

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Cyrlometodějská teologická fakulta



Bakalářská práce

Olomouc 2013

Sandra Bělajevová, DiS.

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Cyrilometodějská teologická fakulta

Katedra křesťanské výchovy

Studijní obor: Sociální pedagogika

Schizofrenie u osob s mentální retardací

Bakalářská práce

Autor: Sandra Bělajevová, DiS.

Vedoucí práce: Mgr. et. Mgr. Petra Sobková

Olomouc 2013

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci s názvem Schizofrenie u osob s mentální retardací vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí práce s využitím pramenů a literatury uvedených v závěru práce.

V Olomouci 30. 10. 2013

.....

Podpis autora práce

Velké poděkování patří vedoucí práce paní Mgr. et. Mgr. Petře Sobkové, za její odborné vedení bakalářské práce, za její metodickou pomoc, za cenné rady, informace a připomínky, které mi poskytla při zpracování mé bakalářské práce na téma Schizofrenie u osob s mentální retardací.

Také bych chtěla poděkovat zdravotnímu personálu nejmenovaného zařízení a matce klientky, kteří mi poskytli cenné informace potřebné při psaní mé bakalářské práce.

Příprava podkladů pro bakalářskou práci byla podpořena projektem Sociální determinanty zdraví u sociálně a zdravotně znevýhodněných a jiných skupin populace, CZ. 1.07/2.3.00/20.0063.

OBSAH

ÚVOD.....	7
1 SCHIZOFRENIE.....	8
1.1 HISTORIE SCHIZOFRENIE.....	8
1.2 ETIOLOGIE SCHIZOFRENIE.....	11
1.3 EPIDEMIOLOGIE.....	12
1.4 PREVALENCE.....	12
1.5 KOMORBIDITA.....	13
1.6 DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA SCHIZOFRENIE.....	14
1.6.1 <i>Diagnostická kritéria schizofrenie v DMS – IV</i>	14
1.6.2 <i>Diagnostická vodítka pro schizofrenii (MKN – 10)</i>	15
1.6.3 <i>Tabulka příznaků schizofrenie</i>	17
1.7 TYPY SCHIZOFRENIE PODLE MKN – 10.....	17
1.8 LÉČBA SCHIZOFRENIE.....	19
1.8.1 <i>Psychofarmakologická léčba</i>	19
1.8.2 <i>Psychoterapie</i>	20
1.8.3 <i>Socioterapie</i>	20
1.8.4 <i>Edukace rodiny schizofreniků</i>	21
1.9 JAK JEDNAT SE SCHIZOFRENNÍM NEMOCNÝM.....	22
2 MENTÁLNÍ RETARDACE.....	24
2.1 HISTORIE PÉČE O OSOBY S MENTÁLNÍ RETARDACÍ ČI JINOU DUŠEVNÍ PORUCHOU.....	24
2.2 EPIDEMIOLOGIE.....	28
2.3 ETIOLOGIE MENTÁLNÍ RETARDACE.....	29
2.3.1 <i>Genetická podmíněnost mentální retardace</i>	29
2.3.2 <i>Teratogenní faktory</i>	30
2.3.3 <i>Postnatální poškození mozku</i>	30
2.4 TYPY MENTÁLNÍ RETARDACE.....	31
2.5 PREVENCE MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ.....	33
2.6 LÉČBA A PÉČE O MENTÁLNĚ POSTIŽENÉ.....	35
2.7 SOCIÁLNÍ VÝZNAM A SOCIALIZACE MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH.....	36
2.7.1 <i>Komunikace a sociální vztahy mentálně postižených</i>	38

3	SCHIZOFRENIE U MENTÁLNĚ RETARDOVANÝCH JEDINCŮ.....	40
3.1	EPIDEMIOLOGIE.....	40
3.2	PREVALENCE.....	40
4	VÝZKUMNÁ ČÁST BAKALÁŘSKÉ PRÁCE – KAZUISTIKY.....	42
4.1	KAZUISTIKY TŘÍ JEDINCŮ POSTIŽENÝCH SCHIZOFRENIÍ A MENTÁLNÍ RETARDACÍ.....	42
4.2	VÝZKUMNÝ PROBLÉM.....	42
4.3	VÝZKUMNÝ CÍL.....	42
4.4	METODOLOGIE.....	43
4.5	METODY SBĚRU DAT.....	43
4.6	ÚČASTNÍCI VÝZKUMU.....	43
4.7	KAZUISTIKA MARIE.....	45
4.8	KAZUISTIKA ANNA.....	51
4.9	KAZUISTIKA PETRA.....	56
4.10	SHRNUTÍ KAZUISTIK	59
4.11	DISKUSE.....	60
	ZÁVĚR.....	61
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	62

ÚVOD

V dnešní době se již více mluví o lidech postižených mentální retardací, tito lidé mají stejná práva jako ostatní. Dříve to tak ovšem nebylo, tito lidé byli izolováni v různých zařízeních (ústavech), zesměšňováni, zneužíváni nebo dokonce likvidováni, záleželo na tom, jak k nim přistupovala široká veřejnost, zda je lidé přijímali nebo se jich báli. Ovšem málo se ví o tom, že k mentální retardaci bývají často přidružené i další nemoci jako jsou například schizofrenie či epilepsie. Schizofrenie je závažná duševní porucha, která existuje již odedávna. V minulosti bývaly lidé postižení schizofrenií považovány za posedlé zlými duchy, z tohoto důvodu byli tito lidé týráni (usmrcováni).

Lidé postižení mentální retardací a schizofrenií mohou mít různé problémy, jakými jsou například: odcizení (izolace) od ostatních lidí, nezaměstnanost, přidružené (doprovodné) zdravotní problémy, proto jsem se rozhodla o tomto tématu psát bakalářskou práci.

Název bakalářské práce je: Schizofrenie u osob s mentální retardací. Hlavním cílem této práce je seznámit čtenáře o specifčnosti propojení schizofrenie a mentální retardace.

Práce je rozdělená na dvě části: teoretickou a praktickou. První kapitola je věnována tématu schizofrenie, její historii, etiologii, epidemiologii, prevalenci, komorbiditě, diagnostickým kritériím schizofrenie, typům schizofrenie a její léčbě. Druhá kapitola je věnována tématu mentální retardace, její historii, etiologii, epidemiologii, typům mentální retardace, prevenci, léčbě a socializaci. Třetí kapitola je věnována tématu schizofrenie u mentálně retardovaných jedinců.

V praktické části byla použita metoda případových studií. Výzkumným cílem je pomocí kazuistik zjistit, jak probíhá ataka tohoto onemocnění u lidí s mentální retardací a jak vypadá období remise.

1 SCHIZOFRENIE

První kapitola je věnována tématu schizofrenie, její historii, vývoji a typům.

Schizofrenie je závažné psychotické onemocnění, které narušuje schopnost nemocného srozumitelně jednat a chovat se v souladu s okolnostmi. Toto onemocnění mění vztah nemocného ke skutečnosti, odcizuje ho od ostatních lidí. Psychóza vede ke změnám osobnosti, které mnohdy způsobí, že nemocný nedokáže pokračovat v souladu s očekáváním založeném na dosavadní životní dráze. Schizofrenní onemocnění má vleklý průběh a výrazně mění kvalitu života postiženého jedince, postihuje pracovní schopnost člověka a snižuje jeho pracovní uplatnění. Schizofrenie ovlivňuje lidské myšlení, jednání, citění a působí vleklou neschopnost uspokojivě naplnit život a dostát životním rolím.¹

Schizofrenie je v dnešní době jedním z ústředních otevřených problémů psychopatologie na celém světě. Jedná se o onemocnění výlučně lidské a přitom časté, narušuje dočasně nebo trvale celou osobnost, přičemž postihuje jedince v mladém a nejproduktivnějším věku.²

1.1 Historie schizofrenie

Schizofrenie je velmi závažná duševní choroba, která existovala již odedávna. První zmínka o něm byla nalezena na 3400 let starém fragmentu z Ajurvedy, kde byly popsány bizarní projevy lidí, které by mohly být považovány za příznaky schizofrenie, mělo jít o stav, který je způsoben d'áblem a projevuje se oplzlostmi, žravostí, svlékáním do naha, nezvyklými způsoby pohybu a ztrátou paměti.³

Ve středověku pod působením církevních hodnostářů lid odsuzoval psychotiky pro jejich neschopnost konformity s oficiálně hlásanými představami, které se odlišovaly od normy, stejně jako lidi osvědčené a zločince k nejrozmanitějším druhům mučení. Docházelo k týrání, bodání nemocného jehlami, bití a pálením horkým železem, čímž měl být nemocný oproštěn od posedlosti d'ábly a démony, kteří měli jeho tělo opustit na základě použití těchto očistných metod.⁴

¹ HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J. Psychiatrie, s. 342

² SYŘIŠTOVÁ, E. Příspěvek k psychologii, psychoterapii a prevenci schizofrenní psychózy, s. 7

³ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese, s. 333

⁴ SYŘIŠTOVÁ, E. Imaginární svět, s. 13

Od novověku až po začátek dvacátého století se svět dívá na psychotiky jako na nevléčitelně nemocné. Schizofrenie je považována za onemocnění, jejímž hlavním měřítkem je beznadějný, stále postupující duševní úpadek, demence. V roce 1853 byla francouzským psychiatrem B. A. Morelem vytvořena první charakteristika psychózy, kterou nazývá „*předčasná demence*“ (la *démance précoce*), která počíná v dospělosti a postupuje až k předčasnému stárnutí funkcí mozku.

