

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

**BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM**

2017–2020

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Markéta Kottinková**

**Využití ergoterapie v péči o osoby se schizofrenií**

Praha 2020

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Josef Novotný, CSc.

**JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE**

**BACHELOR COMBINED STUDIES**

2017–2020

**BACHELOR THESIS**

**Markéta Kottinková**

**Using Ergotherapy in Care for People with Schizophrenia**

Prague 2020

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

PhDr. Josef Novotný, CSc.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 1. 1. 2020      Markéta Kottinková .....

### **Poděkování**

Děkuji mému vedoucímu práce panu PhDr. Josefu Novotnému, CSc., za odborné vedení a spolupráci.

## **Anotace**

Tato doba nám přináší ve stále větší míře kontakt s psychickým onemocněním. Chtěla bych představit možnosti vzniku psychické poruchy, současné i dřívější pohledy na její původ. Pokusím se popsat hlavní příznaky a charakterizovat psychické onemocnění schizofrenie. V mé práci bude jako hlavní součást výzkumu zařazena případová studie ženy, která onemocnění překonala.

## **Klíčová slova**

Diagnostika, případová studie, psychická porucha, schizofrenie, symptomy, terapie.

## **Annotation**

Our present brings increasing contacts with mental illnesses. I would like to introduce a possible origin of a mental disorder together with the present and earlier views of this issue. I will attempt to describe the main symptoms and characterise schizophrenia as a mental illness. The main part of the thesis research is focused on a case study of a woman who fought off the illness.

## **Keywords**

Diagnostics, case study, mental disorder, schizophrenia, symptoms, therapy.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>9</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>10</b>
<b>1 PSYCHICKÁ PORUCHA</b> .....	<b>10</b>
1.1 Původ psychické poruchy .....	11
1.2 Diagnostika psychické poruchy .....	14
1.3 Schizofrenie .....	15
1.3.1 Symptomy schizofrenie .....	17
1.3.2 Formy schizofrenie – 5 základních typů.....	19
1.3.3 Léková léčba .....	21
1.4 Psychiatrická nemocnice.....	22
<b>2 TERAPIE JAKO SOUČÁST REHABILITACE</b> .....	<b>23</b>
2.1 Ergoterapie.....	23
2.2 Typy ergoterapie .....	24
2.3 Pracovní rehabilitace.....	25
<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>26</b>
<b>3 CÍL VÝZKUMU</b> .....	<b>26</b>
<b>4 HYPOTÉZY</b> .....	<b>27</b>
<b>5 VÝZKUMNÝ VZOREK</b> .....	<b>28</b>
<b>6 VÝZKUMNÁ METODA</b> .....	<b>29</b>
<b>7 PŘÍPADOVÁ STUDIE</b> .....	<b>30</b>
7.1 Kategorizace podle základních událostí .....	30
7.1.1 První návštěva psychiatra a možné příčiny propuknutí nemoci .....	30
7.1.2 Hospitalizace 1 .....	35
7.1.3 Propuštění do domácí péče 1 .....	37
7.1.4 Hospitalizace 2.....	38
7.1.5 Propuštění do domácí péče 2 .....	40
7.1.6 Nástup do zaměstnání .....	41
7.1.7 Současné postoje.....	42

<b>8</b>	<b>SHRNUTÍ A VYHODNOCENÍ VÝZKUMU .....</b>	<b>44</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>46</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....</b>	<b>47</b>
	<b>SEZNAM ZKRATEK .....</b>	<b>49</b>



## ÚVOD

S psychickým onemocněním se v běžném životě můžeme v současnosti setkat velice často. Proto se v této práci chci právě této problematice věnovat, zaměřit se na vznik a původ onemocnění a také nastínit základní typy psychiatrického onemocnění s názvem schizofrenie. Předmětem mého zájmu je zjistit, zda je pomocí terapie možné dospět k pozitivním pracovním výsledkům? Zda nemocnému může umožnit lepší rekonvalescenci? Je psychicky nemocný schopný se znovu aktivně podílet na běžném životě? V této práci bych chtěla využít metodu případové studie a seznámit se s životní zkušeností ženy, která prodělala toto onemocnění, tedy schizofrenii.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 PSYCHICKÁ PORUCHA

*„Podle expertů Světové zdravotní organizace znamená pojem psychická porucha poruchu duševní činnosti specifickou v klinických projevech, kterou lze spolehlivě rozeznat jako definovaný standardní soubor znaků a je tak závažná, že vede ke ztrátě pracovní schopnosti, sociální kapacity nebo obojího. Navíc definice případu duševní poruchy musí být založena na kritériích, která jsou sociálně a kulturně pro danou populaci přiměřená“ (Dušek, Večeřová–Procházková, 2015, s. 23).*

V psychiatrii probíhala diskuse nad termínem psychická nemoc. V tomto oboru je velice těžké stanovit hranici mezi zdravím a nemocí. Proto byla tendence pojem nahradit a začal se využívat výraz porucha. Příručky z oboru psychiatrie tedy nepojednávají o nemocech, ale o psychických poruchách. Ukázalo se, že toto pojmenování lépe odpovídá dimenzionální povaze diagnóz. Haug ve své publikaci uvádí, že pokud je ve spojení s psychiatrií použitý výraz porucha, je tím míněna již dříve zmiňovaná nemoc. Ve společnosti jsou psychické poruchy v současnosti velice diskutované téma. Mají velký dopad na ekonomiku. Jsou známé i případy, kdy se pachatelé trestných činů stali lidé duševně nemocní. Doba nám přináší vzestupnou tendenci v počtu takto postižených. Pro stanovení diagnózy u psychické poruchy používáme MKN-10 Mezinárodní klasifikace nemocí (Haug, 2019).

*„Manuál MKN-10, v současné době platné 10. vydání Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů (v originálním znění ICD – International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), vydávaný Světovou zdravotnickou organizací, popisuje choroby všech lékařských specializací“ (Haug, 2019, s. 25).*

Klinické obrazy psychických poruch jsou mnohotvárné a proměnlivé. Často neznáme etiologii a patogenezi. Posuzuje se, zda jde o počínající psychickou poruchu a kdy jde o projevy s obecným charakterem, které nemusejí vést k psychické poruše.

V iniciálním období, kdy dochází k rozvoji poruchy, se zabýváme syndromy. Je to soubor příznaků, který charakterizuje nemoc. Takřka vždy pozorujeme více syndromů, podle kterých se blíže určuje typ psychického onemocnění (Dušek, Večeřová–Procházková, 2015).

## 1.1 Původ psychické poruchy

Na počátku roku 2013 se projevuje změna paradigmatu v příčinách duševních poruch. Psychologické vlivy se nahrazují biologickými. Výzkumníci, kteří se zabývají tímto tématem, věří, že velkým rizikem ve vzniku onemocnění jsou mikroby, ale stále je důležitá i genetika, stres, psychologické faktory a sociální dynamika. Autorka také uvádí, že chudoba a omezený přístup ke zdravotní péči vede k těžším duševním nemocem než u populace zajištěné. Podíl na tomto faktu vidí v tom, že není prováděn ani potřebný vědecký výzkum těchto oblastí. Psychiatrická onemocnění se mohou vyznačovat podle ní i mozkovou disfunkcí (Washingtonová, 2017).

*„Skutečnost, že psychiatrické nemoci jsou dnes obvykle vysvětlovány mozkovou dysfunkcí, problém neřeší, neboť takovéto přiznání nezbytně nereprezentuje rozpuštění imaginární hranice mezi tělesnem a duševnem. Místo toho vede tento postoj často k závěru, že existují dva odlišné druhy ‚mysli‘. V jedné jsou vědomí a duševní poruchy utvářeny činností mozku, jakési duchovní nástavby činnosti mozku v psychickém prostoru, přičemž obojí na tomto fungování závisí. A na druhou mysl se pohlíží jako na něco, co je od mozku zcela oddělené“* (Washingtonová, 2017, s. 17).

Ve starověku se Řekové nezabývali rozdílem psychických a fyzických funkcí, ale vše připisovali humorální nerovnováze a léčili ji. Jako opačný názor můžeme uvést další teorii, kterou je morální selhání, o němž pojednává biblické Deuteronomium 28, 27–29, mluví se o hrozbě duševní chorobou v neposlušnosti (Washingtonová, 2017).

V Bibli se píše: *„Hospodin tě raní šílenstvím, slepotou a pomatením myslí“* (Žilka, 2007, s. 205). V další části Bible můžeme pozorovat jistý rozštěp tělesný (mysli-fyzického mozku) a duševní (duch-duše), který ztrácí domov svého působení, zřejmě je možné považovat sestup níž za sociální úpadek nemocného: *„Bezdomovec, který je ve tvém středu, bude stoupat stále výš nad tebe, ty pak budeš klesat čím dál tím níž“* (Žilka, 2007, s. 205).

Německý neurolog Oskar Vogt se ve své práci zabýval studiem mikroskopické architektury mozkové kůry. Při porovnávání struktury mozku u zemřelých pachatelů trestných činů našel zúženou oblast lamina pyramidalis ve frontálním laloku se zmenšeným počtem asociovaných buněk. Výzkum potvrdil, že tato část mozku může ovlivňovat morální jednání člověka. S tím se může pojít úpadek sociální, člověk se propadá na společenském žebříčku a ztrácí své zdraví (Horáček et al., 2016).

*„Jistě je lepší mít jednu konkrétní příčinu než mnoho příčin, které vytvoří komplexní tým spoluhráčů, vzájemně se ovlivňují, kladou si překážky, nebo se mohou posilovat, aniž by při tom některý z činitelů fungoval jako zásadní, a ostatní aspekty odsunul na vedlejší kolej. Téměř u všech psychických onemocnění však dnes vycházíme z toho, že se jedná právě o takto komplexní vzájemné souvislosti, tedy že nejde jen o jednu identifikovatelnou příčinu“* (Haug, 2019, s. 36).

Často řešíme otázku, která se týká vzniku psychického onemocnění, hledáme příčinu obtíží. Naše tendence poté směřuje k pochopení, proč nemoc propukla, a odstranění toho, co nemoc vyvolává. Současná medicína hledá příčiny například ve funkcích těla. Zkoumá jednotlivé části, jak se podílejí na práci organismu, zda jsou v pořádku, či se vychylují od norem. Normy jsou individuální a mají různá pojetí (Dragomirecký, 2013).

*„Rozlišení, co je ještě normální a co je už odchylkou, tedy vymezení psychické normality, je velmi obtížné. Závisí jak na teoretickém přístupu, tak na použitém měřítku. Hranice mezi normální a abnormální variantou jakékoli psychické vlastnosti je pohyblivá a může být posuzována podle mnoha různých kritérií. Nelze ji přesně určit, protože se mění v čase, v závislosti na sociokulturním kontextu“* (Vágnerová, 1999, s. 19).

Pojetí normy:

- Statistické pojetí: Pokud jsme schopni změřit a vyjádřit například číslem určitý psychický projev, je možné na základě výsledků určovat hodnoty průměrné a průměru vzdálené.
- Funkční pojetí: Je normální to, co umožní optimální fungování. Takový přístup, který nám umožní úspěšně dosáhnout nějakého cíle.
- Sociokulturní pojetí: Považuje za důležité to, co je v dané kultuře obvyklé. Normou je to, co společenská kritéria za normální považují.

