carl-rogers/>
- Institut pro postgraduální vzdělávání ve zdravotnictví (IPVZ) (2023). *Jak získat specializovanou způsobilost*. Získáno 7. února 2023 <https://www.ipvz.cz/nelekarsti-zdravotnicti-pracovnici/ziskavani-specializace/jak-ziskat-specializovanou-zpusobilost>
- International Psychoanalytical Association (IPA) (2023). *Psychoanalysis*. Získáno 6. února 2023 z <https://www.ipa.world/ipa/en/Psychoanalysis/en/Psychoanalysis/Psychoanalysis.aspx?hkey=1995d293-c0c8-45fc-83f9-cec2d031b3eb>

- Isabelinha, B., Cruz-Ferreira, A., Maximiano J., & Almeida G. (2023). Effects of body-oriented therapies on the negative symptoms in people with schizophrenia: A systematic review. *Journal of bodywork and movement therapies* 33:189-201. DOI: 10.1016/j.jbmt.2022.09.009
- Janoušková, M., Winkler, P. (2015). Stigma a psychiatrie. *Psychiatrie* 19(1), 30-36. Získáno 13. února 2023 z https://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2015/01/06_janouskova_psych_1-15.pdf
- Kamarulbahri T.,M.,S.,T., Ariaratnam S., Nikmat A.W., Abdullah N.N., & Khing T.L. (2022). Coping strategies and their associated factors among caregivers of patients with schizophrenia in Kuantan, Malaysia. *Frontiers in Psychiatry* 29(13):1004034. DOI: 10.3389/fpsy.2022.1004034
- Kališová, L. (Ed.) (2019). *Elektrokonvulzivní léčba – teorie a praxe*. Karolinum.
- Kameníková, L., Pomykacz, J., & Farghali, H. (2015). Nežádoucí účinky antipsychotické léčby. *Psychiatrie pro praxi* 16(2): 56-59. Získáno 5. února 2023 z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2015/02/05.pdf>
- Kostínková Koutná, J., & Čermák, I. (2013). Interpretativní fenomenologická analýza. In T. Řiháček, I. Čermák, & R. Hytych (Eds.), *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy* (s. 9–43). Masarykova univerzita.
- Koten, M. (2018). *Zkušenosti a názory sester Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod na canisterapii*. Bakalářská práce. Univerzita Karlova. 3. lékařská fakulta. Ústav ošetrovatelství. Získáno 23. března 2023 z <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/99382/130231475.pdf?sequence=1>
- Košlerová, A. (2022, 30. září). *Čtyři roky tajnosti. Ministerstvo zdravotnictví případ ‚mučení‘ na psychiatrii odmítalo zveřejnit*. iRozhlas. Získáno 23. března 2023 z https://www.irozhlas.cz/zpravy-domov/ministerstvo-zdravotnictvi-izolace-lidska-prava-kvalita-psychiatrie-opava_2209300500_ank
- Kratochvíl, S. (2017). *Základy psychoterapie*. (7. vydání). Portál.
- Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. Portál.
- Látalová, K. (2013). *Agresivita v psychiatrii*. Grada.