Jako první ji do učebnice psychiatrie zařadil v roce 1896 německý psychiatr E Kraepelin a to pod latinským názvem *dementia praecox* (ve zkratce DP), to znamená předčasná demence, tento název si vypůjčil od francouzského psychiatra B. A. Morela. Chorobu, kterou nazval Kraepelin DP, zařadil do třídy tzv. endogenních organických demencí. *Dementia praecox* zaujímá mezi těmito demencemi zvláštní místo, neboť úpadek postihuje především mladé jedince mezi 15. – 35. rokem, neboť jde o postupné zhoršování kognitivních funkcí a takový úpadek osobnosti, že lze mluvit o demenci.⁵

Kraepelin vyděluje tři základní typy demence praecox: katatonní, hebefrenní a paranoidní.⁶

V roce 1910 přinesl významný obrat v názorech na jmenovanou chorobu zařazenou Kraepelinem mezi organické demence švýcarský psychiatr E. Bleuler, který úzce spolupracoval s C. G. Jungem. Bleuler přidává ke Kraepelinovu dělení čtvrtý typ a to schizofrenii simplexní. Tyto čtyři typy jsou v podstatě akceptovány dodneška jako základní schizofrenní syndromy.⁷ Ukázal, že psychické projevy popsané Kraepelinem nepředstavují skutečnou, nezvratnou, organickou demenci – rozumové schopnosti zůstávají v podstatě chorobou nenarušeny, rovněž citový život není zcela vyhaslý, tak jako u některých organických onemocnění mozku. Poukazuje na skutečnost, že porucha celkové jednoty psychické činnosti znemožňuje zároveň správnou komunikaci s vnějším prostředím. A proto již v roce 1911 E. Bleuler navrhl nový název schizofrenie (z řeckého *schizis* – rozpolcení, rozštěp a *frén* – duše, mysl). Termín schizofrenie je užíván dodnes a má vystihovat skutečnost, že u nemocných dochází k rozpolcení, rozdvojení osobnosti a dezintegraci jednotlivých psychických funkcí. Bleulerovo pojetí se stalo základem současných názorů na schizofrenní onemocnění a to zejména těch, které oprávněně předpokládají mnohostrannou příčinou podmíněnost a psychologickou citlivost této vážné psychické choroby.⁸

⁵ SYŘIŠŤOVÁ, E. Příspěvek k psychologii, psychoterapii a prevenci schizofrenní psychózy, s. 11 - 13

⁶ MALÁ, E. Schizofrenie v dětství a adolescenci, s. 9

⁷ MALÁ, E. Schizofrenie v dětství a adolescenci, s. 10

⁸ SYŘIŠŤOVÁ, E. Příspěvek k psychologii, psychoterapii a prevenci schizofrenní psychózy, s. 13 - 15

V roce 1937 rozšířil norský psychiatr Gabriel Langfeldt tzv. pravou schizofrenii (někdy nazývanou „jadernou“), která byla endogenním onemocněním (tedy bez zjevné vnější příčiny) s projevy depersonalizace, derealizace, autismu a emoční plochosti od schizofreniformní psychózy (zatímco jádrová schizofrenie se rozvíjela pomalu, schizofreniformní psychóza byla akutním stavem).⁹

Ve snaze jasněji ohraničit schizofrenii nabídl heidelberský profesor Kurt Schneider v knize „Klinická psychopatologie“ jakousi pragmatickou hierarchizaci symptomů schizofrenie, které rozdělil na symptomy prvního a druhého řádu. Symptomy prvního řádu měly pro Schneidera při diagnóze onemocnění velkou váhu, pomáhaly zejména při diferenciální diagnóze oproti „cyklofrenii“. Mezi příznaky prvního řádu patří: ozvučování myšlenek, slyšení hlasů komentujících vlastní jednání poznámkami, slyšení rozmlouvajících hlasů, tělesné prožitky ovlivňování, odnímání myšlenek a jiné podobné ovlivňování myšlenek, rozšiřování a vysílání myšlenek, bludné vnímání, vše ovlivňované a způsobované zvnějšku (někým jiným), pudové a volní (prožitky pasivity). Příznaky prvního řádu měly na diagnostiku schizofrenie velký vliv, který se uplatnil ve většině nových diagnostických systémů.¹⁰

Evropská diagnostická tradice založená na pěstování klinické psychopatologie a Schneiderův vliv na poválečnou psychiatrii Evropy vedly k užšímu pojetí onemocnění schizofrenií v Evropě, v 60. letech se objevily studie, které upozorňovaly na rozdílné pojetí této diagnózy v USA a ve Velké Británii. Při porovnání závěrů vyvozených psychiatry v Anglii a v USA ze stejných standardně prováděných vyšetření vyšlo najevo, že psychiatři z USA diagnostikují schizofrenii mnohem častěji. Pacienti s diagnózou schizofrenie v USA byli britskými psychiatry diagnostikováni jako mánie, hysterické a jiné poruchy osobnosti, jiné afektivní psychózy nebo neurózy. Nejistota kolem diagnostického konstruktů schizofrenie a jeho kulturní variability byla jedním z důvodů velké mezinárodní studie organizované Světovou zdravotnickou organizací – Mezinárodní pilotní studie schizofrenie (International Pilot Study of Schizophrenia, IPSS), která proběhla v letech 1969 – 1976. Tuto studii řídil a zpracovával tým z divize duševního zdraví SZO v Ženevě. Data byla sbírána v devíti centrech devíti zemí: Československa, Číny, Indie, Dánska, Nigerie, Kolumbie, USA a tehdejšího Sovětského Svazu. Během studie bylo vyšetřeno více než 1200 nemocných, studie potvrdila, že syndromy diagnostikované jako schizofrenní onemocnění mají ve všech

⁹ HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J. Psychiatrie, s. 345

¹⁰ HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J. Psychiatrie, s. 345

kulturách až překvapivou podobnost, diagnózy schizofrenie byly poměrně konzistentní bez ohledu na centra.¹¹

V roce 1989 v českém písemnictví zaznamenal Baudiš stoupající počet invalidních důchodů vyplácených nemocným s diagnózou schizofrenie ve druhé polovině 80. let. Důchod pro schizofrenní psychózu pobíralo v roce 1987 téměř 6000 nemocných, počet nově přiznaných důchodů z psychiatrické indikace rostl počátkem 90. let výrazně více než počet nově přiznaných důchodů z jiných indikací, ačkoli rostoucí trend měl počet nově přiznaných invalidních důchodů v celém zdravotnictví.¹²

Schizofrenie je dnes považována za onemocnění mozku, při kterém dochází k různým jemným změnám funkčního potenciálu a morfologie.¹³

Schizofrenie je nemoc, která může mít nejrozličnější příznaky, obrazy a průběhy. Jde o nemoc, jež prakticky nemá hranic, má svou vlastní podobu a dynamiku, pokaždé jinou u každého jedince.¹⁴

1.2 Etiologie schizofrenie

Příčiny vzniku schizofrenie nejsou zcela známy, vědci se však shodují, že toto onemocnění vzniká abnormální funkcí mozku, tedy narušením určitých pochodů v některých částech mozku, kde se nachází nadbytek chemické látky, která je nazývána dopamin. Dopamin slouží k přesunu informací mezi jednotlivými buňkami v mozku. Nadbytek této látky v mozku způsobuje, že je přenášeno současně příliš velké množství informací, které není schopen mozek zpracovat a rozlišit důležité zprávy od nepodstatných. Tento proces může vést ke zkreslenému vnímání reality, následně k jinému myšlení a dále až k úzkosti, zmatenosti a strachu.¹⁵