- Norma jako ideál: Ideál, kterému je třeba se přiblížit. Je možné zařadit vývojový stimulační význam v období dospívání. Určuje nejlepší možný výsledek, který je dostupný. Funkce cíle s malou pravděpodobností jeho dosažení. Není možné podle něj hodnotit.
- Skupinová norma: Rozlišování podle sociální skupiny (například vztahy skupin k mentálním poruchám, jiné barvě pleti, k sociálním a agresivním projevům). Z tohoto důvodu může nastat obtížná adaptace. Normy mohou mít skupiny vymezené i sociálně, profesně, věkově, náboženskou příslušností.
- Subjektivní norma pozorovatele: U jedinců ze stejné populace je možné hodnotit variabilně, co je a není normální. Zaujímání postojů k projevům standardním a nestandardním. Rozdíly v osobnosti každého člověka, jeho individuálních zkušenostech a v působení okolních vlivů. Následkem mohou být změny emočního ladění a somatického stavu. Důležitý je i intelekt jedince, jeho chápání a informovanost. Schopnost pochopení reality (Vágnerová, 1999).

*„Vymezení normality závisí na aktuální úrovni poznání v dané společnosti. Mnohé projevy, které nelze dobře chápat, protože se vymykají běžným znalostem, bývají považovány za abnormální jen proto, že jsou nesrozumitelné. Bývá tomu tak zejména tehdy, jestliže jsou nějak nápadné a snadno upoutávají pozornost. V tomto případě převažuje emoční složka postoje a neznámé je odmítáno, protože vyvolává strach a nejistotu“ (Vágnerová, 1999, s. 22).*

Ve společnosti dochází ke změnám, které mají původ v působení vnitřním i vnějším. Mění se i hodnotový systém společnosti. Nastávají změny tolerance u projevů, které bychom jinak považovali za abnormální, více je přijímáme, tím se stávají normálními. Jdeme s dobou. Když společnost projeví tlak na zvýšení normy například intelektového výkonu, nastane její změna, posune se její hranice (Vágnerová, 1999).

## 1.2 Diagnostika psychické poruchy

V některých případech je možné zajistit péči o psychicky nemocného při návštěvě obvodního lékaře. Pacient je odeslán na odborné vyšetření k psychiatrovi. Dále je prováděna diagnostická činnost a podle zjištěných informací při ústním rozhovoru se psychiatr rozhoduje o další péči (Dušek, 1975).

*„Psychiatrie je jedním z hlavních oborů klinického lékařství. Zabývá se prevencí, vyšetřováním a léčením odchylek, které se projevují ve sféře duševní činnosti nebo příznaky tělesnými, které však byly vyvolány duševní cestou“* (Richterová et al., 1969, s. 154).

V některých případech se kontaktují i rodinní příslušníci, kteří se podílejí na sdělování informací lékařům (Dušek, 1975).

*„Prvními spolupracovníky psychiatra jsou osoby, které k němu nemocného doporučily a které mu podávají objektivní zprávu. Nesmírně mnoho záleží na vhodnosti jejich přístupu k nemocnému“* (Richterová et al., 1969, s. 149).

Osobami prospěšnými při diagnostice máme na mysli například matku, otce, sourozence, manžela, manželku, také děti. Musí to být člověk, který je s nemocným v kontaktu, sdílí s ním domácnost, pravidelně se s ním vídá. Je dobré, pokud ho znal i před propuknutím onemocnění. Poté může lékař zjistit i změny v chování a životě postiženého (Dušek, 1975).

Když se porucha začne u dětí a mladistvých objevovat, není žádoucí jim návštěvou psychiatra vyhrožovat z pozice rodiče. Je poté pro lékaře velice obtížné navázat úzký vztah a důvěru, která je pro práci s nemocným potřebná. Ve chvíli, kdy se sepisuje zpráva v ordinaci a není narušený vztah pacienta k lékaři, je největší pravděpodobnost, že se lékař dozví vše potřebné. Rozhovor se může usměrňovat a řídit dle potřeb lékaře a odpovědi pacienta. To umožní co nejkompaktnější obraz o pacientovi (Richterová et al., 1969).

*„Úroveň důvěry pacienta k lékaři je totiž asi přímo úměrná počtu informací, které pacient sdělí, a tyto informace opět přesnosti a jistotě určené diagnózy“* (Dušek et al., 1975, s. 81).

Je možné se zabývat i srovnáním se somatickými lékařskými obory. Ve chvíli, kdy jde například o léčbu krevního tlaku, dá se změřit a tím zjistit jeho hodnotu. Je jasně dané, na jaké hranici je v pořádku, kdy je nízký, naopak kdy je vysoký.

Hodnoty, kterými se řídíme, se mění s dobou, mohou je posouvat i změny v populaci. Při pokroku v medicíně se může postup a hranice, která je v pořádku, měnit. Jde také o přístroj a způsob měření. Je více faktorů, které mají podíl na výsledku. Člověk je komplikovaný živý organismus. Velká exaktnost se tedy nemůže očekávat. Ve výše uvedeném můžeme pozorovat, že i při něčem již tak známém, jako je krevní tlak, se vyskytuje mnoho faktorů ovlivňujících konečný výsledek. V psychiatrii se všeobecně považuje vše za osobní názor lékaře, neexaktní. Zabývají se nejsložitějšími ději v živém organismu, který se nazývá člověk, a především jeho duší (Haug, 2019).

*„Abychom mohli diagnostikovat duševní poruchu, musíme znát nejen diagnostická kritéria, ale i normu psychického zdraví. Pohledy na tuto otázku se však různí. Tento vztah musí řešit každý, kdo se zabývá duševními poruchami a jejich diagnostikou. Jde o včasné rozpoznání duševní poruchy, její diagnostiku a výběr optimálního terapeutického postupu“* (Dušek, Večeřová–Procházková, 2015, s. 23).

Psychiatrie věnuje iniciálnímu, tedy počátečnímu období zvýšenou pozornost. Počátek vidíme v té chvíli, kdy nastává konfrontace laického a odborného přístupu, výsledkem je rozpoznání poruchy či abnormality. K dispozici je v této fázi symptomatika duševních poruch, která je v této fázi jiná než u rozvinuté duševní poruchy. Při hledání počátečních příznaků se dostáváme až do bodu, kdy se počáteční příznaky prolínají s projevy, které má osobnost zdravá. Jde vždy o individuální hranici (Dušek, Večeřová–Procházková, 2015).

### **1.3 Schizofrenie**

*„Schizofrenie patří mezi závažné psychické poruchy a je charakterizována poruchami myšlení, vnímání a osobnosti. Dalším významným projevem je porucha emotivity především kvalitativního charakteru: emoční nepřiměřenost, oploštělost, chudost“* (Dušek, Večeřová–Procházková, 2015, s. 224).

Porucha myšlení se vyznačuje inkohorentním uvažováním, soukromá logika nemocného se lidem jeví jako nesmyslná. Odráží jiný svět, který je ovlivněn halucinacemi a bludy. Myšlenky nejsou plynulé a doprovází je navenek ochuzená řečová produkce a zmatené chování. Bývá porušeno sebehodnocení a orientace v realitě. Objevují se pocity cizosti myšlenek, citových hnutí, vůle i vlastního těla. Narušeno

může být zpracování informací, jejich hodnocení a schopnost si vše zapamatovat. Mezi příznaky schizofrenie se v této literatuře řadí halucinace a bludy (Vágnerová, 1999).

Termín schizofrenie zavedl Eugen Bleuler v roce 1911 (Dušek, Večeřová–Procházková, 2015).

Etiologie schizofrenie vidí jako původ tohoto onemocnění důsledek vzájemného působení dědičných dispozic a vyvolávajících podnětů. Dědičnost může zapříčinit strukturální změny v mozku. Následná migrace buněk a jejich diferenciací se stává příčinou zvýšené citlivosti, zranitelnosti, menší tolerance na zátěž (Vágnerová, 1999).

*„Problém nespočívá v zátěži, ale ve způsobu, jakým ji jedinec zpracuje“* (Vágnerová, 1999, s. 177).

Vlivy, které mohou mít vlnu na propuknutí tohoto onemocnění, jsou různého původu. Jde o genetické příčiny, poškození mozku při nitroděložním vývoji plodu a v období perinatálním a postnatálním. Při jmenovaných poškozeních existuje spousta lidí, u kterých ani s touto indispozicí onemocnění nepropukne. Jako další faktor, který musí působit, je vliv sociokulturní, psychická zátěž jako například dlouhodobý stres nebo například užívání psychoaktivních látek. Ve chvíli, kdy je jedinec geneticky zatížen více, onemocnění propuká i bez dříve jmenovaných rizikových vlivů. Naději autor knihy spatřuje i v možnosti užívání moderních léků určených pro potlačení příznaků schizofrenie. Pomáhají při začleňování do rodin a do sociálního prostředí, které je pro člověka důležité (Koukolík, 2008).

Prodromální stádium schizofrenie se podle Pfeifera projevuje:

- Přecitlivělostí a slabostí ega: Špatná tolerance na úzkost, nízké ovládnutí impulzivity, menší schopnost prožívat radost.
- Nápadnějším introvertním zaměřením: Vázanost na nejbližší lidi a prostředí.
- Omezenou samostatností: Vidí ji v závislosti na blízkých, kteří mu zajišťují život, a on se k nim nechová dobře, ztrácí hodnotu tím pádem i u ostatních lidí.
- Nižším výkonem: Nejde o inteligenci, ale o adaptaci na nové prostředí. Nevyhledávají nové situace (Vágnerová, 1999).



Vznik onemocnění je nejčastěji spojen s mladým věkem. Jedná se o rozmezí mezi 16–25 lety. Jde o období, ve kterém člověk přechází do dospělosti a přijímá zodpovědnost za svůj život. Navazuje nové důležité kontakty, možná i životní, a postupně dochází k odpoutání od rodiny. Člověk s indispozicí ke schizofrenii není schopen tento krok udělat. Zůstává závislý na okolí svojí rodiny, zpravidla nedokáže odejít. Projevy v pozdějším věku se mohou objevovat až do 45. roku života. Četnost u mužů bývá stejná jako u žen (Vágnerová, 1999).

Charakteristické projevy tohoto onemocnění jsou také emoční tupost a emoční vyhasínání. Tento stav nazýváme oploštělou emotivitou. Dále můžeme pozorovat projevy autismu, které jsou charakteristické ztrátou spojení s reálným světem. A společně s tím přichází rozpad osobnosti (Dušek, Večeřová–Procházková, 2015).

Především u závažných forem schizofrenie se vytrácí vnitřní jednota osobnosti, která je u každého člověka individuální. Dezintegrace je závažná porucha osobnosti, při které chybí koordinace jednotlivých složek osobnosti. Je porušeno vnímání současnosti a minulosti (Vágnerová, 1999).

Při postižení psychických funkcí se osobnost postiženého projevuje jistými charakteristickými rysy. Pozorujeme plachost, redukci sociálních kontaktů, uzavřenost (Dušek, Večeřová–Procházková, 2015).

*„V úvodních projevech bývá plané filozofování, zájem o bizarní otázky nebo problémy. S trváním onemocnění se objevuje netečnost, nezájem o okolí, postižený se soustřeďuje na vnitřní svět, který při přítomnosti bludů a halucinací může být pestrý a pacientovi zcela nahrazuje realitu. S nastupující dezintegrací se i vnitřní svět schizofrenika rozpadá“* (Dušek, Večeřová–Procházková, 2015, s. 227).

### **1.3.1 Symptomy schizofrenie**

V diagnostickém procesu je možné posuzovat pozitivní, či negativní symptomatiku:

#### **➤ Pozitivní symptomatika**

Jedná se o příznaky, které ve zdravé psychice nejsou. Psychika je o tyto projevy bohatší. Do této skupiny symptomů se řadí halucinace, bludy, vzrušenost a tzv. produktivní katatonní symptomatika (Dušek, Večeřová–Procházková, 2015).