- Liang, Y., Li, Y., Lin, G., Cai, Ch., Yuan, H. & Sheng, Q. (2023). Effectiveness of Group Patient-Led Life Skills Training on Function and Self-Efficacy for People With Schizophrenia: A Quasi-Experimental Study. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 61(2):60–67. <https://doi.org/10.3928/02793695-20221027-04>
- Libiger, J. (1991). *Schizofrenie*. Psychiatrické centrum Praha ve Vydavatelství a nakladatelství Nezávislý novinář II.
- Libman-Sokołowska, M., & Nasierowski, T. (2013). The importance of hope in coping with schizophrenia. *Psychiatria Polska*, 47(5), 933–946. DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/18147>
- Miller, R., Mason, S., & Skolnik, S. (2021). Psychodrama for Schizophrenia: adaptive techniques in mutual aid groups. *Social Work with Groups*, 44(3), 273-287. DOI: 10.1080/01609513.2021.1936844
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada.
- Modesti M.N., Arena J.F., Palermo N., & Del Casale A. (2023). A Systematic Review on Add-On Psychotherapy in Schizophrenia Spectrum Disorders. *Journal of Clinical Medicine*. 12(3):1021. DOI: 10.3390/jcm12031021
- Mohr, P., Látalová, K., & Masopust, J. (2012). Varovné příznaky relapsu schizofrenie a bipolární poruchy. *Český a slovenský Psychiatr*, 108(3), 122–130. Získáno 21. února 2023 z <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=802>
- Mohr, P. (2020). Vliv lurasidonu na kognitivní funkce u schizofrenie. *Český a slovenský Psychiatr*, 116(6), 302-308. Získáno 21. února 2023 z <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=1367>
- Motlová, L., & Koukolík, F. (2004). *Schizofrenie: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Galén.
- Myslivoček, J. (Ed.) (2022). *Základy neurověd*. (3. vydání). Triton.
- Ministerstvo zdravotnictví České republiky (MZČR) (2021). *Příručka jazyka zotavení*. Získáno 14.2.2023 z https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-06/Prirucka_jazyka_zotaveni.pdf

- Národní ústav duševního zdraví (NÚDZ, tiskový mluvčí Červenka, J.) (2016). *Nová studie: V Česku jsou stovky pacientů se schizofrenií hospitalizovány 10 i 20 let. Ve vyspělých zemích je trend přesně opačný.* Tisková zpráva. Získáno 11. února 2023 z <https://www.nudz.cz/pro-media/tiskove-zpravy/nova-studie-v-cesku-jsou-stovky-pacientu-se-schizofrenii-hospitalizovany-10-i-20-let-ve-vyspelych-zemich-je-trend-presne-opacny-1>
- Národní ústav duševního zdraví (NÚDZ) (2023). *Projekt Opatruj se.* Získáno 6. února 2023 z <https://www.opatruj.se/pece-o-sebe>
- Ong, H., Ibrahim, N., Wahab, S. (2016). Psychological distress, perceived stigma, and coping among caregivers of patients with schizophrenia. *Psychology Research and Behavior Management* 9, 211-218. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S112129>
- Ocisková, M., Praško, J., Vrbová, K., Kamarádová, D., Jelenová, D., Látalová, K., Mainerová, B., Sedláčková, Z., Ticháčková, A. (2014). Stigmatizace a sebestigmatizace u pacientů se schizofrenií. *Český a slovenský Psychiatr*, 110(5), 250-258. Získáno 14. února 2023 z <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=980>
- Orel, M. (2020). *Psychopatologie*. (3. vydání) Grada.
- Pavlovský, P. (2013). Akutní psychotické poruchy, diagnostika a léčba. *Psychiatrie pro praxi*, 14(2), 54-57. Získáno 13. února 2023 z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2013/02/02.pdf>
- Pěč, O. (2009). Psychoterapie u psychóz. *Psychiatrie pro praxi*, 10(2), 76-78. Získáno 22. ledna 2023 z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/02/05.pdf>
- Pěč, O., & Probstová, V. (Eds.) (2009). *Psychózy (psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče)*. Triton.
- Plháková, A. (2021). *Dějiny psychologie*. Academia.
- Pokluda, J. (2020). Schizofrenie v českém prostředí: diskurzivní analýza výpovědí o schizofrenii. *E-psychologie* 14(4). <https://doi.org/10.29364/epsy.381>
- Praško, J., Látalová, K., Ticháčková, A., & Stárková, L. (Eds.) (2011). *Klinická psychiatrie*. Tigis.
- Praško, J., Možný, P., & Šlepecký, M. (2007). *Kognitivně-behaviorální terapie psychických poruch*. Triton.