Zatímco tradiční představa patogeneze chápala proces vzniku onemocnění jako důsledek působení choroby jako události na zdravý organizmus, od poloviny 70. let chápeme schizofrenii jako důsledek vzájemného působení dvou faktorů zátěže (stresu) a dispozice (zranitelnosti – „vulnerability“). Onemocnění vzniká vzájemným působením vnitřního

¹¹ HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J. Psychiatrie, s. 348 - 349

¹² HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J. Psychiatrie, s. 363

¹³ HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J. Psychiatrie, s. 346

¹⁴ KUČEROVÁ, H. Schizofrenie v kazuistikách, s. 25 - 28

¹⁵ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese, s. 367

(genetického nebo vývojově založeného faktoru zranitelnosti / vlohy) a vnějšího faktoru zátěže, na jejich rozhraní je oblast onemocnění „schizofrenního spektra“.¹⁶

Velký technologický pokrok v posledních 20. letech umožňuje sledovat a studovat biochemické, molekulární i elektrofyziologické děje v živém mozku, ale i přes tento pokrok etiologii schizofrenie neznáme.¹⁷

Schizofrenní poruchy se obvykle rozvíjí v dospělosti a to mezi dvacátým a třicátým rokem. Často mívají akutní průběh a poměrně krátké trvání. Schizofrenií častěji trpí ženy než muži.¹⁸

Vrozený nebo dědičný předpoklad nemocných jedinců způsobuje změnu prožívání a chování. Tento předpoklad tak narušuje adaptaci a přizpůsobivost k těžkým životním situacím, které přinášejí zátěž, například: úmrtí blízkého člověka, společenský neúspěch, zklamání v lásce, atd. Člověk ztrácí odolnost proti zátěžím a stresům, což má za následek počátek schizofrenie.¹⁹

1.3 Epidemiologie

Epidemiologie se zabývá epidemiologickým výzkumem, který je zacílený na stanovení frekvence onemocnění v populaci a v různých populačních skupinách a na jeho geografickou distribuci. Studuje také proměnlivost výskytu v závislosti na různých podmínkách, komplikace a přidružená rizika schizofrenie. Tato data o té slouží k tvorbě hypotéz o povaze a průběhu choroby a pomáhají prevenci. Epidemiologický výzkum schizofrenie má řadu omezení, některá jsou obecná, jiná jsou specifická pro diagnózu schizofrenie. Neboť neexistují specifické diagnostické testy, zvýrazňují se problémy s identifikací případu.²⁰

1.4 Prevalence

Prevalence udává počet nemocných přítomných v populaci na 1000 ohrožených osob za definované časové období, to může být velmi krátké (bodová prevalence), nebo delší (například: rok nebo dekáda), pokud se sbírají údaje i o minulých epizodách onemocnění, lze

¹⁶ HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J. Psychiatrie, s. 364

¹⁷ HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J. Psychiatrie, s. 364

¹⁸ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese, s. 367

¹⁹ KUČEROVÁ, H. Schizofrenie v kazuistikách, s. 25 - 28

²⁰ HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J. Psychiatrie, s. 362

odhadnout celoživotní prevalenci onemocnění.²¹ „Poměrně nedávný výzkum z roku 1991, tzv. Epidemiological Catchment Area (ECA) studie, zjistil celoživotní prevalenci 15 případů na 1000 obyvatel.“²² U onemocnění se sklonem k chronicitě, jakým je schizofrenie, není rozdíl mezi celoživotní a intervalovou prevalencí velký. Modus celoživotní prevalence se pohybuje v rozmezí 1,4 – 4,6 případů na 1000 obyvatel. **Incidence** – je počet nových případů během roku v definované populaci na 1000 obyvatel, kteří jsou právě riziku onemocnění vystaveni. Určení takového ukazatele samozřejmě naráží na problém toho, co je vlastně začátek onemocnění: první změny povahy, první psychotické příznaky nebo hospitalizace. Ve velké studii organizované WHO v deseti zemích kolísala incidence schizofrenie na 1000 obyvatel ve věku 15 – 54 let mezi 0,7 – 4,2 případů podle povahy diagnózy a centra, ve kterém byli pacienti zachyceni. Dalším ukazatelem je **riziko morbidity** – jedná se o procento lidí, kteří v populaci mohou očekávat, že v definovaném věkovém rozmezí budou diagnostikováni jako nemocní se schizofrenií, většina studií odhaduje riziko mezi 0,5 – 1,6 procent.²³

1.5 Komorbidita

Komorbidita schizofrenního onemocnění byla ve studii WHO zjištěna v některých oblastech až 41 procentní komorbidita se zneužíváním návykových látek, především kokainu a kanabinoidů. Schizofrenie se vyskytuje společně s některými vzácnými chorobami a vadami, jako je například: coeliakie a další. Také je prokázáno, že pacienti se schizofrenií mají oproti zbytku populace nižší výskyt revmatoidní artritidy a schizofrenní muži mají nižší výskyt karcinomu plic. Zvýšená **mortalita** je u pacientů se schizofrenií prokázána. Mortalita má u nemocných se schizofrenií vzestupný trend, ve studii vycházející s norského celonárodního registru psychiatrických pacientů je mortalita schizofreniků asi dvojnásobná oproti zdravé populaci a to 21 na 1000u mužů a 15 na 1000 u žen (Saugstad a Ödergaard, 1979). **Riziko suicidálního jednání** je nejvyšší v iniciálním stadiu onemocnění schizofrenií a pohybuje se v rozmezí 20 – 40 procenty. Celoživotní riziko dokonaného suicidia je pro populaci pacientů se schizofrenií okolo 10 procent.

²¹ HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J. Psychiatrie, s. 362

²² HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J. Psychiatrie. První vydání. Praha 4: TIGIS, 2002. 895 s. ISBN 80-900130-1-5.

²³ HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J. Psychiatrie, s. 362

Schizofrenie ohrožuje pacienta narušením, zkrácením nebo zničením života a jeho kvality. Onemocnění schizofrenií je zneschopňující choroba a mnohdy vede k dlouhodobé invaliditě.²⁴

1.6 Diagnostická kritéria schizofrenie

Schizofrenie je závažná duševní choroba, která se projevuje chronickým narušením vnímání a myšlení, poruchou emotivity a osobnostní integrity.²⁵

V současné době jsou platné dvě velké klasifikace duševních poruch: MKN – 10 (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – desátá revize) a DSM - IV. (Diagnostický a statistický manuál ve IV. vydání). Tyto klasifikace jsou vypracované WHO (Světovou zdravotnickou organizací) a APA (Americkou psychiatrickou asociací), jsou založeny na přesně popsanych kritériích.²⁶

1.6.1 Diagnostická kritéria schizofrenie v DMS – IV

Tato podkapitola se zabývá diagnostickými kritérii schizofrenie v DMS – IV.

A. Charakteristické symptomy:

- halucinace
- bludy
- dezorganizovaná mluva (například: inkoherence nebo časté zabíhání)
- hrubě dezorganizované nebo katatonii jednání
- negativní symptomy (například: emoční oploštění)

Je vyžadována přítomnost alespoň dvou příznaků po většinu času během jednoho měsíce, eventuálně i po kratší dobu při úspěšné léčbě, v případě, že bludy jsou bizarní a halucinace jsou sluchové a zahrnují hlasy komentující pacientovy myšlenky či chování, nebo jedná-li se o hlasy, které spolu konverzují, stačí jen jeden z těchto příznaků.

²⁴ HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J. Psychiatrie, s. 362 - 363

²⁵ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese, s. 333

²⁶ ČEŠKOVÁ, E. Schizofrenie a její léčba, s. 19

B. Sociální a pracovní kompetence:

Jedna nebo více z hlavních oblastí společenské kompetence jedince, jako je práce, osobní a mezilidské vztahy nebo péče o vlastní osobu, jsou od počátku nemoci významně dlouho a zřetelně pod úrovní, které bylo dosaženo před začátkem onemocnění. (Jestliže onemocnění začalo v dětství či adolescence, jedná se o selhání při dosažení očekávaných výkonů v oblasti mezilidských vztahů, ve škole nebo práci).

C. Trvání:

Souvislé známky poruchy přetrvávají alespoň šest měsíců, toto období musí zahrnovat alespoň jeden měsíc přítomnosti příznaků zmíněných v kritériu A. Může zahrnovat prodromální nebo reziduální příznaky, které zahrnují negativní symptomatologii, nebo dva či více málo vyjádřené příznaky z kritéria A (například: podivné ovládané pověry a domněnky, nezvyklé vjemy).