Halucinace patří do skupiny poruch vnímání, jehož prostřednictvím vnímáme okolí. Vnímání ovlivňují také emoce. Momentální citový stav může zapříčinit jeho zkreslení. Některé iluze mohou vzniknout z pocitu strachu. Bojím se a jdu tmavou ulicí a mohu vidět nějaký stín, například silniční značky, a pokládat ho za jiného člověka, který by mi mohl ublížit. Pokud má vjem skutečný podnět, ale není v té chvíli totožný s naší představou, vlastně něco vidíme, ale ne to, co je reálné, je to iluze. Ve chvíli, kdy nezávisle na podnětu zvenčí registrujeme klamný vjem, o kterém jsme přesvědčeni, jedná se o halucinaci. Mezi halucinace můžeme zařadit například i tzv. hlasy, které jsou pro onemocnění schizofrenie typické (Vágnerová, 1999).

Dragomirecký ve své publikaci pokládá spoustu otázek vztahujících se k původu duševní poruchy a vedle fyzického vidí i další svět duchovní. Předpokládá ze svého běžného logického uvažování existenci ducha. Zaměřuje se na „hlasy“, o kterých se často hovoří u lidí, kteří trpí schizofrenií. Tyto projevy jsou hodnoceny především z pohledu lékařského, nemají tedy reálný podklad a je to porucha vnímání označená jako halucinace. Lékaři často „hlasy“ přímo považují za chorý výplod lidské mysli. Jeho studie a terapie „hlasy“ považuje za skutečné a živé (Dragomirecký, 2013).

*„Bludy jsou mylná přesvědčení vznikající v důsledku nemoci. Nedají se vyvrátit. Ostatní lidé je s nemocným nesdílejí, vyvraceli by mu je marně. Při vzniku bludů často hraje významnou roli mylný výklad vjemů a prožitků. Jsou časté, během vývoje schizofrenie se vyskytují někdy u více než 90 % nemocných. Velmi typický je blud vztahovačnosti. Lidé si o pacientovi povídají, všechno o něm vědí, televizní moderátorka promlouvá právě k němu. K tomu často přibývá pocit pronásledování a ovlivňování na dálku. Někdy jsou bludy bizarní: nemocní jsou přesvědčeni, že jim někdo přemístil orgány z břicha do hrudníku, aniž by to zanechalo stopu“ (Koukolík, 2008, s. 197).*

Do katatonní symptomatiky řadíme poruchy psychomotoriky. Bizarní projevy, které jsou nápadně neobvyklé, výstřední, nerespektují společenské a morální normy. Manýrování, kdy je jednoduché provedeno složitě. Grimasování jako opakované mimické projevy. Ceremoniály s patickou obřadností. Topornost projevů a zmatená inkoherentní řeč, která nemá systém (Dušek, Večeřová–Procházková, 2015).

### ➤ Negativní symptomatika

Jde o příznaky, o něž je psychika oproti normě ochuzená. Můžeme pozorovat psychomotorický útlum, zpomalená reaktivita, hypobulie až abulie, ztráta spontaneity a autismus, katatonní neproduktivní symptomy (negativismus, stupor atd.). Kraepelin toto pojmenoval jako „stavy slabosti“ (Dušek, Večeřová–Procházková, 2015).

Autismus u schizofrenního člověka se projevuje nápadnou a nepřirozenou izolací od sociálního prostředí. Ztráta zájmu o cokoli i koncentrace pozornosti se obrací k sobě samému. Dění kolem se zdá nemocnému nesrozumitelné a nechápe ho, neorientuje se v informacích, které přijímá jeho myšlení. Snaží se hledat zákonitosti ve svém bludném světě, jenž zákonitosti nemá. Dále pozorujeme projevy ambivalence, která se vyznačuje protichůdným citovým prožíváním a stejně tak protichůdnými úvahami a názory. Je to důvod chaotického chování. Někdy milují, jindy nenávidí, v projevech jsou tedy nepředvídatelní. Změna aktivity s projevem nečinnosti, útlum projevů (stupor, nemluvnost). Opakem je nadměrná aktivita, doprovázená nepřiměřenými řečovými projevy, neúčelné opakování slov (Vágnerová, 1999).

Kurt Schneider (1887–1967, Heidelberg), profesor psychiatrie, rozlišuje příznaky prvního a druhého řádu. Příznaky prvního řádu pokládá za nejdůležitější při diagnostice schizofrenie (Dušek, Večeřová–Procházková, 2015).

*„Za symptomy prvního řádu považoval ozvučování myšlenek, slyšení hlasů ve formě otázek a odpovědí, slyšení hlasů provázející vlastní činnost poznámkami, prožitky tělesného ovlivňování, odnímání myšlenek a jiné působení na myšlení, odcizování myšlenek, bludné vnímání a všechny prožitky, které v oblasti citění, snažení (pudů) a vůle jsou způsobovány a ovlivňovány cizími zásahy. Kde se bezpečně zjistí takové zážitky u nemocného a nenajde se žádné základní tělesné onemocnění, tam se klinicky hovoří o schizofrenii“* (Dušek, Večeřová–Procházková, 2015, s. 225).

### 1.3.2 Formy schizofrenie – 5 základních typů

#### ➤ Paranoidní schizofrenie

Charakteristická je patologickou podezíravostí k okolí. Součástí onemocnění jsou bludy, které se vyznačují pocity pronásledování, kontrolování a ovlivňování a také sluchové halucinace formou hlasů. Ty mají převážně negativní charakter. Co sdělují, je převážně záporné. Současně se mohou dostavovat i bludy ohrožující. Spojují se

s nadpřirozenými bytostmi, se členy rodiny, s lidmi a děním okolo. Logika, která má v té chvíli patologický charakter, je nebezpečná zejména pro okolí. Při vzniku podezření ze strany nemocného, které je patologické a mylné, se on sám podle něho může zachovat a v závažných případech někomu ublížit. Převažuje otupělost v emocích. Také můžeme použít termín oploštělost nebo citové vyhasnutí. Poruchy vůle se projevují ztrátou aktivity, která je běžná, a jejich pozornost a činnost směřují k paranoidním halucinacím a bludům. Myšlení se přetváří dle bludného chápání a výkladu reality. Vyskytuje se především v pozdějším věku mezi 40–45 lety.

➤ Hebefrenní schizofrenie

Objevuje se převážně u adolescentů a v rané dospělosti, tzn. ve věku kolem 15–25 let. Je to forma velice závažná, protože doba, ve které zasahuje člověka, je dobou, kdy se rozvíjí osobnost. Daná osobnost proto nemá takové možnosti se přetvořit, jaké by potřebovala, aby v pořádku dospěla. Je tedy zasažen rozvoj její osobnosti. Ve chvíli, kdy se má stabilizovat nová identita, se tedy nevytváří. Můžeme mít pocit prodloužené puberty, výskytu šaškování a klackovitého chování většinou věkově nepřiměřeného, hrubosti, neomalenosti, vulgárnosti a poruchy myšlení a emočních reakcí, nepřiměřeného prožívání a hodnocení situací, kolísání citů, bezdůvodného střídání emocí, deprese a strachu, mimických pohybů, které postrádají význam a opakují se. Partner v komunikaci se nemůže podle nich řídit, nemají reálnou příčinu. Jde o gesta, úsměvy, grimasy. Objevuje se tendence k planému filozofování a nevhodnému vtipkování, patologickému uvažování a směřování k tomu, že nemocný ví všechno nejlépe. Tendence převážně ke zrakovým halucinacím. Osobnost nemocného tím upadá.

➤ Katatonní schizofrenie

Projevy v oblasti motorické aktivity. Mají dvě formy:

1. Produktivní – nadměrná a nepřirozená aktivita, opakování slov, vět, pohybů.
2. Stuporózní forma – zpomalení a útlum veškeré motorické aktivity. Často dlouhodobé setrvání v jedné poloze. Odpor k aktivizaci, nemluvnost, negativismus, opačné reakce, než jsou požadavky, vosková ohebnost, pacient je jako loutka. Dostávají se halucinace sluchové, které

přikazují a zakazují například mluvení a jednání. Není tedy možné zcela předpovídat, co daný jedinec udělá a k čemu ho hlasy vyzvou.

➤ Simplexní schizofrenie

Tento typ vzniká plíživě. Vyznačuje se pasivitou a apatií, nezájmem o činnost, autismem, který se projevuje izolací od společenského života a lidí. Postižený není schopný zvládat běžné věci a je méně výkonný. Jeho myšlení může směřovat k demenci. Postrádá běžné sociální normy, potuluje se a zahálí.

➤ Dětská schizofrenie

Je to varianta, která se projeví do 10. roku života. Charakterizují ji autistické projevy, je narušeno chápání své vlastní identity, hostilita (nepřátelství) proti sobě nebo proti světu. V neposlední řadě výrazně narušuje celý vývoj dítěte (Vágnerová, 1999).

### 1.3.3 Léková léčba

*„Medikace obecně slouží k uklidnění a regulaci psychických projevů. Pod vlivem léků se projevy choroby zmírňují, i když ne vždycky zcela zmizí. Nemocný sice např. slyší hlasy nebo vidí cizí bytosti, ale už mu nevadí“ (Vágnerová, 1999, s. 183).*

Při zjišťování příčin schizofrenie se nejvíce pozornosti věnovalo systému, který nazýváme limbický. Spadají do něj části mozku, které se nazývají hippocampus, amygdala a přední část striata. Tyto části mozku plní významnou funkci při přenosu informací nervovými dráhami až do našeho vědomí. Jako neurotransmitter buňkám slouží dopamin. Farmakolog Philip Seeman v roce 1976 poprvé zaznamenal, že může u takto psychicky nemocných docházet k abnormálně velkému uvolnění dopaminu na synapsích a ke zvýšené citlivosti buněk na dopamin. Většina léků používaných při léčbě tohoto onemocnění působí v nervových drahách blokády, při kterých receptory nereagují na dopamin. Používají se léky označované jako antipsychotika, antischizofrenika a neuroleptika. Léky mají řadu vedlejších účinků. Především zvyšují únavu, působí sucho v ústech, neostré vidění, zácpu, nízký krevní tlak, parkinsonismus, u žen zvyšují prolaktin a jsou příčinou poruch menstruačního cyklu, u mužů se vyskytuje impotence. Dochází ke zvyšování tělesné hmotnosti a snižování sexuální aktivity. Při dlouhodobé léčbě se objevují opakované pohyby v obličeji, vyplazování jazyka a pohyby úst a tváří (Stone, Darlingtonová, 2003).

## 1.4 Psychiatrická nemocnice

Jako jednu z institucí poskytujících psychiatrickou péči můžeme jmenovat PNHB. Tato nemocnice pracuje podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění. Pro zajištění služeb a péče se využívají lůžková oddělení, která jsou členěna podle problematiky, se kterou se pacient léčí. V nemocnici je i centrální příjem, na kterém se akutní případy hospitalizují a stabilizují. O pacienty se stará zdravotnický personál. V rámci léčby pacienti podstupují farmakoterapii, někteří i elektrokonvulzivní léčbu a dále se zajišťuje potřebná péče podle individuálních potřeb. V areálu PN jsou oddělení, na kterých se zajišťuje terapeutická péče ve spolupráci s odborným personálem. Nemocnice poskytuje individuální i skupinovou terapeutickou péči. Vzhledem ke komplikacím, které může pacientům hospitalizace i jejich neuspořádaný život způsobit, se poskytuje možnost spolupráce se sociální pracovníci a další právní pomoc. Pracuje se s pacientem a nemenší ohled a důraz se bere na jeho rodinu, která je aktivně zapojena do celé práce. Sociální pomoc je aplikována i kvůli budoucímu životu nemocného, který po ukončení hospitalizace má mít zajištěné bydlení, dále také pracovní místo a další potřebné věci k životu. Spolupracuje se i s organizacemi, které některým pacientům s opětovným startem do života umí pomoci (např. občanské sdružení Fokus Vysočina a Péče o duševní zdraví – region Pardubice, ústavy sociální péče a domovy důchodců) (Mašek, 2016).