- Raboch, J., & Pavlovský, P. (Eds.) (2020). *Psychiatrie*. Karolinum.
- Raboch, J., & Zvolský, P. (Eds.) (2001). *Psychiatrie*. Galén.
- Soroka, E., Słotwiński, M., Pawężka, J., Urbańska, A. (2022). Between self-stigma and the will of recovery... Difficulties in accepting a psychiatric diagnosis – case study. *Psychiatria Polska*, 56(1), 183-193. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/124774>
- Strossová, I. (2017). Motto. In P. Taraba, *Ohlédnutí za opavským systémem včera a dnes* (s. 3-4). *Občasník Psychiatrické nemocnice v Opavě* 14(33). Získáno 6. března 2023 z https://www.pnopava.cz/www/upload/images/Posel/Posel_33.pdf
- Svoboda, M. (Ed.), Humpolíček, P., & Šnorek, V. (2022). *Psychodiagnostika dospělých*. Portál.
- Syřišťová, E. (1994). *Člověk v kritických životních situacích*. Karolinum.
- Syřišťová, E. (1974). *Příspěvek k psychologii, psychoterapii a prevenci schizofrenní psychózy*. Univerzita Karlova.
- Švestka, J. (Ed.) (1993). *Akutní psychiatrie*. Masarykova univerzita.
- Španiel, F. (2006). ITAREPS: Technologie ve službách prevence relapsu psychózy. *Psychiatrie pro praxi* 2, 82-83. Získáno 22. února 2023 z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2006/02/08.pdf>
- Tiihonen J., Mittendorfer-Rutz E., Majak M., Mehtälä J., Hoti F., Jedenius, E., Enkusson D., Leval A., Sermon J., Tanskanen A., Taipale H. (2017). Real-World Effectiveness of Antipsychotic Treatments in a Nationwide Cohort of 29 823 Patients with Schizophrenia. *JAMA Psychiatry* 74(7): 686–693. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.1322
- Tikka, S. K., Godi S. M., Siddiqui, M. A., & Garg, S. (2023). Evidence from Indian studies on safety and efficacy of therapeutic transcranial magnetic stimulation across neuropsychiatric disorders – A systematic review and meta-analysis. *Indian Journal of Psychiatry* 65(1): 18-35. DOI: 10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_572_22
- Ustohal, L. (2017). *Využití transkraniální magnetické stimulace ve výzkumu a terapii depresivní poruchy a schizofrenie*. Habilitační práce. Masarykova univerzita.

- Lékařská fakulta. Psychiatrická klinika. Získáno 13. února 2023 z <https://www.muni.cz/lide/40282-libor-ustohal/kvalifikace>
- Ustohal, L. (2022, 15.-18. června). *Transkraniální magnetická stimulace v terapii schizofrenie a dalších závažných poruch* [Poster]. XIV. Sjezd Psychiatrické společnosti ČLS JEP, Mikulov, Česká republika.
- ÚZIS (2019). *Psychiatrická péče 2018. Zdravotnická statistika*. Získáno 26. března 2023 z <https://www.uzis.cz/res/f/008308/psych2018.pdf>
- ÚZIS (2023). *MKN-10 – česká verze. Prohlížeč struktury klasifikace. Schizofrenie*. Získáno 26. března 2023 z <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F20>
- Vrbová, K., Praško, J., Ocisková, M., & Šmejkalová, L. (2014). Kognitivně behaviorální terapie chronických halucinací. *Psychiatrie pro praxi*, 15(3), 117–124. Získáno 17. února 2023 z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2014/03/06.pdf>
- Vymětal, J. (Ed.) (2004). *Obecná psychoterapie*. Grada.
- Winkler, P., Csémy, L., Janoušková, M., & Bankovská Motlová, L. (2014). Stigmatizující jednání vůči duševně nemocným v Česku a Anglii: dotazníkové šetření na reprezentativním vzorku populace. *Psychiatrie* 18(2): 54-59. Získáno 7. března 2023 z http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2014/02/02_winkler_psych_2-14.pdf
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Získáno 27. února 2023 z https://ppropo.mpsv.cz/zakon_108_2006
- Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta. Získáno 27. února 2023 z https://ppropo.mpsv.cz/zakon_95_2004
- Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. Získáno 27. února 2023 z https://ppropo.mpsv.cz/zakon_96_2004
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Získáno 27. února 2023 z https://ppropo.mpsv.cz/zakon_372_2011