D. Vylučovací kritéria:

Schizoafektivní porucha a psychotická porucha nálady musí být vyloučena buď v důsledku toho, že: depresivní, smíšená nebo manická epizoda poruchy nálady se neobjevila současně s příznaky aktivní fáze psychózy, nebo pokud se objevila, bylo její trvání vzhledem k trvání aktivní nebo reziduální fáze schizofrenie relativně krátké. Symptomy nesmí být přímým fyziologickým důsledkem požití látky (intoxikace zneužívanou drogou případně lékem) nebo jiného tělesného onemocnění.²⁷

1.6.2 Diagnostická vodítka pro schizofrenii (MKN – 10)

Příznaky, které jsou důležité pro onemocnění a vyskytují se často společně, jsou v MKN – 10 roztrženy do následujících skupin:

- A.** Slyšení vlastních myšlenek, odnímání nebo vkládání myšlenek, vysílání myšlenek.
- B.** Bludy kontrolovanosti, prožitky nebo ovlivňování pasivity, které se jasně vztahují k pohybům údů nebo těla, nebo ke specifickým myšlenkám, cítění nebo jednání, bludné vnímání.

²⁷ HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J. Psychiatrie, s. 349 - 350

- C. Halucinované hlasy, které neustále komentují chování klienta nebo o něm mezi sebou rozmlouvají, nebo jiné typy halucinovaných hlasů, přicházejících z určité části těla.
- D. Trvalé bludy jiného druhu, které jsou v dané kultuře nepřijatelné a nepatřičné, jako (například: politická nebo náboženská identita), nadlidské síly nebo schopnosti (například: schopnost spojení s cizinci z jiného světa, schopnost ovlivňovat počasí).

Z těchto skupin by pro diagnózu schizofrenie měl být přítomen alespoň jeden jasný a nepochybný příznak nebo dva příznaky, jejichž přítomnost je méně zřetelná.

- E. Přetrvávající halucinace v kterékoliv formě, když jsou doprovázeny buď prchavými, nebo neúplně formulovanými bludy bez jasného efektivního obsahu, nebo přetrvávajícími ovládacími představami, nebo když se vyskytují opakovaně každý den po několik týdnů až měsíců.
- F. Vkládání nebo zárazy jiného obsahu do toku myšlenek a z těchto jevů vyplývající nepřiléhavost řeči, nebo inkoherence, nebo neologizmy.
- G. Katatonní jednání, jako je například: vzrušenost, setrvávání v nastavených pozicích, negativismus a další.
- H. „Negativní“ příznaky, jako je například: ochuzení řeči, výrazná apatie a oploštění nebo nepřiměřenost emočních reakcí (ty obvykle vyúsťují do sociálního stažení a snížení sociální aktivity), musí být jasné, že se nejedná o příznaky vyplývající z deprese či z léčby neuroleptiky.
- I. Výrazné a nápadné kvalitativní změny v chování, jako je ztráta zájmů, nečinnost, bezcílnost, ztráta vztahů k okolí a sociální stažení.

Přítomnost příznaků minimálně ze dvou skupin pod písmeny E – H slouží jako diagnostické vodítko pro schizofrenii. Příznaky by měly trvat minimálně měsíc nebo déle.

Schizofrenní příznaky nemají být spojeny se silně vyjádřenou manickou nebo depresivní symptomatickou a také časově mají předcházet příznakům deprese nebo

mánie. Příznaky by neměly být spojené s jiným organickým onemocněním mozku, odvykacím stavem nebo intoxikací po odnětí návykové látky.²⁸

1.6.3 Tabulka příznaků schizofrenie²⁹

POZITIVNÍ	NEGATIVNÍ	KOGNITIVNÍ	AFEKTIVNÍ
halucinace	Málomluvnost	potíže s pamětí	deprese
bludy	chybění radosti	potíže s myšlením	ztráta morálních zábran
nadměrná aktivita	chybění iniciativy	potíže s plánováním	úzkost
	chybění energie	popletené myšlenky	

1.7 Typy schizofrenie podle MKN – 10

MKN – 10 uvádí následující typy schizofrenie: paranoidní schizofrenie, hebefrenní schizofrenie, katatonní schizofrenie, nediferencovaná schizofrenie, postschizofrenní deprese, reziduální schizofrenie, schizofrenie simplex, jiná schizofrenie a schizofrenie NS.³⁰

1) Paranoidní schizofrenie je jedním z nejčastěji a poměrně snadno diagnostikovaným typem schizofrenie.³¹ Je charakterizována relativně trvalými, často persekucními bludy, které jsou většinou provázeny halucinacemi sluchovými (hlasy, které pacientovi hrozí nebo dávají příkazy) a poruchami vnímání. Poruchy afektivní, poruchy řeči, vůle a symptomy katatonní jsou buď nepřítomné, nebo poměrně nenápadné.³²

2) Hebefrenní schizofrenie jedná se o formu schizofrenie, u které jsou nápadné afektivní změny, bludy a halucinace jsou prchavé a částečné, chování neodpovědné, nepředvídatelné, má obdobné projevy jako pubertální chování. Nálada je plochá a nepřiměřená. Verbální projev je inkoherentní a myšlení je dezorganizované. Projevuje se zde tendence k sociální izolaci. Prognóza bývá obvykle špatná kvůli rychlému

²⁸ HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J. Psychiatrie, s. 348 - 349

²⁹ Tabulka příznaků schizofrenie. [online]. 2013 [cit. 25-10-2013]. Dostupné z <http://www.19771976.sweb.cz/co.html>

³⁰ Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – desátá revize, s. 197 – 199

³¹ ČEŠKOVÁ, E. Schizofrenie a její léčba, s. 20

³² Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – desátá revize, s. 197

rozvoji negativních symptomů, zvláště oploštění afektů a ztrátě vůle. Hebefrenie by se měla normálně diagnostikovat pouze v dospívání a u mladých dospělých.³³

- 3) Katatonní schizofrenie** je charakterizována především výraznými psychomotorickými poruchami.³⁴ Mohou být ve smyslu zvýšené až bezcílné motorické aktivity (produktivní forma) nebo naopak ve smyslu stuporu (neproduktivní forma).³⁵ Epizody náhlého vzrušení mohou být kombinovány snovými stavy (oneiroidními) s živými scénickými halucinacemi.³⁶
- 4) Nediferencovaná schizofrenie** neodpovídá žádnému z výše uvedených typů, což vystihuje již její název. Nediferencovaná schizofrenie zahrnuje symptomatologii více forem a nelze rozhodnout, která je v popředí.³⁷
- 5) Postschizofrenní deprese** jedná se o depresivní stav, který může přetrvávat, se objevuje jako dozvuky schizofrenní nemoci. Některé schizofrenní symptomy, ať pozitivní či negativní, musí být stále přítomny, ale nejsou již v popředí klinického obrazu. Tyto depresivní stavy bývají spojeny se zvýšeným rizikem sebevraždy. Pokud se u nemocného neprojeví žádné schizofrenní symptomy, pak je možno diagnostikovat depresivní epizodu, ale pokud jsou schizofrenní symptomy stále zřetelné, pak by měla diagnóza zůstat na příslušném schizofrenním podtypu.³⁸
- 6) Reziduální schizofrenie** jde o chronické stadium ve vývoji schizofrenní nemoci, kde je jasná progresa z časného do pozdního stadia. Je charakterizována dlouhodobými, nikoli však nezbytně negativními symptomy a poruchami, např.: psychomotorické zpomalení, otupělost afektu, snížená aktivita, pasivita a nedostatek iniciativy, chudá řeč v obsahu nebo množství, špatná non-verbální komunikace (výrazem obličeje), snížená péče o vlastní osobu a defektní sociální projevy.³⁹

³³ Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – desátá revize, s. 198

³⁴ Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – desátá revize, s. 198

³⁵ ČEŠKOVÁ, E. Schizofrenie a její léčba, s. 20

³⁶ Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – desátá revize, s. 198

³⁷ ČEŠKOVÁ, E. Schizofrenie a její léčba, s. 21

³⁸ Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – desátá revize, s. 198

³⁹ Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – desátá revize, s. 199

- 7) **Schizofrenie simplex** porucha s pozvolným, ale progresivním vývojem podivností v chování, úpadek celkového projevu a neschopností vyhovět společenským požadavkům. Charakteristické negativní jevy reziduální schizofrenie jako např.: ztráta vůle, efektivní plochost se vyvíjí bez jakýchkoli zřejmých psychotických příznaků.⁴⁰

MKN – 10 uvádí ještě dvě kategorie: jiná schizofrenie a schizofrenie NS.