## 2 TERAPIE JAKO SOUČÁST REHABILITACE

### 2.1 Ergoterapie

Oboru ergoterapie byly položeny základy v roce 1917 v USA. V té době vzniklo přesvědčení o důležitosti smysluplného zaměstnávání. Zakladatelé byli utvrzeni v tom, že to je cesta ke zdravému tělu a především mysli. William Rusch Dunton ml. si nese označení „otec ergoterapie“. Terapie pracovní se v této chvíli pojí i s medicínou. Do popředí vystupuje v roce 1973 Phillipe Pinel, který mění pohled společnosti na duševně nemocné. Klade důraz na empatii a zachování důstojnosti a na obnovu zdraví pomocí práce. Jeho pozorování vedlo ke zjištění, že zaměstnání potlačuje symptomy psychického onemocnění a má zklidňující účinky. Na počátku 20. století bylo hlavním záměrem, aby osobám postiženým byla dána možnost zapojit se do každodenního života (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009).

*„Filozofie profese je založena na holistickém pohledu na člověka a vychází z předpokladu, že každý člověk je jedinečná bytost, která je schopna pomocí vhodně zvolené činnosti zlepšit stav svého zdraví, funkčních schopností, zaujmout potřebné nebo chtěné životní role a dosáhnout tak zlepšení kvality života“* (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, s. 14).

Ergoterapie pracuje s psychickým, mentálním, pohybovým, smyslovým a sociálním postižením. Ve své podstatě se snaží brát ohledy na jedince a jeho konkrétní obtíže a v neposlední řadě možnosti. Záměrem ergoterapeutů je v každém člověku najít schopnosti pro opětovné začlenění se do práce. Vidí v práci prostředek ke smysluplnému životu. Ve chvíli, kdy je člověk zaměstnán, je to dobré pro jeho zdraví, ale je to i dobrou součástí systému. Ergoterapie je k dispozici pro všechny věkové skupiny. Klade se důraz na nalezení smyslu v činnosti, která člověka zaměstnává a ve které se může realizovat. V neposlední řadě se pomocí této činnosti rehabilituje (Česká asociace ergoterapeutů, 2020).

Ergoterapeuti jsou toho názoru, že definovat tento obor je velice obtížné vzhledem k jeho širokému poli působení. Jako příklad jedné z verzí jsem vybrala tuto definici: *„Ergoterapie je profese, která se zaměřuje na podporu zdraví a celkové pohody jedince prostřednictvím zaměstnávání. Primárním cílem ergoterapie je umožnit*

*lidem účastnit se každodenních aktivit. Ergoterapeuti dosahují takového cíle tak, že se snaží pomoci lidem provádět činnosti, které zvyšují možnost jejich začlenění (participace), nebo přizpůsobují prostředí podporující participaci osoby“ (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, s. 13).*

Ergoterapie se zabývá určitými oblastmi, ve kterých spatřuje důležitost:

- Má specifické zaměření při provádění činností. Osoba podstupující terapii má být přesvědčena, že terapie je potřebná a smysluplná pro její další život.
- V činnosti, kterou provádí, spatřuje cíl a prostředek terapie, který pozitivně naplňuje čas již tím, že probíhá.
- Do popředí vystupuje zaměření k individualitě. Bere se ohled na jedinečné možnosti a schopnosti každého člověka.
- Klade důraz na zařazení do sociální role, aby pacient mohl v co největší míře se znovu začlenit do vlastní sociální vrstvy.
- Celkově se zajímá o prostředí a zázemí pacienta, která jsou s ním v přímé interakci a z velké části ovlivňují jeho další život (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009).

## **2.2 Typy ergoterapie**

Ve svém katalogu léčebných a pomocných prostředků Kubínková a Křížová rozlišují 4 hlavní oblasti ergoterapie, jež se prolínají a doplňují:

1. Kondiční ergoterapie: Úkolem je odpoutání pacienta od nepříznivých okolností a jeho obtíží pro udržení dobrého duševního stavu, navázání přátelských a společenských kontaktů. Ohled se bere na zájmy a přizpůsobuje se zdravotnímu stavu pacienta. Jedná se o ruční práce, pletení, vyšívání, práce s hlinou, sledování televize, společenské hry, práce na zahradě, četba, sportovní činnost a další.
2. Ergoterapie cílená na postiženou oblast: Důležitá je znalost pohybového aparátu a kineziologie. Práce se zakládá na pohybu, který je cílený a přesný. Cvičí se s nástroji, přístroji nebo s náradím pro sport. Cílem je nárůst svalstva, zvýšení hybnosti a svalová koordinace.



3. Ergoterapie zaměřená na pracovní začlenění: Důležitou součástí je diagnostika, která je nutná pro další funkci pacienta ve společnosti. Jde o pracovní zařazení a přizpůsobení se onemocnění, které pacienta postihlo. Ohled se bere na stav nemoci, zda je trvalý, nebo dočasný. Intenzivní rehabilitace začíná co nejdříve. Postižený člověk pobírající invalidní důchod je zajištěný, ale s možností pracovního začlenění získává především kontakt se společností.
4. Ergoterapie zaměřená na výchovu k soběstačnosti: Nacvičuje se samostatná obsluha v běžných denních činnostech. Oblékání, mytí, kompenzační a substituční mechanismus, mobilita, komunikace a všední činnosti, jako jsou jídlo, hygiena, nákupy a práce v domácnosti (Kubínková, Křížová, 1997).

### **2.3 Pracovní rehabilitace**

*„Potřeba být aktivní je základní lidskou potřebou. Provádění činností nutí člověka neustále se učit, adaptovat a reagovat na okolí, což podporuje i změnu a osobní rozvoj. Prostřednictvím zapojení do aktivity lidé poznávají sami sebe, rozvíjejí své schopnosti a dovednosti, udržují fyzické a duševní zdraví, zlepšují kvalitu života a využívají svůj potenciál“ (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, s. 14).*

Pro osoby se zdravotním postižením je možné aplikovat pracovní rehabilitace, které zajišťují úřady práce a poskytují jim spolupráci zdravotnická zařízení, orgány sociálního zabezpečení a školství, zaměstnavatelé, občanská sdružení, charitativní sdružení, církve, náboženské organizace a obce. Důležitost spatřujeme v podpoře při získávání pracovních pozic a v udržení práce. Začíná se v některých případech od úplných začátků, kdy se budují návyky a pracovní dovednosti. Cílený pracovní trénink lidem s duševním onemocněním v mladém věku nabízí například Green Doors „Café Na půl cesty“ v Praze (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009).

## **PRAKTICKÁ ČÁST**

### **3 CÍL VÝZKUMU**

Cílem bakalářské práce je zhodnotit, jaký vliv má ergoterapie na osoby trpící schizofrenií a zda je možné se pomocí této terapie lépe znovu dostat do pracovního tempa a zařadit se do běžného zaměstnání. Dále bych chtěla blíže poznat problematiku spojenou s farmakoterapií a jejím vlivem na pracovní aktivitu. Dílčími cíli této práce je zodpovědět hypotetické otázky, které jsou uvedeny v kapitole hypotéz.

Úkolem práce je provedení případové studie a následné zjištění potřebných informací k následnému vyhodnocení přínosu terapie pro klienty s psychickou poruchou a prezentace zjištěných informací a závěr.

## **4 HYPOTÉZY**

H1: Předpokládám, že ergoterapie má pozitivní vliv na obnovení pracovních návyků.

H2: Předpokládám, že se osoba se schizofrenií může začlenit do běžného způsobu života, kterým žila před propuknutím onemocnění.

H3: Předpokládám, že se farmakoterapie podílí pozitivním způsobem na léčbě a podporuje psychicky nemocného.

## **5 VÝZKUMNÝ VZOREK**

Sledovaným objektem pro účely výzkumného šetření byla klientka se schizofrenií. Klientka byla seznámena s účelem výzkumného šetření. Na základě jejího souhlasu byla vypracována případová studie. Sběr dat pro tuto studii probíhal v prostředí psychiatrické nemocnice, v domácím prostředí i v prostředí jejího zaměstnání. Studie je zaměřena na průběh hospitalizace v psychiatrické nemocnici, nastavení terapeutické péče a farmakoterapie. Dále se studie zabývá přechodem do domácího prostředí a znovuzařazením do pracovního procesu. Výběr klientky pro tento výzkum proběhl postupně, pokládám ji za mimořádný případ. Jde o dlouhodobý výzkum, který na počátku nebyl strukturovaný.

## 6 VÝZKUMNÁ METODA

Ve své práci jsem použila metodu kvalitativního výzkumu. Věnuji se podrobné analýze dat získaných od jedné klientky. Jde o dlouhodobé terénní pozorování, které je nestrukturované, přímé sledování reálných jevů a získání dat, která nelze získat jinou a přirozenější technikou. Výzkumná metoda je dlouhodobá s minimálním ovlivněním z pozice pozorovatele. Pozorování nebylo plánované a nemělo připravenou strukturu.

Na metodu pozorování navazuje další metoda kvalitativního výzkumu, a to osobní případová studie. Zaměřuje se na pozorovanou klientku, snaží se o co nejpřesnější zachycení jevů z jejího pohledu, vedoucí k jejímu co nejlepšímu subjektivnímu pochopení událostí. Jako metodu sběru dat jsem zvolila metodu dotazování. Otázky byly zvoleny na základě předchozího studia problematiky. Jde o jednopřípadovou studii, která vychází z otázek a odpovědí, jež se tvořily v průběhu studie.

Hlavní metodou sběru dat pro praktickou část bakalářské práce bylo provedení rozhovoru s klientkou a její pozorování při terapii i mimo ni. Metoda rozhovoru byla zvolena tak, aby dokázala odhalit do jisté míry důvěrné informace dle možností a rozpoložení klientky. Rozhovor byl polostrukturovaný a provedený ve vhodných podmínkách domácího prostředí. Pro záznam rozhovoru byla použita výpočetní technika, zápis textu v textovém editoru. V průběhu dotazování nedošlo k vypjaté emocionální situaci, na klientce jsem ale pozorovala smutek. V mém výzkumu jsem použila kategorizaci otázek podle základních událostí a otázky jsem v průběhu rozhovoru rozšiřovala.

## 7 PŘÍPADOVÁ STUDIE

V případové studii je objektem mého zkoumání žena, která prodělala 2 hospitalizace v psychiatrické nemocnici s diagnózou schizofrenie. Byla zařazena do několika terapeutických skupin. První hospitalizace proběhla v roce 2013 a druhá v roce 2014. V současné době je pacientka v dobrém stavu. Neužívá žádné léky a je zařazena do běžného pracovního života. Tato studie zkoumá její postoje, názory, zkušenosti, které by mohly být prospěšné pro další studie i pro osoby, které prožívají podobné situace. Pro další práci ve studii budu používat pro označení této ženy termín klientka. Klientka pochází z dobrých sociálních poměrů a má zajištěné rodinné zázemí.