World Health Organization (WHO) (2023). *International Classification of Diseases (ICD) 11th Revision*. Získáno 1. února 2023 z <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f405565289>

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

1. Abstrakt v českém jazyce
2. Abstrakt v anglickém jazyce
3. Informovaný souhlas s účastí na výzkumu včetně zpracování poskytnutých údajů (GDPR)
4. Ukázka dotazníku pro klinické psychology – Dotazník péče o klienty se schizofrenií
5. Seznam oslovených zařízení
6. Zadání diplomové práce – vloženo do tištěné práce

Příloha č. 1: Český abstrakt diplomové práce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Psychologická péče o klienty se schizofrenií a možnosti terapie

Autor práce: Mgr. et Mgr. Martina Brtvová

Vedoucí práce: MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.

Počet stran a znaků: 101 stran, 179 579 znaků

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 92

Abstrakt (800–1200 zn.): Teoretická i výzkumná část dané bakalářské práce je věnována optimální psychologické péči o klienty se schizofrenií a dále možnostem terapie této pro klienty a jejich blízké zpravidla velmi těžké nemoci z kategorie psychóz. Práce se zaměřuje na aspekty, které klientům pomáhají i na ty, kterým je lépe se naopak vyhnout. V teoretické části se práce zabývá osobou klienta se schizofrenií, zarámováním této nemoci i speciálním potřebám, které s sebou přináší. Dále se koncentruje na psychologickou péči o klienta včetně prevence relapsu a na specifika psychoterapie u klientů se schizofrenií. V empirické části jsou prezentovány analýzy on-line dotazníkového šetření u souboru klinických psychologů a psychologů ve zdravotnictví v přípravě na atestaci dle předem zvolených kritérií. Jednalo se o psychology, kteří pracují s dospělými klienty se schizofrenií (18-99 let) v lůžkových zařízeních v rámci České republiky (N = 14). Cílem bylo získat od nich doporučení a zkušenosti z jejich praxe. Analýzou rozhovorů byla identifikována klíčová témata, která mají praktický přesah do práce s klienty.

Klíčová slova: schizofrenie, komunikace, destigmatizace, prevence relapsu, psychoterapie, psychohygienu psychologa

Příloha č. 2: Anglický abstrakt diplomové práce

ABSTRACT OF THESIS

Title: Psychological care for clients with schizophrenia and options of the therapy

Author: Mgr. et Mgr. Martina Brtvová

Supervisor: MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.

Number of pages and characters: 101 pages, 179 579 characters

Number of appendices: 6

Number of references: 92

Abstract (800–1200 characters): Both of parts of bachelor thesis is dedicated to the optimal care of the client with schizophrenia and also to the options of the therapy of this for the clients and their families usually very hard illness of the category of psychosis. In centre of attention are the aspects, which can help to clients and also the aspects, which are harmful. In the theoretical part thesis deals with the person of client with schizophrenia, framing of this illness and special needs, which the illness bring. Further is thesis concentrated on psychological care about client including prevention of the relapse and specifics of the psychotherapy.

In the empirical part are presented analysis of the realized on-line questionnaire survey between psychologists who works with the adult clients with schizophrenia (18-99 years old) mainly in the hospitals in the Czech Republic (N = 14). The aim was to obtain their experience and recommendation from their praxis. From the analysis of the interviews have been identified key themes, which have a practical relevance to the work with clients.