1.8 Léčba schizofrenie

Schizofrenie je nemoc, která je léčitelná, i když mnohdy nedojde k úplnému uzdravení.⁴¹ Pacienti se duševní nemoci bojí, protože je jiná než jiné nemoci, nese cejch – stigma, které je jakýmsi shrnutím předsudku o tom, co znamená být duševně nemocný, stigma je řecké slovo pro cejch vypalovaný otrokům v tesálských dolech. Stigma duševní nemoci vede k tomu, že nemocní mohou být považováni za zhlouplé, nesvéprávné a zejména nevypočitatelné a potenciálně nebezpečné. Lidé se duševně nemocných bojí, nerozumí jim a mají sklon je pokládat za nevypočitatelné, neschopné a možná nebezpečné „blázny“. Společnost se před duševně nemocnými chránila jejich izolací a vyčleněním. Obklopila se předsudky a chovala se k nim jinak než k ostatním lidem: diskriminovala je.⁴²

Léčba schizofrenie začíná navázáním terapeutického vztahu, je to dlouhodobý proces s důrazem na různé modalit v jednotlivých fázích průběhu onemocnění a v závislosti na stavu nemocného. Dobře vedená terapie dává pacientovi šanci žít kvalitní život, cenný pro ostatní a produktivní. Špatně vedená terapie napomáhá onemocnění chronifikovat.⁴³ Léčba může trvat velmi dlouho a v průběhu času může dojít k různým výkyvům. Terapie schizofrenie bývá obvykle kombinovaná, jde o psychofarmakologickou léčbu, která bývá doplněna psychoterapií, respektive socioterapií.⁴⁴

1.8.1 Psychofarmakologická léčba

Psychofarmakologická léčba obecně slouží k uklidnění, k regulaci psychických projevů a ke zvýšení odolnosti. Jedná se především o neuroleptika, která snižují úzkost a napětí. Pod vlivem léků se zejména zmírňují akutní a pozitivní příznaky nemoci, i když nemusí dojít zcela

⁴⁰ Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – desátá revize, s. 199

⁴¹ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese, s. 365

⁴² HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J. Psychiatrie, s. 397 - 398

⁴³ HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J. Psychiatrie, s. 390

⁴⁴ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese, s. 365

k jejich vymizení. Schizofrenie je léčitelná jen tehdy, pokud dochází ze strany nemocného k akceptaci léčby a užívá léky, které mu předepisuje jeho lékař. V některých případech jsou používány depotní dávky léků (léky se podávají injekčně), které působí po delší dobu. V akutní fázi onemocnění bývá obvykle nutná hospitalizace, u nemocných nelze počítat s ochotou spolupracovat. Nutnost léčení je třeba vysvětlit i rodinným příslušníkům a je třeba, aby pochopili, že nelze očekávat spontánní zlepšení. Někdy mohou tito lidé mít obavy z vedlejších účinků léků, mohou se bát negativních změn, ale v současné době jsou již k dispozici antipsychotické přípravky nové řady, které nepředstavují takové riziko.⁴⁵ Při volbě farmaka a farmakoterapeutického postupu je nezbytné vždy vyhodnotit individuální poměr rizika a zisku ze zvolené léčby, je nutné důkladně zhodnotit lékovou anamnézu. Samotná farmakoterapie ke zvládnutí chorobného stavu nestačí a je třeba ji doplnit podrobným vysvětlením vlastního postupu a podpůrnými psychoterapeutickými zásahy. Jestliže pacient ví, proč lék užívá, co a kdy od něho může čekat, výrazně zvýší pravděpodobnost, že ho bude užívat. Hrozba tajného vynechávání léků a nespolupráce je značná, klesá s mírou a otevřeností informací o povaze onemocnění a léčbě. Farmakoterapie antipsychotiky je zacílení na znovuzískání kontroly nad vlastním chováním a prožíváním, dokáže snížit vnitřní napětí a s ním spojenou bezradnost.⁴⁶

1.8.2 Psychoterapie

Psychoterapie, jejíž důležitou součástí je psychoterapeutický přístup k nemocnému. Je třeba respektovat obavy a úzkosti pacientů, jejich pomalost a adaptační obtíže. Psychoterapie slouží k podpoře nemocného při zvládání nemoci, k porozumění sobě samému, podstatě své choroby i ke zlepšení pacientových sociálních dovedností.⁴⁷ Účinek psychoterapie je třeba průběžně ověřovat.⁴⁸

1.8.3 Socioterapie

Socioterapie, resocializace je zaměřena na aktivizaci nemocných, ale také na podporu rozvoje různých praktických dovedností. Hlavním cílem socioterapie je dosažení přijatelné sociální adaptace a sociální integrace v oblasti zaměstnání i bydlení.⁴⁹ Pracovní terapie není pouhá terapie zaměstnáním, nejedná se pouze o nouzové vyplňování času tradičními činnostmi pro chronické pacienty, může v pacientech budit strach ze ztráty postavení a

⁴⁵ ČEŠKOVÁ, E. Schizofrenie a její léčba, s. 13 - 14

⁴⁶ HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J. Psychiatrie, s. 390

⁴⁷ ČEŠKOVÁ, E. Schizofrenie a její léčba, s. 13 - 14

⁴⁸ HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J. Psychiatrie, s. 396

⁴⁹ ČEŠKOVÁ, E. Schizofrenie a její léčba, s. 13 - 14

intelektuálních schopností. Cílem pracovní terapie je udržet nemocným perspektivu a sebevědomí. Slouží k upevňování nebo získání rekreačně i kreativně zajímavých dovedností., když to lze, je třeba od počátku začít učit nemocného novým sociálním dovednostem, eventuálně udržovat nebo obnovovat ty dovednosti, které jsou nemocí ohrožené.⁵⁰

V současné době se více soustředíme na jedince a také samozřejmě na jedince s psychickou poruchou. Snažíme se ho nejen zbavit projevů nemoci, zmírnit je, ale také zlepšit jeho kvalitu života. Cílem je, aby i psychicky nemocný dosáhl pocitu užitečnosti a smysluplnosti, byl soběstačný, měl sociální kontakty a zapojil se do pracovního procesu. Konkrétně u nemocných schizofrenií jsou aktuální pojmy resocializace a reintegrace do společnosti, což znamená udržet ho v realitě všedního života.⁵¹

Jakákoli forma sociální či psychické terapie musí respektovat možnosti a omezení nemocných. Je třeba odhadnout jejich aktuální toleranci k zátěži, která může být i velmi nízká. Nedostatečná stimulace i přetížení mohou zvýšit riziko selhání pacienta. Kromě toho je potřeba si uvědomit, že efektivita práce u jedinců trpících schizofrenií nemusí být příliš velká, zejména u chronicky nemocných, přesto je velmi užitečná a nenahraditelná.⁵²

1.8.4 Edukace rodiny schizofreniků

Zajímavé velice pestré také mohou být vztahy mezi lékařem a pacientovými příbuznými. Příbuzní psychiatrických pacientů se mohou chovat velmi rozmanitým způsobem, že lékař nikdy neví, čeho se může nadít. Neboť schizofrenie často propuká ve věku okolo dvacátého roku života, takže mnohdy je schizofrenní pacient svobodný a jeho nejbližšími příbuznými jsou jeho rodiče. Velmi významnou postavou bývají matky těchto pacientů, které se nejednou projevují jako výrazně akcentované osobnosti s rysy hysterickými, schizoidními či jinými. Matky si často vůbec nechtějí připustit, že by jejich dítě, častěji syn, vůbec mohlo mít nějakou psychickou poruchu, natož schizofrenii. Matky bývají obvykle v rodině dominantní a nadměrně zasahují do života svých dětí. Otcové schizofrenních pacientů bývají naopak submisivní, ale také to bývají naopak osobnosti s rysy agresivity a nezájmu o rodinu. Ovšem neexistuje přesný model nějaké rodiny, který by vedl k vývoji schizofrenního dítěte.⁵³

⁵⁰ HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J. Psychiatrie, s. 395

⁵¹ ČEŠKOVÁ, E. Schizofrenie a její léčba, s. 13 - 14

⁵² VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese, s. 365 - 367

⁵³ KUČEROVÁ, H. Schizofrenie v kazuistikách, s. 29 - 30

Nemocný člen rodiny ovlivňuje chování všech členů rodiny a abnormní rodičovské chování je reakcí na abnormální chování dítěte, jeho působení je rozmanité a každý člen rodiny reaguje specificky:

- 1) **Matky schizofreniků mají tendenci:** nereagovat na potřeby dítěte, být extrémně intrusivní (dotěrně vnikající), potřeby dítěte zaměňovat za své vlastní, dávat rozpoznatelné emoční a verbální signály, nerozpoznávat ego hranice, s poruchou „jáství“, kdy se snaží svůj život žít skrze děti, jednou být nedostatečně pevné, podruhé být příliš přísné.
- 2) **Otcové schizofreniků jsou často:** ve své mužské roli nejistí, s potřebou neustálého povzbuzování a obdivu, lehce až středně paralogičtí nebo paranoidní.
- 3) **Rodiny schizofreniků:** nemají jasně definované generační a sexuální hranice, skýtají málo emoční vřelosti a ochrany, mají nedůvěru ke všemu cizímu, v rodinách jsou výrazné emoční boje, rodiče daleko více bývají svázáni se svou vlastní nukleární rodinou než s rodinou, kterou sami založili, často v rodinách existují patologické vazby rodič – dítě, které vytvářejí předpoklady pro neadekvátní sociální integraci a osobnostní vývoj.⁵⁴

Schizofrenogenní rodiny chybují při výchově hlavně v tom, že rodiče nejsou schopni reagovat citlivě na potřeby dítěte v konkrétním vývojovém období. Vážné socializace, protože: rodiče nejsou vhodným identifikačním vzorem, nevěří, že dítě není schopno se o sebe samo postarat, jejich příklad vede děti k víře, že nezávislost je nežádoucí či ohrožující, znemožňují dítěti přivést si kamarády do bytu, protože jsou egocentričtí a nedůvěřiví, jeden nebo oba rodiče mají tendenci zkreslovat realitu, aby si udrželi svou vlastní duševní rovnováhu, a toto vyžadují i od ostatních členů rodiny.⁵⁵

1.9 Jak jednat se schizofrenním nemocným

Jedním z častých znaků typických pro schizofrenii je tzv. pokus o nekomunikaci. Jejich různé formy popření komunikace jsou však současně určitým výrazem jejich vztahu ke světu, zejména k lidem, a jsou tedy také určitou formou komunikace.⁵⁶

⁵⁴ MALÁ, E. Schizofrenie v dětství a adolescenci, s. 89 - 90

⁵⁵ MALÁ, E. Schizofrenie v dětství a adolescenci, s. 90

⁵⁶ SYŘIŠŤOVÁ, E. Skupinová psychoterapie psychóz (ve vztahu ke schizofrennímu onemocnění), s. 29

Komunikace se schizofrenním nemocným:

- 1) Nebát se pacienta**, tato zásada může vypadat poněkud zvláštně, vždyť se lékař běžně svých pacientů nebojí. Nicméně v podvědomí lékařů a tedy i zdravého člověka je zakořeněna nebezpečnost takzvaných bláznů a není vždy bezdůvodná. Jsou známé příklady z minulosti i z nedávné doby, kdy psychicky nemocný člověk zaútočil na zdravotnický personál či civilisty. Není tedy divu, že zdravotnický personál a lidé, kteří nemají zkušenosti se schizofrenními nemocnými, mohou mít z těchto lidí strach. Strach je to nejhorší v komunikaci s pacientem, co může lékař prožívat. Strach je na lékaři i obyčejném člověku vidět, i když se jej snaží skrýt. Schizofrenní nemocný jej vycítí a tím spíše může dojít až k agresi.

- 2) Projev nezvládnutí situace**, je dát pacientovi najevo, že jeho chování nebo řeč není normální, je dalším projevem nezvládnutí situace ze strany lékaře či osob, které přijdou do styku se schizofrenním nemocným a to intonací, pohledem a jinými nonverbálními způsoby, že pacient mluví „nesmysly“. Také se může jednat o jen tak ledabylé nebo jen neformální odsouhlasení těchto „nesmyslů“, přičemž schizofrenní nemocný opět vycítí, že mu osoba, se kterou komunikuje, nevěří. A to může přinejmenším opět ztížit spolupráci a vést k agresivnímu chování.

Jednoduše řečeno, je velmi důležité, aby se lidé, kteří komunikují se schizofrenním nemocným, snažili o porozumění a naladit se na takzvanou stejnou komunikační vlnu.⁵⁷

⁵⁷ KUČEROVÁ, H. Schizofrenie v kazuistikách, s. 23 - 25

2 MENTÁLNÍ RETARDACE

Mentální retardace je stav neúplného nebo zastaveného duševního vývoje, který je charakterizován především narušením schopností projevujících se v průběhu vývoje a podílejících se na celkové úrovni inteligence. Mentální retardace se může vyskytnout s jakoukoliv jinou tělesnou, duševní či smyslovou poruchou nebo bez nich.⁵⁸

Mentální retardace je označení vrozeného postižení rozumových schopností, které se projeví neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit. Je definována jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje, přestože postižený jedinec byl přijatelným způsobem výchovně stimulován. Hlavními znaky mentální retardace jsou nedostatečný rozvoj řeči a myšlení, omezená schopnost učení a z toho vyplývající adaptace na běžné životní podmínky.⁵⁹

Mentální retardace je vrozená a trvalá:

1) Mentální retardace je vrozená.

Dítě se již od počátku svého života nevyvíjí standardním způsobem, na rozdíl od demence, která vzniká později a je pro ni typický úbytek již rozvinutých schopností.

2) Mentální retardace je trvalá.

I přesto, že je na etiologii a kvalitě stimulace možné určité zlepšení, horní hranice dosažitelného rozvoje jedince s mentální retardací je dána jak závažností a příčinou defektu, tak individuálně specifickou vhodností působení prostředí, to je výukových výchovných a terapeutických vlivů.⁶⁰

2.1 Historie péče o osoby s mentální retardací či jinou duševní poruchou

Z pohledu jednotlivých historicko-společenských epoch lze hovořit o následujícím kontinuu vývoje postojů společnosti k minoritě postižených:

- společnost bez mentálně postižených
- mentálně postižení mimo společnost

⁵⁸ VALENTA, M.; MÜLLER O. Psychopedie, s. 11 - 12

⁵⁹ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese, s. 289

⁶⁰ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese, s. 289

- mentálně postižení vedle intaktních
- mentálně postižení mezi intaktními
- mentálně postižení spolu s intaktními.⁶¹

Postoj k mentálně postiženým byl v průběhu celého historického vývoje značně ambivalentní, nejen takto postižení byli již v dětském věku usmrcováni, sloužili jako dvorní šašci, byli zneužíváni, ale i ochraňováni. Záleželo na tom, zda je lidé přijímali jako ta, kdo potřebují jejich ochranu, nebo je zavrhovali jako nebezpečné bytosti nebo či dokonce méněcenné.⁶²

Patrně prvním doloženým konceptem duševní poruchy v literatuře je deprese, která byla popsána v lékařském dokumentu tzv. Eberova papyru datovaného do doby kolem roku 1900 před Kristem.⁶³

Nejranější historická zmínka o mentálním postižení byla nalezena v egyptském Thébském papyru z roku 1552 před Kristem.⁶⁴

Již v antické společnosti Hippokrates dokazoval, že mentální onemocnění vzniká z poruch mozku, pozdější stoikové i epikurejci si zase všímali vztahů mezi jedincem a společností a poslední velký lékař antiky Galén definoval i symptomatické psychické poruchy a odlišoval slabomyslnost vrozenou od získané. Nicméně v praktické rovině měla starověká společnost na péči o duševně a jinak postižené jedince poměrně vyhraněný názor, jehož symbolem se stala z historie nechvalně proslulá spartská skála, na úpatí které končil krátký život těch postižených, jež otec po narození nezvedl z prahu svého domu. Tuto tradici v rámci jejich kulturního odkazu přejala od starých Řeků i římská civilizace s tím rozdílem, že skály Tajgetu byly nahrazeny řekou Tiber.⁶⁵

Raný středověk nenavázal na vědění antických myslitelů a koncept duševní poruchy jakožto nemoci neuznával. Codex Theodosianus dokonce odsuzuje vše, co pochází z magie a vyhlašuje trestání všech posedlých, čímž byly duševní poruchy vyňaty ze sféry medicíny a staly se předmětem démonologie. Nicméně již od raného středověku vznikají klášterní