### 7.1 Kategorizace podle základních událostí

#### 7.1.1 První návštěva psychiatra a možné příčiny propuknutí nemoci

Na počátku celého příběhu se zaměříme na to, jak se klientka s problematikou začala seznamovat. Svěřila se se svými problémy lékařce v oboru psychiatrie. Domluvila si s ní termín schůzky a chtěla své nevšední pocity a starosti probrat s odborníkem. Vlastně se dá říci, že hledala vysvětlení zvláštních věcí, které se jí děly. Při otázce, co ji vedlo k tomu, aby kontaktovala lékařku, odpověděla takto: *„V mém životě se začaly odehrávat velice nestandardní věci. Začala jsem vnímat osoby, které nikdo jiný neviděl. Měla jsem dost zvláštní pocity, někdy i strach, převážně v noci. Také se mi v jisté chvíli začaly zřetelně ozývat hlasy, jak se tomu říká. Někdy srozumitelné věci a někdy i takové, které mi jasné nebyly. Někdy jsem z nich měla zvláštní pocit. Projevovala jsem zájem si poslechnout, co mi chtějí. Komunikovali se mnou, ale občas mi přišlo, že jim lezu na nervy. Bylo jich spousta. Později jsem některé i poznávala po hlase. Zdály se mi již slyšené a známé. Když se na to dívám zpětně, tak jsem byla v dost komplikované životní situaci. Kdyby se tehdy někomu styl mého života nelíbil, nepřišlo by mi to v současnosti vůbec zvláštní. Nevěděla jsem kudy kam a nenapadalo mě moje jednání a chování ani zásadně měnit. Zařadila jsem se do skupiny potíživců a neviděla jsem z ní cestu ven. Myslela jsem si, že lidé, mezi kterými žiji, už ke mně patří a jít do lepší společnosti mě z nějakého zvláštního důvodu nenapadalo. Trpěla jsem velkou*

*samotou. Nerozuměla jsem si ani se špatným a ani s dobrým. Byla jsem mezi tím a trápila jsem se. Nebyl nikdo, kdo by mě dokázal vyslechnout, usměrnit, poradit. Sama jsem se cítila velice komplikovaná a nepochopená. Dávali ode mě ruce pryč i dobří lidé i špatní. Při pohledu nazpět je to tak zvláštní. Vlastně jsem velice citově strádala a měla jsem pocit, že mě nikdo nechápe. Měla jsem období revolty. Takové podvědomé vzdorování životu, ve kterém jsem žila. Neměla jsem nikoho, kdo by byl se mnou v mém přemýšlení a životě jako partner a přítel. Trpěla jsem na to už od mládí. Lidé přicházeli a odcházeli. Někdy mě nechtěli oni, někdy jsem utíkala já.“*

Všechny tyto informace na mě působily zvláštním dojmem. Z klientky jsem cítila, že strach z neznámého v ní nebyl trvalý. Je možné, že odstup od všech útrap dřívějších situací z ní udělal tak vyrovnanou ženu, že je schopná o tom tak bez problémů mluvit. Vlastně mám pocit, že je velmi spokojená. Zároveň z ní v současnosti cítím velký pocit štěstí. Zřejmě je to tím, že situace v jejím životě má úplně jiný charakter než na počátku všech potíží, které ji potkaly.

Špatný způsob života lidí s sebou nese ve většině případů i reakce okolí a na to, jaké byly u mé klientky, se zaměřila má další otázka: „*Moje rodina mě měla velice ráda. Občas, když jsem něco provedla, se zlobili. Někteří členové rodiny se ke mně otočili zády, a to jsem ještě ani tak velké potíže neměla. Můj bratr se mnou můj život nikdy neřešil, vlastně se na mě zlobil, jak se zdálo, a nikdy nic neřekl, jen mě vyřadil. Vlastně ani nevím, jestli se zlobil. Rodiče i prarodiče měli velkou trpělivost. Nechávali mi velkou svobodu ve všem. Dělal jsem to, co mě zrovna napadlo a bavilo. Neměla jsem vštípené základní věci potřebné pro život. Chyběla mi disciplína, málo jsem se učila, vyhledávala jsem nevhodné přátele a nevhodné muže. Byla jsem často nespokojená. Pořád jsem hledala muže pro život a lásku místo toho, abych se připravovala do školy a na budoucí fungování ve společnosti. Se vším jsem začala nějak tak brzo.“*

Dále jsem se věnovala přímo komunikaci s lékařkou, a jak probíhala návštěva u ní. Na otázku, zda jí lékařka pomohla, mi odpověděla takto: „*Přišla jsem k doktorce s informacemi na dlani, byla jsem upřímná, jak si myslím. Popsala jsem jí potíže, které jsem měla. V té době jsem užívala občasné i nějaké drogy. Říkali mi později, že mi to vyvolalo mou nemoc. Ptala se mě, co mi hlasy říkají, a jak se mnou komunikují. Na to jsem jí odpověděla, že jsem s nimi celkem v klidu, že když je nechci poslouchat,*

*poslouchám hudbu. Předepsala mi léky a poslala mě domů. Naplánovala mi další vyšetření. Na ty jsem se nedostavila. Napsala mi špatnou žádanku, na ní špatné údaje a předepsala mi léky. Neviděla jsem v lécích asi tu pravou pomoc. Celkově se mi spolupráce přestala líbit. Ty léky jsem brát nechtěla. To jsem ale ještě nevěděla, že je to nutnost podle všech doktorů. Netrvalo to dlouho a přijela pro mě záchranka až domů. Uspali mě a převezli mě do psychiatrické nemocnice. Nikdo se mnou předtím o ničem moc nedebatoval. Nevěděla jsem vůbec, co se děje. Vše si jasně pamatuji.“*

Při studiu materiálů o psychických poruchách a v rozhovoru jsem se setkala s informací, že onemocnění může způsobovat požívání drog. Sama uvedla, že drogy užívala. Zeptala jsem se, jak se k nim dostala: *„První zkušenost s drogou jsem měla až v 18 letech, to jsem začala s tehdejším přítelem kouřit cigarety. Studovala jsem střední školu. Do té doby mě to nezajímalo. Pak jsem měla přítele, který mě naučil kouřit marihuanu, to bylo o několik let později. Vlastně jsem s ním ráda trávila čas, to mě v užívání podporovalo dlouhá léta. Seznámil mě i s dalšími lidmi, kteří to dělali také. Ve chvíli, kdy na mě neměl čas nebo jsem se nudila, tak jsem se vídala i s nimi. Drogy jsem užívala pravidelně, ale ne v moc velkém množství. Okolo mě byla situace většinou horší. Pozorovala jsem lidi, jak se ničí a jak upadají, jak už upadli. A říkala jsem si, že spoustu jejich jednání nechápu. A pak jsem si spoustu sama zkusila. I se sexuálním životem jsem začala ve 14 letech a štěstí u mužů jsem neměla. Seznamovala jsem se přes internet. Dalo by se říct, že tento problém odstartoval lavinu mých špatných zážitků a získaných zkušeností.“*

U lidí, kteří užívají drogy, je celkem běžné, že se obtížně adaptují ve společnosti. Dá se předpokládat, že spousta potíží, které v životě klientky nastaly, byla způsobena drogami. Před užíváním drog se v jejím životě daly pozorovat ale i další varovné signály. Klientka nebyla úspěšná při studiu ve škole, navštěvovala již od 14 let nevhodná místa a setkávala se s nevhodnými lidmi. Předčasné zahájení sexuálního života by se dalo také pokládat za počátek špatné životosprávy. Klientka pochází ze slušné rodiny.

Klientka uvedla informaci, že se seznamovala přes internet s novými lidmi, jednalo se převážně o muže. Zajímalo mě, jak se s nimi seznamovala a jak probíhala jejich komunikace: *„Byla jsem ještě na základní škole, když jsem začala s kamarádkou navštěvovat internetovou kavárnu, bylo nám asi 13. Zdálo se mi zajímavé poznávat se*



*s lidmi. Měla jsem touhu najít si také nějakého chlapce. No nevím, zda to nebylo předčasné, ale hledala jsem. Nechodila jsem o polední přestávce na obědy jako ostatní, měla jsem volnou hodinu od školy a často jsem ji chodila trávit na internet do místního střediska. Jedla jsem až doma po návratu ze školy, nebyla jsem zvyklá jíst mimo domov. Netrvalo to dlouho a seznámila jsem se s chlapcem, který byl asi o 10 let starší než já. Projevila jsem zájem se s ním vidět, byl u nás a já u něj. Mám pocit, že mě přemluvil, vlastně už ani nevím. Když se to stalo, už jsem ho nechtěla vidat a byla jsem našťvaná. Bylo to u nich. Vlastně si myslím, že jsem tam vůbec neměla co dělat. Když jsem k tomuto tématu mluvila s mojí matkou, tak mi řekla, že jí nikdo žádné sexuální informace v životě nepodával, a že to taky teda nedělala. Stejně ten věk na courání po republice a přes noc u chlapů nebyl, si myslím. Neměla jsem vůbec rozum. Ještě dalším mužům potom jsem řekla, že jsou první. Toužila jsem asi, aby byli první a aby to bylo v pořádku. Ale nebylo tomu tak. Mám více intimních starostí z dospívání, ale nechce se mi s nimi svěřovat.“*

V dnešní době představuje internet pro děti a dospívající velký problém. Tato doba, kterou klientka popisuje, spadá do období počátku využívání internetu. Je zřejmé, že jí to umožnilo kontakt s lidmi, se kterými by se jinak třeba ani nesešla. Pokud by tuto příležitost neměla, zřejmě by nedošlo k přestoupení zákona. Je možné, že i tato záležitost stála za dalším špatným fungováním klientky. Já osobně při přemýšlení o těchto záležitostech jsem přesvědčena, že zahájení sexuálního života ve 14 letech je předčasné a nevhodné. Věřím, že to může mít na dívku špatný dopad.

V rozhovoru jsem se vrátila na začátek a zajímala jsem se o studium. Napadlo mě, jaké vzdělání klientka měla. Zmiňovala se, že studovala střední školu. Chtěla jsem vědět, zda ji dokončila: „*Studovala jsem střední školu vcelku bez problémů. Málo jsem se učila, spíše skoro vůbec. Nebyla jsem zvyklá se učit. Už před začátkem střední školy jsem začala mít potíže s muži, táhlo se to i střední školou, dost mě to odvádělo od povinností. Ve chvíli, kdy jsem si našla toho přítele, který mě naučil kouřit marihuanu, bylo zle. Navštěvoval mě i v noci a často jsem byla nevyspalá. Po užívání marihuany v nepořádku, především unavená. Střední školu jsem dokončila. Velice úspěšně jsem absolvovala i přijímací řízení na VŠ. Kam jsem se přihlásila, tam mě vzali a s velice dobrým přijímacím výsledkem. Nastoupila jsem na velmi známou VŠ. Nedali mi kolej, tak jsem s matkou sehnala byt. I tam mě můj přítel navštěvoval, nakonec jsem začala ve*

*škole stávkovat, až jsem přestala chodit. Byla jsem z ní vyloučena. V mém oboru jsem se nemohla pracovně uplatnit. Kouřila jsem marihuanu a cigarety. Moje práce se zakládala na práci s lidmi a dětmi především. Neměla jsem z toho dobrý pocit, utíkala jsem od ní. Nic jiného jsem neuměla. Pro nic jiného jsem neměla vzdělání. Nedokázala jsem se pracovně uplatnit na žádné přijatelné úrovni. Měla jsem šílenou životosprávu. Dlouhá léta jsem se pohybovala mimo dlouhodobé zaměstnání. Nedokázala jsem se chytit. V sobě jsem byla stále nespokojená a nešťastná ze špatných vztahů. Nedokázala jsem se od toho odpoutat, na přítele se vykašlat a začít rozumně žít.“*

K životu přirozeně patří umět se o sebe postarat, zajistit se. Když klientka odešla ze školy, bylo jí asi 20. Běžné je si najít práci a začlenit se do společnosti. Zmínila se, že nedokázala najít si práci a začlenit se do společnosti. Je pochopitelné, že pracovat s dětmi pod vlivem návykové látky by bylo značně nevhodné. Spoustu let se pohybovala na hranici nicnedělání. Její okolo od ní očekávalo a mělo tendenci požadovat, aby se začlenila do práce s dětmi, ale ona prý věděla, že se na to v této chvíli nehodí. Spousta lidí ji odsoudila.