Keywords: schizophrenia, communication, destigmatization, prevention of the relapse, psychotherapy, mental hygiene of the psychologist

Příloha č. 3: Informovaný souhlas s účastí na výzkumu včetně zpracování poskytnutých údajů (GDPR)

Dotazník péče o klienty se schizofrenií

Dobrý den,

studuji jednooborovou psychologii na Univerzitě Palackého v Olomouci a v rámci bakalářské práce se věnuji zkoumání péče o DOSPĚLÉ klienty se schizofrenií (18-99 let). Budu velmi ráda, pokud si najdete čas na vyplnění dotazníku. Jedná se o pár základních informací a následně o 15 otázek – celý dotazník Vám zabere maximálně 15 minut.

Kdykoli můžete z vyplňování bez udání důvodu odejít. Výsledky jsou zcela anonymní a v této anonymní podobě budou použity pouze v mé veřejně přístupné bakalářské (a popř. diplomové) práci.

Pokud byste měli jakékoli nejasnosti, můžete mě kontaktovat na emailu martina.brtvova01@upol.cz

Vaše zkušenosti jsou pro mě velmi cenné, předem děkuji za čas strávený vyplňováním dotazníku.

S přáním hezkého dne

Martina Brtvová

***Povinné pole**

Souhlasím s účastí ve výzkumu a se zpracováním mnou poskytnutých informací v anonymní podobě v bakalářské (a popř. diplomové) práci. Jsem si vědom/a, že se jedná o dobrovolnou účast, z které mohu kdykoli bez udání důvodu odstoupit. *

ano
ne

Příloha č. 4: Dotazník péče o klienty se schizofrenií

Jsem muž x žena

Jsem klinický psycholog s atestací x psycholog ve zdravotnictví (v přípravě na atestaci) x psycholog

Jaký psychoterapeutický výcvik jsem absolvoval/a? (směr) (V případě absolvování více výcviků vyjmenujte prosím všechny; pokud jste aktuálně ve výcviku, dopište prosím poznámku „ve výcviku“)

- 1) Kolik let celkem pracujete s dospělými klienty se schizofrenií? (počítá se celková doba, tedy i před složením atestace z klinické psychologie)
- 2) S jakými formami schizofrenie jste se za poslední rok setkal/a? (prosím vypište)
- 3) Řekl/a byste, že mají klienti se schizofrenií speciální potřeby? (pokud ano, jaké to podle Vás jsou?)
- 4) Jakým způsobem se Vám daří navazovat důvěru s klientem/klientkou s paranoidní formou schizofrenie?
- 5) Setkáváte se u klientů se schizofrenií s agresivním chováním? (evtl. jak často)
- 6) Jakým způsobem se dá pomoci klientovi se schizofrenií, který nemá oporu v rodině či přátelích?
- 7) V čem podle Vás spočívá optimální péče o klienty se schizofrenií?
- 8) Pozorujete za poslední rok (doba pandemie) nárůst onemocnění schizofrenie? (pokud ano, převažuje první ataka nebo relaps?)
- 9) Co se Vám osvědčilo v psychoterapii schizofrenie? (techniky, terapeutický směr či přístup, nápad...)
- 10) Jak se nejlépe přiblížit klientovi se simplexní formou schizofrenie?
- 11) Co podle Vás pomáhá klientovi v prevenci relapsu?
- 12) Jak se Vám daří zvládat případnou agresi, sebepoškozování a suicidální tendence u klientů se schizofrenií?
- 13) Jak můžeme pomoci klientovi vytvořit efektivní copingové strategie?
- 14) Co je při péči o klienty se schizofrenií podle Vás kontraproduktivní?
- 15) Jak pečuji sám/sama o sebe, abych nevyhořel/a? (pokud jsem uvedl/a více věcí, co z toho mi nejvíce pomáhá?)