⁶¹ VALENTA, M.; MÜLLER O. Psychopedie, s. 17

⁶² VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese, s. 289

⁶³ VALENTA, M.; MÜLLER O. Psychopedie, s. 17

⁶⁴ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese, s. 289

⁶⁵ VALENTA, M.; MÜLLER O. Psychopedie, s. 17

hospitály jakožto útulky pro nemohoucí, staré i duševně nemocné osoby, kde o postižené osoby pečoval mnich s jistou medicínskou průpravou.⁶⁶

Období renesance je především z našeho pohledu spojená se jménem jednoho z největších humanistů J. A. Komenského, který ve svých dílech hájil nutnost vzdělávat všechny děti bez ohledu na typ a stupeň jejich postižení. Ve své knize Velká Didaktika se zabýval jakousi první speciálně pedagogickou klasifikací žáků z hlediska jejich typologie. Z šesti skupin Komenského systému je pro nás zajímavá čtvrtá a pátá skupina, u nichž dává autor popis a metodické pokyny, jak postupovat. Čtvrtá skupina obsahovala kategorii žáků s lehkou mentální retardací, u nichž je třeba postupovat s výukou pomalu, silně motivačně, názorně, s redukcí učiva a individuálním speciálně pedagogickým přístupem. Do páté skupiny zařadil J. A. Komenský žáky s hlubším stupněm mentální retardace, u nichž je vzdělávání velmi obtížné, a to zvláště v případě, kdy se postižení kombinuje s poruchou chování. J. A. Komenský aplikoval na edukaci žáků s mentálním postižením pedagogické principy, které jsou funkční i v dnešní době, hlavně princip přiměřenosti, individuálního principu, názornosti, konkrétnosti a tím, že do středu zájmu učitele nepostavil učivo, nýbrž žáka.⁶⁷

Filip Pinel zakladatel moderní psychiatrie se na idiocii (tj. slabomyslnost) díval jako na afektivní a rozumovou retardaci, a to vrozenou nebo získanou, přičemž rozlišoval čtyři stupně:

- 1) stav blízký zvířeti,
- 2) stav, kdy jsou některé potřeby a pojmy zachovány,
- 3) hloupost, to je stav, kdy je na nižší úrovni zachován rozum a řeč,
- 4) imbecilita, stav s postupným úbytkem rozumových schopností.

Nejslavnějším Pinelovým žákem a pokračovatelem se stal Jean Etienne Diminique Esquirol, který jako první vymezil idiocii jako stav nikoliv tedy nemoc charakterizovaný vrozeným a trvalým nedostatkem rozumových schopností a pod pojmem imbecilita chápal lehčí formu slabomyslnosti, pro nejmírnější formu postižení stanovil pojem rozumové opoždění.⁶⁸

⁶⁶ VALENTA, M.; MÜLLER O. Psychopedie, s. 18

⁶⁷ VALENTA, M.; MÜLLER O. Psychopedie, s. 19 - 20

⁶⁸ VALENTA, M.; MÜLLER O. Psychopedie, s. 20 - 21

Lékaře Eduarda Sequina můžeme považovat za jakéhosi „otce zakladatele“ psychopédie a systematické péče o slabomyslné v Evropě i ve Spojených státech.

Další vývoj péče o jedince s mentálním postižením je spojen často se jmény reformních pedagogů: **MUDr. Ovid Decroly** inicioval v Belgii vznik diagnostických tříd pro slabomyslné žáky a vypracoval pro ně systém senzomotorických cvičení. V roce 1901 založil ústav pro slaboduché v Bruselu. **Marie Montessori** pracovala s mentálně postiženými žáky v orthofrenické škole a své poznatky využila pro koncipování předškolní výchovy dětí.⁶⁹

Pruský reformátor Johan Ignác Felbiger autor všeobecného (tereziánského) školního řádu z roku 1774, šlo o první zákonné ustanovení na území naší země řešící školní docházku dětí. Zastával názor, že nenadaní žáci by měli být přítomni výuce a učitel by je pro jejich malé nadání neměl trestat.

V roce 1863 byl vydán zákon o domovském právu, který stanovuje nárok postižených na sociální pomoc. V praxi to přineslo rozvoj zemských ústavů pro tělesně, duševně a smyslově postižené občany.

V roce 1869 byl vydán zákon o obecných školách, který měl nepříznivý dopad pro těžce tělesně a mentálně postižené děti, který je vylučoval ze vzdělání.

Teprve Školní řád o vyučování z roku 1905 umožnil s povolením zemských školních úřadů zřizovat zvláštní pomocné či podpůrné třídy, které by mohly navštěvovat i méně nadané děti, aby se předešlo, řečeno tehdejší odbornou terminologií „duševní zakrslosti“ říšského obyvatelstva.⁷⁰

Karel Herfort, lékař, vědec a speciální pedagog prosadil v ústavu individuální přístup k chovancům a prohloubil jejich výuku (včetně pracovní i tělesné) a zavedl chorobopisy vycházející z vědeckých diagnostických metod.

Blízkým spolupracovníkem doktora Herforta byl zakladatel našeho speciálního školství Josef Zeman, s jeho jménem je spojen zákon o pomocných školách z roku 1929, který vřadil pomocné školy do školského systému první republiky, upravoval řízení těchto škol státem a řešil otázku povinné školní docházky slabomyslných.

⁶⁹ VALENTA, M.; MÜLLER O. Psychopédie, s. 22 - 23

⁷⁰ VALENTA, M.; MÜLLER O. Psychopédie, s. 23 - 24

V roce 1920 byla v Olomouci otevřená první pomocná škola, jejímž ředitelem byl Konrád Sedláček.⁷¹

Období po druhé světové válce je spojeno s několika legislativními úpravami: **Zákon o jednotném školství z roku 1948**, který zřizoval školy zejména pro mládež tělesně vadnou a s vadami řeči a smyslů, duševně a mravně vadnou, postiženou chorobami a umístěnou v léčebných ozdravovnách a ústavech. Na základě **školského zákona z roku 1953** dochází k rozšíření edukace žáků s mentálním postižením na druhém cyklu škol. Vznikají zvláštní učňovské školy připravující žáky na výkon jednoduchých manuálních povolání. **Zákon z roku 1960** rozšiřuje síť speciálních škol o speciální mateřské školy.⁷²

Demokratické změny ve společnosti po „velkém třesku“ v listopadu 1989 se promítly i do směřování českého speciálního školství i psychopedie jakožto oboru: vzdělávací příležitosti byly nabídnuty všem dětem, tzn. i dětem s těžkým či kombinovaným zdravotním postižením, v minulých letech osvobozovány od povinné školní docházky, rozšířil se poradenský servis pro klienty se zdravotním postižením, jejich rodiny a pedagogické pracovníky, především zavedením systému speciálně pedagogických center (SPC), rozšířila se a zkvalitnila příprava psychopedů na dalších katedrách a odděleních speciální pedagogiky, nově otevřených vedle tradičních působišť v Olomouci a Praze.⁷³

Školství v České republice prochází procesem transformace, cílem změn je vytvoření demokratické a humánní školy, která by poskytovala všem členům společnosti stejné možnosti na dosažení odpovídajícího stupně vzdělání a zajišťování každému občanovi uplatnění práva na rozvoj svých individuálních předpokladů.⁷⁴

2.2 Epidemiologie

V naší populaci se vyskytují přibližně tři procenta mentálně postižených lidí, jejich četnost se liší v závislosti na míře defektu. Nejčastěji se vyskytuje lehký stupeň mentální retardace, kterou trpí sedmdesát procent všech takto postižených lidí. Závažnější formy mentální retardace jsou vzácnější. Dívky a chlapci bývají postiženi přibližně ve stejné míře, občas bývá uváděna o něco vyšší četnost mentální retardace u dětí mužského pohlaví.⁷⁵

⁷¹ VALENTA, M.; MÜLLER O. Psychopedie, s. 24 - 25

⁷² VALENTA, M.; MÜLLER O. Psychopedie, s. 26 - 27

⁷³ VALENTA, M.; MÜLLER O. Psychopedie, s. 27

⁷⁴ VALENTA, M.; MÜLLER O. Psychopedie, s. 29

⁷⁵ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese, s. 290

2.3 Etiologie mentální retardace

Na vznik mentálního postižení působí různé vlivy, které se vyskytují v období prenatálním (vlivy působící před porodem), perinatálním (vlivy působící během porodu a krátký čas po něm) a postnatálním (vlivy působící v průběhu života).⁷⁶

Příčinou vzniku mentální retardace je postižení CNS, tato porucha může vzniknout různým způsobem, její etiologie se projeví kvantitativně i kvalitativně v klinickém obrazu, to je převažujícími symptomy a závažností postižení. Jde o multifaktoriálně podmíněné postižení, na jehož vzniku se může podílet jak porucha genetických dispozic, které vedou k narušení rozvoje CNS, tak nejrůznější exogenní faktory. Tyto exogenní faktory poškodí mozek již v rané fázi jeho vývoje. Obě tyto složky působí ve vzájemné interakci.⁷⁷

2.3.1 Genetická podmíněnost mentální retardace

Mentální retardace může být geneticky podmíněna, v tomto případě je jejím základem porucha funkce nebo struktury genetického aparátu. Takových odchylek je velmi mnoho, často jde o syndrom, jehož jedním příznakem je mentální retardace, z genetického hlediska můžeme rozlišit:⁷⁸

1) Poruchy vzniklé na bázi odlišné struktury nebo počtu autozomů. Typickým příkladem je Downův syndrom neboli trisomie 21. chromozomu. Strukturální poruchou je například syndrom kočičího křiku, jde o ztrátu části 5. chromozomu.