V životě je důležité mít okolo sebe lidi, kteří vás podpoří. Žijí s vámi a můžete s nimi řešit důležité životní peripetie. Přijímáte od nich lásku a informace. Zajímalo mě, s kým se znala, jací byli její přátelé: „*Neměla jsem moc přátel, spíš žádné. Ti dřívější mě zcela opustili a ti noví nebyli většinou tak v pořádku, aby mi déle vydrželi. Jen ten přítel, který mě naučil kouřit marihuanu, ten mi vlastně zůstal až doposud, jen se s ním prakticky nevidám, pokračuje v tom. Prošel se mnou vším zlým. Vlastně jsem vždycky doufala, že budeme spolu, a on si mezi tím, co jsme se znali, pořád utíkal za jinými a vracel se ke mně. Už to bude asi 15 let, co se známe. Potom si dokonce pořídil dítě s jinou, ale stejně jsme se nedokázali rozejít. Byl to jediný přítel, kterého jsem pěstovala, vždy jsem mu dala před všemi skoro přednost. Vedl mě celkem problematickým životem, který jsem v takovém fungování neměla vůbec v pořádku. Zničila jsem se před jeho očima. Ale je pravda, že mě neopustil. Nikdy mě neopustil trvale. Já jsem to nedokázala udělat, moc jsem ho milovala. Také má rodinu na velice dobré úrovni, znám ji celou. Jen jistě nevím, jestli to nebyl ten hlavní problém, kvůli kterému jsem došla velkého úpadku společenského. Poznala jsem se i s lidmi jiných národností, bohatými a chudými, chytrými i hloupými. Vedle každého byl život jiný.*

*S každým jsem pochopila něco nového. S každým mi přišla jistá dávka trápení a lásky. Velká porce životních zkušeností.“*

V materiálech, které se zabývají psychickým onemocněním, se můžeme dočíst, že postižení nejsou schopni se začlenit do běžného života, odpoutat se od závislosti na rodině, že mohou být na lidi, kteří se o ně starají, dokonce zlí. Mohou se k nim chovat špatně. V této práci se zmíněné problematice věnuje podkapitola Schizofrenie ve členění podle Pfeifera. Jde o obtížné převzetí odpovědnosti za svůj vlastní život, o překonání vývojového skoku. Člověk ztrácí schopnost se osamostatnit. U klientky můžeme pozorovat neschopnost se o sebe bez problémů postarat, tedy sociální i funkční úpadek. Myslím, že je zcela možné, že její vnitřní nespokojenost byla oprávněná, jelikož její život nešel tím směrem, který si představovala. V jakém okamžiku jejího života nastala ona chyba, ze své pozice s určitostí nedokážu říct. Je velice pravděpodobné, že už od jejího dospívání to byla jedna chyba za druhou, se kterými se její osobnost nedokázala vyrovnat. Neuměla nabrat ten správný životní směr, načerpat důležité informace a najít optimální prostředí. Je možné, že špatné chování k osobám o ni pečujícím je podmíněno její vnitřní nespokojeností s neuspokojivým nasměrováním vlastního života. Nabývá dojmu, že okolí její situaci nechápe. Všichni vnímají, že žije na jejich úkor a je neschopná. Nevím, zda právě tomuto člověku dala rodina správnou výchovu a základy pro budoucí fungování ve společnosti. Její život už od puberty zřejmě neodpovídal představám, které si vytvořila. V současnosti má velice ráda disciplínu a pečlivost, kterou jí nikdo v té době nevštěpoval.

### **7.1.2 Hospitalizace 1**

Převoz do PN nebyl vůbec jednoduchý. Klientka vlastně vůbec nevěděla, co se děje, proč ji odvázejí. Přijela zdravotnická záchranná služba. Před převozem ji uspali. Byla přivolána i policie, protože klientka si je přála zavolat. Nevěděla, co po ní ti lékaři chtějí. Povalili ji na zem a uspali ji. Potom ji převezli do PN. Důvody a další podrobnosti jsem zaznamenala takto: *„V jisté chvíli jsem propadla do velkého smutku a vyhledávala jsem samotu. Matka se mě pořád ptala, co se mnou je. Vlastně jsem nevěděla, co říkat, měla jsem spoustu bariér v komunikaci a neměla jsem s ní takový vztah, ve kterém bych se svěřovala. Celkově jsme v životě spolu pořádně intimně nemluvily. Nikdy jsme jako ženské nic nerozebíraly. Mám pocit, že celý můj život byl tak*

*zamotaný, že to ani nešlo vlastně promluvit si o tom, kde je mé trápení. V čem vlastně spočívá můj problém. Nevěděla, co si se mnou počít, chovala jsem se nestandardně, tak mi zavolala záchranku. Já jsem se celý život tak nějak do té doby protloukala více méně sama a hloupě, nějak jsem ničemu v pořádku nepřišla na kloub. Často o mně moje rodina hovořila, ale myslím, že za mými zády. Nikdo se mnou neuměl otevřeně hovořit. U nás se otevřeně o ničem moc nemluví, když to dělám, každý utíká. Mám s tím potíže dodnes. Neměla jsem ani žádné kamarádky, se kterými bych ženské věci mohla řešit, komu se svěřit, byla jsem komplikovaná. Neviděla jsem k tomu ani důvod někomu něco říkat, já jsem k tomu nějak tehdy neměla sklony. Naučila jsem se to až později.“*

Klientka se již nacházela v psychiatrické nemocnici. Po převozu vůbec nechápala, proč ji odvezli. Před převozem projevovala vzdor, zřejmě z nepochopení situace. Ptala jsem se, co se dělo ve chvíli, kdy se probudila ze spánku: „Vezli mě na nějakém kolečkovém křesle polonahou. Nevím, jestli si to pamatuji přesně, někam do sprchy. Než mě přivezli, koupala jsem se celá. Stejně mě svlékli donaha, přetáhli mě na nějakou sedačku ve velké sprše a celou mě myli. Bylo tam víc lidí. Velice nepříjemná záležitost. Celkem razantním způsobem po mně chtěli ať se namydlim a usuším. Nemohla jsem se skoro hýbat, měla jsem v sobě asi nějaké léky. Nemohla jsem chodit. Všechno jsem vnímala, všechno jsem si uvědomovala. Neměla jsem žádné okno, ani jsem nebyla mimo, jen utlumená na pohybu. Nezacházeli se mnou všichni zrovna v rukavičkách. Těžko říct, jestli byli špatní nebo jestli to byl pouze můj subjektivní pocit. Po koupání mě posadili zase na křeslo a odvezli mě do pokoje s kamerou, na postel, která měla na sobě síť. Nezavírali mě. Dlouho jsem spala.“

Po probuzení a při první komunikaci s lékařem zjistila, že je na pozorování v nemocnici. Byla jí naordinována poměrně velká dávka léků. Léky jí podávali injekčně i v tabletách. Podstoupila několik odborných vyšetření. Soud rozhodoval o jejím umístění v nemocnici. Nepamatuje si, že by někoho jen tak pustili domů. Hospitalizace většinou trvala u každého dlouhý čas a byla nedobrovolná. Po nějaké době, když dostala své vlastní oblečení a nemusela chodit v nemocničním, jí začali ordinovat terapie. Na terapiích se o ně staraly specializované sestry. Ptala jsem se, jak se do terapie zařadila: „Když mi bylo dovoleno nosit vlastní oblečení a zvykla jsem si na fakt, že jsem zavřená, tak jsem se konečně dostala k nějaké činnosti. Byla jsem celkem aktivní člověk. Na zahrádce a na kreslení i před hospitalizací. Tak jsem z ručních prací měla velkou

*radost. Na výběr jsem dostala několik terapií. Mohla jsem plést košíky, malovat, drhat koberce. Vybrala jsem si vyšívání. Děkala jsem si i vlastní předlohy. Velice mě to bavilo, měla jsem alespoň malinký ostrůvek ve světě nicnedělání a trápení. Ovlivňovalo mě patrně také užívání léků. Působily mi neklid, napjatost, celkovou nepohodu a nespokojenost tělesnou. Také jsem začala dost přibírat na váze. Na terapii jsem chodila pravidelně a byla jsem úspěšná v plnění této povinnosti.“*

Po nějaké době klientku přeřadili na doléčovací oddělení, kde se dále upravovaly léky. Měla po nich ale nepříjemné pocity. Trápily ji křeče, stažené svaly, nespavost, pálení žáhy a nedokázala se uklidnit. Nesměla ven, byla pořád zavřená. Na terapii ji vodil do jiné budovy odborný personál. Dostávala i léky, které potlačovaly vedlejší příznaky léků, které užívala. Po 3 měsících izolace ji pustili do domácí péče. Jaký měla pocit při přechodu do domácí péče: *„Byla jsem šťastná, že můžu odtamtud pryč. Nemohla jsem se dočkat a brala jsem to tak, že to nejhorší je za mnou.“*

### **7.1.3 Propuštění do domácí péče 1**

Po propuštění byla klientka spokojená, že je konečně v domácí péči a že nemusí být zavřená. Po prvních dnech věděla, že to nebude lehké ani doma. Jak se tedy znovu začlenila do běžného života po návratu? *„Dost jsem v nemocnici přibrala a moje fyzická aktivita byla na bodě mrazu. Zřejmě i léky, které mi podávali a které jsem musela užívat, mě fyzicky utlumily natolik, že jsem nevydržela stát ani 10 minut na nohách. Musela jsem si pořád lehat. Nemohla jsem chodit. Jakákoli delší chůze mě moc unavovala a podlamovaly se mi nohy. Prostě bych snad upadla, kdybych si nesesdla nebo nelehla. Čas se vlekl, přišlo velké trápení. Nemohla jsem spát. Dostala jsem i léky na spaní, ale byly návykové, tak jsem je pak už nebrala, i když se po nich dobře spalo. Spousta lidí na nich je závislých. To jsem nechtěla. Nevydržela jsem v klidu sedět pár minutek na jednom místě. I návštěva doktora byla pro mě za trest. Musela jsem docházet na injekce. Byla jsem ničemnější a neschopnější než před hospitalizací. Neschopná práce a jakékoli časově delší činnosti. Postavila jsem se tomu stavu. Přestala jsem té léčbě, která mě zabíjela do nehybnosti, věřit. Řekla jsem doktorce, že se nemohu hýbat a že jsem úplně neschopná. Vzala mi léky podávané injekčně, byly hodně silné a složité, a dala mi šetrnější modernější léčbu. Jiný druh léků, který mi měl ulevit. Chvilí jsem je brala. Měla jsem jednoho známého, který mi řekl, že mě ty léky úplně*

změnily. Byl to ten můj přítel, který se mnou všim procházel. Že to nejsem já, přivedl mě na myšlenku se jich zbavit úplně. Chtěla jsem zkusit, jaké to bude bez nich, jestli se mi fyzicky uleví. Během mého pobytu doma mi také přišel z úřadu dopis, že mám odevzdat řidičské oprávnění ze zdravotních důvodů. Doklady jsem odevzdala. Na vesnici je to problém, těžko se kamkoli dostanete, odřízlo mě to od světa. Můj stav byl stejně komplikovaný. Netrvalo to dlouho a jela jsem znovu do nemocnice. Matka měla pocit, že jsem nešťastná a neschopná. A byla to pravda. No bylo to tím, že jsem viděla, jaký je můj stav, a nemohla jsem vůbec fungovat. Nedala mi vůbec čas, abych se vzpamatovala, na všechno hrozně spěchala. Po měsíci myslela, že budu, jako bych nic neprodělala. Také jsem se velice bála, že mi znovu zavolá záchranku a ona to vlastně i udělala. Po dvou měsících od návratu z PN ji zase zavolala. Před tím, než mě odvezli, mi u stolu říkala, jak mi tam udělají dobře a že mi pomohou a velice roztomile se mi u toho dívala do očí a klidně to opakovala. Ale vlastně nevěděla, o co jde. Jí a rodině se ulevilo, že jsem nebyla doma. Ale pro mě to byla další ztráta svobody, která mi vzala další měsíce života a čekalo mě další trápení. Také jsem nevěděla, jestli do mě nezačnou tlačit další hromady injekcí a léků. V tu chvíli jsem ji nenáviděla. Místo aby mě naložili do auta a odvezli, znovu pro mě přijela záchranná služba a znovu mě uspali na cestu do PN. Nechápu, proč mě vozila záchranka. Před tím, než mě odvezli, mi hlasy říkaly, že pro mě zase jedou, že mi zase zavolala máma záchranku, říkaly to zcela v klidu. A představte si, byla to pravda, vylezla jsem z koupelny a opravdu přijeli. V té době jsem léky nebrala.“