Příloha č. 5: Seznam oslovených zařízení

- 1) Národní ústav duševního zdraví (NÚDZ) – oddělení klinické psychologie a oddělení psychotických poruch
- 2) Všeobecná fakultní nemocnice (VFN) – oddělení klinické psychologie
- 3) Ústřední vojenská nemocnice (ÚVN) – ústřední lékařsko-psychologické oddělení (ULPO)
- 4) Nemocnice Tábor – oddělení psychiatrie
- 5) PN Kroměříž – oddělení klinické psychologie
- 6) PN Marianny Oranžské – sekretariát s prosbou o odeslání dotazníku na IV. oddělení; dále kontaktována TK Tao
- 7) PN Šternberk – psychologové z primariátu II, III, IV a VIII
- 8) Vojenská nemocnice Olomouc – oddělení klinické psychologie, oddělení psychiatrie
- 9) Fakultní nemocnice Olomouc – psychologové z kliniky psychiatrie
- 10) Nemocnice České Budějovic – oddělení psychiatrie
- 11) PN Bohnice – oddělení akutní péče, následné péče, ochranné léčby i duálních diagnóz
- 12) PN Brno – sekretariát
- 13) FN Plzeň – sekretariát
- 14) PN Havlíčkův Brod – vedoucí psycholožka
- 15) FN Hradec Králové – psychiatrická klinika (psycholožka)
- 16) FN Brno – psychiatrická klinika (psychologové)
- 17) Vojenská nemocnice Brno – primář psychologie a psychologové
- 18) FN Ostrava – vedoucí psycholožka na oddělení psychiatrie
- 19) PN Opava – vedoucí psycholožka a psychologové školitelé, psychologové z oddělení Příjímací, diagnostická a léčebná stanice pro ženy a muže; Stanice otevřená doléčovací – psychoterapeutická; Stanice pro léčbu afektivních poruch, lehčích forem psychóz a demencí (muži a ženy); Stanice pro psychoterapeutické a režimové léčebné aktivity v rámci komplexní terapie psychóz; Stanice pro pacienty s diagnózou chronické psychózy a lehčích organických poruch s psychoterapeutickým a edukačním programem a pracovními aktivitami; Stanice pro závažné duševní poruchy organického spektra, dekompenzované mentální retardace, dekompenzované chronické stavy a zahájení výkonu ochranného léčení;

Stanice pro pacienty z přijímacích oddělení v rámci pokračování komplexní léčby;

Stanice pro závažné duševní poruchy – psychotické stavy

- 20) PN PATEB (Jemnice) – psychologka
- 21) PN Lnáře – psychologové
- 22) PN Jihlava – vedoucí psycholog (email se vrátil zpět – psáno tedy ještě na sekretariát)
- 23) PN Kosmonosy – psychologové
- 24) PN Dobřany – sekretariát
- 25) PN Petrohrad (okr. Louny) – sekretariát
- 26) PN Horní Beřkovice – vedoucí psychologka
- 27) Nemocnice Havířov – sekretariát
- 28) CNS – Centrum Třinec – asistentka ředitelky a ekonomka (stejný email)
- 29) Albertinum Žamberk – psychologka
- 30) Klatovská nemocnice – psychologka
- 31) Nemocnice Pardubického kraje – Pardubice – primář psychiatrie
- 32) Nemocnice Pardubického kraje – Svitavy – vrchní sestra manažerka interních oborů, na její pokyn posléze ještě komunikace s náměstkyní nemocnice
- 33) Krajská nemocnice Liberec – psychologové z oddělení psychiatrie
- 34) Nemocnice Znojmo – oddělení psychiatrie – vrchní sestra
- 35) Nemocnice Náchod – sekretariát s prosbou o přeposlání emailu na oddělení psychiatrie
- 36) Karlovarská krajská nemocnice – psychologka (není zde lůžkové oddělení, byla to výjimka, kam jsme na závěr ještě napsali, abychom pokryli i tento kout ČR)

Příloha č. 6: Zadání diplomové práce – vloženo do tištěné práce