#### **7.1.4 Hospitalizace 2**

Čeho se klientka nejvíce obávala, se stalo skutečností. Přestože jí její matka slíbila, že jí už opětovně do nemocnice nepošle, udělala to. Důvodem byl pocit, že klientka doma málo komunikuje a je málo aktivní. Problém v komunikaci se všemi měla dlouhodobý. Její matka předpokládala, že ji v nemocnici zřejmě od základů změní, ale to se nestalo. Proto projevila opětovně nespokojenost a klientce zavolala znovu záchrannou službu. Ptala jsem se klientky opět na její pocity a co se dělo: „Vlastně jsem byla strašně nešťastná, že moje matka nedodržela slib. Věděla jsem, že nejsem podle jejích představ, ale jak už jsem říkala, málokdo mi rozuměl. Proto jsem s nimi neuměla mluvit. Navíc jsem nebyla schopná nic dělat, byla jsem moc utlumená a oni asi čekali,

*že mě někdo mávnutím proutku uzdraví. Přijetí do PN provázely velké emoce. Moc jsem se trápila. Po přijetí mi nenaordinovali tak složitou léčbu jako poprvé. Nechali mi jenom léky, které mi předepsala doktorka venku. Házela jsem je do záchodu, neužívala jsem je. Postupně se mi vrátila fyzická síla, zřejmě jak ze mě ty léky vyprchaly. Mají dlouhodobý účinek. V nemocnici jsem hlasy skoro neslyšela. Jen po přijetí mě podporovaly. Hovořily ke mně a necítla jsem se tak sama. Uklidňovaly mě. No byla jsem zavřená 4 měsíce a velice dobře jsem prospívala. Byla jsem po nějaké době zase ve své kůži. I když jsem byla zavřená, byla jsem to já. Pohodová a vlastně po všech těch zážitcích šťastnější, protože jsem věděla, že může být i hůře. Zvládala jsem všechny věci, které jsem si tam naplánovala. Jezdila jsem na koni při hipoterapii, pletla jsem košíky a koberce. Měla jsem terapie ráno i odpoledne, starala jsem se tam o kuchyňku. Terapie mi moc pomáhaly, protože jsem tam neležela na posteli zavřená a ničemná. Měla jsem zaměstnání a mohla jsem se realizovat. Byla jsem velice důsledná a pečlivá na plnění povinností. Vrátila se mi síla z doby před mojí první hospitalizací. Taky jsem byla oddělená od lidí, kteří mi komplikovali venku život. Pravidelně jsem spala a žila. Změnil se mi trochu pohled na svět. Matce jsem odpustila. Velice mě uklidnilo, že se mi vrátila menstruace. Po těch léčích jsem ji dlouhý čas neměla a bála jsem se, že už nebudu moct mít děti. Také mi moc stoupl prolaktin po léčích, měla jsem mléko jako těhotná. Když jsem léky potají už při druhé hospitalizaci nebrala, jednoduše se mi tělo vzpamatovalo. Zažila jsem další pocit štěstí. Vlastně jsem neumřela zaživa, tak jsem si po první hospitalizaci připadala. Tělo mi fungovalo a s tím, co jsem zažila, jsem věděla, že se musím nějak vzpamatovat. Po vysazení léků jsem začala opět prožívat pocity štěstí, také city byly jasnější a začala jsem mít chuť na sexuální styk, předtím by mě to ani nenapadlo. Jak jsem vůbec o nic sexuálního neprojevovala zájem, když jsem byla propuštěná mezi hospitalizacemi, bála jsem se, abych nebyla frigidní. Přišlo mi, že bych ty děti ještě udělat potřebovala. Čuchla jsem si k životu, věděla jsem, že ze mě není ležák.“*

Po absolvování potřebných terapií a strávení určitého času pod dohledem lékařů ji bylo možné propustit domů. Před propuštěním do domácí péče byl pro klientku sjednán psychiatr, který ji měl mít v péči po propuštění.

### 7.1.5 Propuštění do domácí péče 2

Po druhém návratu domů se klientka cítila lépe. Během několika dnů se nahlásila u nového lékaře. Návštěvy jí ordinoval i po měsících, nebyla tedy pod takovým tlakem. Celkově se jí ulevilo. Ptala jsem se, co se dělo pak: „*Po návratu z léčebny jsem obnovila vztahy s muži. Netrvalo to dlouho a přišla mi do života kontrola u gynekologa a ten mi sdělil, že bych mohla být těhotná. Sdělila jsem tuto informaci psychiatrovi a ten mi snížil léky na úplně zanedbatelnou míru. Neřekla jsem mu, že žádné neberu. Bála jsem se, že mu neříkám pravdu, ale v té chvíli mě už ani s tím podezřením na těhotenství stejně žádné léky nezajímaly. Řešila jsem velice zodpovědně celé těhotenství s případným otcem. Nález se nepotvrdil a z ultrazvuku ztratil. Těhotná jsem nebyla. Léky mi už zpátky výš nezvedal. Moje komunikace s hlasy se v té době pozvolna změnila ve výchovné poradenství. Dostávala jsem od nich podporu. Ve chvílích, kdy můj život nebyl v pořádku, byla komunikace s hlasy problém, byla dost složitá a zmatená. Ve chvíli, kdy jsem začínala fungovat, stal se pravý opak. Zažila jsem spoustu zvláštních a krásných věcí. Byly velice spokojeny, když jsem vyšlapovala v pořádku a moc jsem nelenila, když jsem dobře přemýšlela. Musela jsem se učit pozitivně přemýšlet a celkem to zvládám. Taky mě nenechaly si stěžovat a fňukat. Neexistovaly žádné výmluvy, že něco nejde. Nepovolovaly mi, musela jsem přestat kouřit, přestat užívat marihuanu, začít pořádně dělat. Prostě to bylo potřeba a můj úkol byl vydržet a překonat ty špatné věci. A já jsem se hodně bála zklamat, tak jsem všechno vydržela napoprvé. Měly mě za to moc rády. Chápaly moje trápení. Měla jsem je ráda i já, i když mi dávaly do těla. Občas byly přísné. Přestala jsem hledat muže, měla jsem moc práce sama se sebou. Viděla jsem zázraky. Viděla jsem jiný svět. Měla jsem vyšší cíle. Chtěla jsem být lepší člověk. Začala jsem věřit, že založím spořádanou rodinu a o všechno se postarám. Bylo mi zrovna 30 let.“*

Klientka byla na velice dobré úrovni fyzické a zažívala pocity štěstí. Dokázala si představit, že překonala velké trápení. Její závislost na drogách byla pryč, nebylo místo pro takové chování. Nebylo to ani zdravé a o zdraví jí v té době velice šlo. Dokázala si úspěšně vše pomocí velice zvláštních okolností odříct. Do života jí v té době vstoupila víra. Sama se pro ni rozhodla. Prožívala zvláštní věci a udělala spoustu dobrých rozhodnutí. Jak pokračoval její život se studiem Bible: „*Víře jsem se začala věnovat z důvodu toho, že jsem si představovala, že mezi věřícími jsou lidé, kteří mají důležité*



*hodnoty. Neměla jsem okolo sebe žádné spořádané lidi, ani přítele a nevím, co mě k tomu vedlo, šla jsem mezi ně. Začala jsem studovat Bibli. Došla jsem za místním farářem a požádala jsem ho o spolupráci. Pomohl mi pochopit to, co jsem vůbec neznala. Dlouhý čas jsme se věnovali učení. Žila jsem 30 let ve světě a slavila Vánoce a Velikonoce a nevěděla jsem, co nám ve své hlavní podstatě přinášejí. Byla jsem jako slepá. Dostala jsem jiný pohled na svět, jiné lidi kolem sebe. Pochopila jsem krásu světa a zamilovala jsem si studium duchovních věcí. Rok a půl jsem se pečlivě připravovala na křest a sama v sobě si řešila svůj život, také před Bohem se ho snažím obracet a hodnotit. Řeším ho vlastně pořád. Propojuji minulost a současnost, snažím se budovat hodnoty tak, aby ze mě měl Pán radost. Cítím, že mě ve své víře právě on pochopil a dal mi potřebné informace a lidi pro spořádaný život. Někteří lidé prohlásili, že jsem zázrak. Všichni musíme budovat důležité hodnoty. Někdy se to daří a někdy méně, ale důležité je nepolevit, život stále milovat. Pochopila jsem spoustu věcí.“*

Klientka při sdělování těchto informací projevila velký pocit štěstí. Vždy má takové pocity, když na všechno vzpomene. Je velice spokojená s řádem, který jí vstoupil do života. S láskou, se kterou se setkala a důležitým pochopením. Když se vrátíme zpět do teoretické části práce do podkapitoly Původ psychické poruchy, můžeme se dočíst o jistém rozdvojení těla a ducha. Jde o nejednotnost. Je možné, že duch nežije v harmonii s pozemským životem, v jaké by žít měl a chtěl, tedy se od těla odpoutává. Tělo je zatíženo špatnými věcmi a jeho existence se poníží do stále větších potíží. Myslím, že i naše nespokojenost, kterou každý známe, když se nám něco nepodaří, může mít původ v naší duši. Třeba nespokojenost, kterou klientka cítila od mládí, se narodila v její hlavě, třeba se její duch trápil s jejím špatným životním fungováním.

#### **7.1.6 Nástup do zaměstnání**

Klientka mluvila o dobrých rozhodnutích, která udělala, a zajímalo mě, jaká byla: „*Po několika měsících jsem nastoupila do práce. Práce byla fyzicky náročná, ale v hezkém prostředí mezi lidmi. Vydržela jsem v ní rok. Byla jsem velice vytížená. Zhubla jsem přes 20 kg, byla jsem pořád na nohou, vracela se mi moje sebedůvěra a cítila jsem se potřebná a samostatná. I když jsem se z práce vracela se strašnými bolestmi v nohou, věděla jsem, že jsem mladá a že si musím zvyknout, že to chce hlavně trénink. Vzhledem*

*k časové náročnosti mého zaměstnání jsem potřebovala znovu získat řidičský průkaz. Přihlásila jsem se do autoškoly. Udělala jsem si opakovací jízdy s instruktorem a začala jsem se připravovat na testy a na závěrečné zkoušky. Testy jsem udělala napoprvé a nějak jsem to odřídila, dlouho jsem nejezdila, tak to tak vypadalo. Musela jsem se ještě zúčastnit psychotestů, které mi umožnily znovu po mé nemoci se dostat za volant. Mohla jsem se lépe pracovním uplatnit, být v práci delší dobu a nebýt závislá na dopravě autobusem. Mezitím jsem prodělala ještě mimoděložní těhotenství. Vše jsem vydržela a jdu dál. Věřila jsem stále, že děti budou a dál věřím. Nezůstala jsem v původním zaměstnání. Zaměstnání jsem ještě několikrát změnila. Pořád stoupám výš a výš. V současnosti pracuji v oboru, který jsem vystudovala, a jsem samostatná. Mám velice zodpovědné povolání a baví mě. Mám neustále myšlenky na děti, už bych je také potřebovala nějak zařídit. Pořád budu svůj osobní i pracovní život a přes složitost mé minulosti mi život kvete. Vše je propojené i práce vypovídá o člověku, jakým je. Vlastně ovlivňuje celý náš život. Jsem velice spokojená a zároveň vyčerpána. Řekla bych, že práce je základ. Ta je pro život nejdůležitější. Musíme si k ní získat dobrý vztah a dobře se ji naučit. Potom nás začne bavit. Důležité je i o sebe pečovat dobře. Naše tělo je křehké a potřebuje spánek, pohyb a dobré pravidelné jídlo.“*

### **7.1.7 Současné postoje**

Celá práce s touto klientkou je velice zajímavá, její život přes všechny nesnáze je velice barevný, cítím z ní optimismus s jistým smyslem pro realismus. Není běžné se znovu zařadit po takových zkušenostech do života. Ptala jsem se, jak to všechno vnímá: „Život by měl mít svůj cíl. A s pochopením života roste láska k němu. Za změnou je spousta práce a vykonaných dobrých věcí. V současné době jsem bez medikace a nesledují mě lékaři, je to už řada let. Velice se mi změnilo vnímání života a druhých lidí. Trápím se pořád, ale tak nějak to trápení umím více přijímat, chápat ho. K životu jistě komplikace patří. Posouvají nás dál. Minulost mi působí překážky v životě, ale umím se s nimi vypořádat. Velice se snažím fungovat. Jsem spolehlivá a dochvilná. Občas musím zatnout zuby. Nevzdat to. Člověk není dokonalý, ale měla by být jeho potřeba budovat hezký život, být hodný k lidem. Nepřežívat v běžném životě, ale žít ho dobře. Chtěla bych na konci života říct, že jsem ho žila, jak se patří v pořádku, tak se snažím. Třeba se z mých chyb, životních zvrátů a zkušeností poučí ještě někdo další. Budu moct své děti

*něco naučit. Lidem kolem mě být prospěšná. Po všem, co se v mém životě stalo, můžu říct, že jsem spokojená. Pán si mě vyvolil ke svému učení a nenechal mě umřít. Pochválen buď a živ v nás na věky. Co mi zatím chybí, je muž, který by se mnou dokázal nést moji minulost. Zároveň aby měl tak dobrou budoucnost, o které sním a kterou se snažím budovat.“*

## 8 SHRNUTÍ A VYHODNOCENÍ VÝZKUMU

V kapitole osmé jsem chtěla zhodnotit výsledky, ke kterým jsem v průběhu studie dospěla. Cílem mé bakalářské práce bylo zhodnotit, jaký vliv má ergoterapie na osoby trpící schizofrenií a zda je pomocí terapie možné se lépe znovu dostat do pracovního tempa a zařadit se do běžného zaměstnání. V této věci jsem dospěla k závěru, že je terapie prospěšná. Klientka v případové studii potvrdila, že jí terapie pomohla ke zvýšení aktivity a vhodným způsobem jí vyplnila čas. Zároveň je možné, že jí umožnila obnovit pracovní tempo, které bylo potřebné pro nástup do běžného zaměstnání. Po druhém propuštění z léčby se jí podařilo velice dobře se pracovně uplatnit.

Dále jsem si stanovila v mé práci 3 dílčí cíle v podobě hypotéz.

V hypotéze č. 1 jsem předpokládala, že ergoterapie má pozitivní vliv na obnovení pracovních návyků. Při hospitalizaci se klientka začlenila do terapií a absolvovala je úspěšně. Její vlastní názor je takový, že jí terapie byla přínosnou. Poskytla jí potřebnou činnost, která ji vhodným způsobem aktivizovala. Předpokládám tedy, že terapie, která se vhodným způsobem a v určitém množství postupně aplikuje na pacienta, může být přínosná pro obnovení jeho pracovních návyků. Tato případová studie by mohla moji hypotézu potvrdit.

V hypotéze č. 2 jsem předpokládala, že se osoba se schizofrenií může začlenit do běžného způsobu života, kterým žila před propuknutím onemocnění. Tuto hypotézu bych vyvrátila. Klientka se musela oprostít od původního způsobu života, kterým žila. Změnila přístup k němu a začala se zcela jiným způsobem realizovat. Své fungování založila na zcela jiných principech než před propuknutím nemoci. Návrat k původnímu životu by jí pravděpodobně neumožnil se uzdravit.

V hypotéze č. 3 jsem předpokládala, že farmakoterapie se podílí pozitivním způsobem na léčbě a podporuje psychicky nemocného. Z případové studie je zjevné, že klientka vnímala farmakoterapii jako zatěžující. Pokud bych závěr dělala pouze z této studie, musela bych hypotézu vyvrátit a konstatovat, že klientku farmakoterapie zatěžovala a nebyla z jejího pohledu prospěšná. Mohu se také na tuto problematiku dívat z jiného pohledu, že každý jedinec je jiný a někteří lidé by bez této terapie nemohli přijatelně žít. Jejich onemocnění může být zcela jiného charakteru i závažnosti.

Splnila jsem i úkol práce, který se zakládal na provedení případové studie a následném vyhodnocení získaných výsledků.

Při získávání dat pro moji studii jsem zvolila vhodné metody, které mi umožnily co nejreálněji a důkladně uvést všechny potřebné zkušenosti klientky. Myslím, že zpracovaný materiál může být vhodným podnětem pro další studium.

## ZÁVĚR

Tato bakalářská práce je pro mě osobně velice zajímavá. Je to moje první práce takového typu a měla jsem obavy, zda ji zvládnu správně uchopit a podat ucelené informace k tématu, které jsem si zvolila. V současné chvíli vím, že moje volba byla správná. Získala jsem množství přínosných informací a poznatků a mohla jsem proniknout do této problematiky hlouběji.

Dá se říct, že psychické onemocnění bývá opředeno záhadami. Jeho původ může být úplně jasný, ale někdy naopak skrytý. Jsou lidé, kteří umí člověku pomoci na cestě z komplikovaných životních situací, ale někdy je také důležité, aby si člověk uměl pomoci i sám a aby sám sobě věnoval tolik potřebné úsilí. Případová studie mi ukázala, jak je velice prospěšné být trpělivý a život nevzdávat. Žena – klientka z mé práce, s níž jsem měla možnost pracovat, v sobě podle mého nesla spoustu informací a důležitých hodnot.

Při studiu této problematiky jsem si také uvědomila, že je velice důležitá mezilidská komunikace, ať už ta první a základní v rodině a následně i v širším okruhu lidí. Je důležité si ji pěstovat a využívat ji při nejrůznějších kontaktech s lidmi spolu se snahou porozumět jim, případně najít u nich pochopení a porozumění pro sebe. Moderní doba, i když je to paradoxní, nám přináší velké komunikační bariéry. I když si prostřednictvím stále zdokonalované techniky můžeme být stále blíže, jako lidé jsme si dál.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

### Seznam použitých zdrojů

DRAGOMIRECKÝ, A., 2013. *Schizofrenie, její příčiny a léčba*. Praha: Stratos. 16 s. ISBN 80-85962-26-0.

DUŠEK, K. a A. VEČEŘOVÁ–PROCHÁZKOVÁ, 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 648 s. ISBN 978-80-247-4826-9.

DUŠEK, K. et al., 1975. *První pomoc v psychiatrii*. Praha: Avicemum. 256 s.

HAUG, A., 2019. *Malá kniha o duši*. Praha: Paseka. 224 s. ISBN 978-80-7432-986-9.

HORÁČEK, J. et al., 2016. *Mozek a jeho člověk, mysl a její nemoc*. Praha: Galén. 386 s. ISBN 978-80-7492-283-1.

CHRÁSKA, M., 2007. *Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada Publishing, a.s. 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4.

JELÍNKOVÁ, J., M. KRIVOŠÍKOVÁ a L. ŠAJTAROVÁ, 2009. *Ergoterapie*. Praha: Portál. 272 s. ISBN 978-80-7367-583-7.

KOUKOLÍK, F., 2008. *Mozek a jeho duše*. 3. vyd. Praha: Galén. 263 s. ISBN 978-80-7262-314-3.

KUBÍNKOVÁ, D. a A. KŘÍŽOVÁ, 1997. *Ergoterapie*. Olomouc: Univerzita Palackého. 96 s. ISBN 80-7067-698-1.

PAULOVČÁKOVÁ, L. et al., 2015. *Jak vypracovat bakalářskou a diplomovou práci*. 6. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha. 80 s. ISBN 978-80-7452-106-5.

RICHTEROVÁ, L. et al., 1969. *Psychopatologie*. 2. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. 176 s.

SKUTIL, M. et al., 2011. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Praha: Portál. 256 s. ISBN 978-80-7367-778-7.

STONE, T. a G. DARLINGTONOVÁ, 2003. *Léky, drogy, jedy*. Praha: Academia. 440 s. ISBN 80-200-1065-3.

VÁGNEROVÁ, M., 1999. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál. 448 s. ISBN 80-7178-214-9.

WASHINGTONOVÁ, A. H., 2017. *Doba jedová 8: Infekční šílenství*. Praha: Triton. 288 s. ISBN 978-80-7553-343-2.

ŽILKA, L., 2007. *Bible: Písmo svaté Starého a Nového zákona*. 13. vyd. Praha: Česká biblická společnost. 1388 s. ISBN 978-80-85810-76-9.

#### **Seznam použitých internetových zdrojů**

ČESKÁ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ, 2020. Co je ergoterapie. *Ergoterapie.cz* [online]. © 2008-2020 [cit. 2019-08-16]. Dostupné z: <http://ergoterapie.cz/co-je-to-ergoterapie/>

MAŠEK, J., 2016. Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod. In: *Plhb.cz* [online]. 3. 10. 2016 [cit. 2019-09-11]. Dostupné z: <http://www.plhb.cz/content/zakladni-udaje/>



## **SEZNAM ZKRATEK**

PN - Psychiatrická nemocnice

PNHB - Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora: Markéta Kottinková**

**Obor: 7506R002 - Speciální pedagogika – vychovatelství**

**Forma studia: kombinované studium**

**Název práce: Využití ergoterapie v péči o osoby se schizofrenií**

**Rok: 2020**

**Počet stran textu bez příloh: 38**

**Celkový počet stran příloh: 0**

**Počet titulů českých použitých zdrojů: 16**

**Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0**

**Počet internetových zdrojů: 2**

**Vedoucí práce: PhDr. Josef Novotný, CSc.**