2) Poruchy vzniklé na bázi odlišné struktury nebo počtu pohlavních chromozomů.

Mezi tyto poruchy patří například syndrom lomivého X, který převážně postihuje chlapce, projevuje se poruchami chování, můžeme shledat změněné proporce obličeje jako například: velké uši, výrazná brada a čelo.

3) Mentální retardace způsobená na bázi onemocnění genovou poruchou.

K poškození inteligence dochází různým způsobem, často v důsledku určitého chorobného procesu, například poškození mozku patologickými metabolity. Mnohé z těchto poruch se rozvíjí postupně, i když je jejich příčina vrozená.

⁷⁶ VALENTA, M.; MÜLLER O. Psychopedie, s. 58

⁷⁷ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese, s. 290

⁷⁸ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese, s. 290

4) Polygenně podmíněné omezení intelektového vývoje.

Jedná se spíše o krajní variantu normy. Jedinec s tímto postižením má malý počet funkčních genů potřebných k rozvoji mentálních schopností. V tomto případě bývají obvykle obdobně postiženi i rodiče, sourozenci, případně další příbuzní.⁷⁹

2.3.2 Teratogenní faktory

Teratogenní faktory mohou negativně ovlivnit prenatální vývoj jedince a mohou být příčinou vzniku nejen mentální retardace, ale i jiných poruch a postižení. Tyto faktory, poškozující normální vývoj dítěte, působí na plod prostřednictvím organismu matky, který je primárním prostředím plodu. Mohou to být:

1) Fyzikální faktory.

Například porodní poškození mechanickým stlačením hlavičky s následným krvácením do mozku, vlivem nedostatku kyslíku, ionizující záření.

2) Chemické faktory.

Mezi chemické faktory patří například.: alkohol, drogy nebo některé léky.

3) Biologické faktory.

Například mikrobiální a virové (virus zarděnek, který naruší vývoj embrya komplexním způsobem).⁸⁰

2.3.3 Postnatální poškození mozku

V době po narození může způsobit mentální postižení mnoho vlivů, mezi něž patří zánět mozku způsobený mikroorganismy (meningitida, klíšťová encefalitida), mechanické vlivy (traumata, mozkové léze při nádorovém onemocnění, krvácení do mozku a zvláště v pozdějším období onemocnění vedoucí k deterioracím inteligence typu Alzheimerovy a Parkinsonovy choroby, schizofrenie, apod.).⁸¹

Do této kategorie jsou zařazována pouze postižení, která vzniknou přibližně v době 1,5 – 2 let, v této době je velmi obtížné odlišit primární postižení od později vzniklé stagnace vývoje, respektive dokonce úbytku kompetencí. Pokud je příčinou vývojového opoždění nepřiměřená a nedostatečná výchova, nelze mluvit o mentální retardaci. Takový handicap není trvalý ani vrozený, můžeme jej definovat spíše jako sociální poškození vývoje

⁷⁹ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese, s. 290

⁸⁰ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese, s. 291

⁸¹ VALENTA, M.; MÜLLER O. Psychopedie, s. 60

rozumových schopností. Jeho příčinou je nedostatek přiměřených podnětů a ne poškození CNS, pokud by se dítě dostalo do podnětnějšího prostředí, jeho stav by se zlepšil. Míra očekávaného zlepšení je však leckdy těžko odhadnutelná, protože zanedbávající rodiče mohou být i hůře disponováni a obdobným způsobem může být zatíženo i jejich potomstvo.⁸²

2.4 Typy mentální retardace

Mentální retardace je stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je řečové, poznávací, motorické a sociální schopnosti. Retardace se může vyskytnout bez, nebo současně s jinými duševními nebo somatickými poruchami.

Stupeň mentální retardace se obvykle měří standardizovanými testy inteligence, ale mohou být ovšem nahrazeny škálami, které určují stupeň sociální adaptace v určitém prostředí. Měření škálami určují jen přibližně stupeň mentální retardace. Diagnóza bude také záviset na všeobecných intelektových funkcích, jak je určí školený diagnostik.

Sociální přizpůsobivost a intelektuální schopnosti se mohou měnit v průběhu času a i snížené hodnoty se mohou zlepšovat rehabilitací a cvičením.⁸³

Typologie mentální retardace podle MKN – 10:

MKN – 10 uvádí následující typy mentální retardace: lehká mentální retardace, střední mentální retardace, těžká mentální retardace, hluboká mentální retardace, jiná mentální retardace a neurčená mentální retardace.⁸⁴

1) Lehká mentální retardace.

U lidí s lehkou mentální retardací se projevuje opožděný řečový vývoj, hlavní problémy se objevují až s nástupem do školy. Většina klientů je plně nezávislá v sebeobsluze, je schopna vykonávat jednoduchá zaměstnání a v sociálně nenáročném prostředí se pohybovat bez problémů a omezení.⁸⁵ Respektují základní pravidla logiky, ale nejsou schopni myslet abstraktně. V jejich verbálním projevu chybí většina abstraktních pojmů. Řeč i myšlení jsou konkrétní. Jejich

⁸² VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese, s. 292

⁸³ Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – desátá revize, s. 236

⁸⁴ Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – desátá revize, s. 236 - 237

⁸⁵ VALENTA, M.; MÜLLER O. Psychopedie, s. 39

verbální projev je jednodušší, užívají kratších vět. Výslovnost nebývá zcela bezchybná. Jsou schopni se učit, jestliže jsou respektovány jejich možnosti. V dospělosti mohou dosáhnout určité samostatnosti, jsou pracovně začlenitelní, potřebují pouze oporu a dohled.⁸⁶

IQ u lehké mentální retardace se pohybuje přibližně mezi 50 až 69, což u dospělých odpovídá mentálnímu věku 9 až 12 let.⁸⁷

2) Střední mentální retardace.

U lidí se středně těžkou mentální retardací jsou řeč a myšlení výrazně omezené, stejně jako schopnosti sebeobsluhy, klienti vyžadují v tomto směru chráněné prostředí (chráněné bydlení a zaměstnání) po celý život. Řeč je jednoduchá a obsahově chudá i v dospělosti, někdy dokonce zůstává na nonverbální úrovni.⁸⁸

Uvažování jedinců se středně těžkou mentální retardací lze přirovnat k myšlení předškolního dítěte. Učení je limitováno na mechanické podmiňování k zafixování čehokoli je potřeba častého opakování. Jsou schopni osvojit si běžné návyky a jednoduché dovednosti. Mohou vykonávat jednoduché pracovní úkony, pokud se nevyžaduje rychlost a přesnost, potřebují trvalý dohled.⁸⁹

IQ u středně těžké mentální retardace dosahuje hodnot 35 – 49, což u dospělých odpovídá mentálnímu věku 6 – 9 let.⁹⁰

3) Těžká mentální retardace.

U lidí s těžkou mentální retardací je patrné výrazné opoždění psychomotorického vývoje již v předškolním věku, možnosti sebeobsluhy jsou výrazně a trvale limitované, jedinci nejsou schopni sebeobsluhy, jejich potrava musí být speciálně upravena, řečový vývoj stagnuje na předřečové úrovni (vzácně jednotlivá slova), někdy nemluví vůbec. Velmi časté poruchy chování v podobě stereotypních pohybů, sebepoškozování, hry s fekáliemi, afektů a agrese.⁹¹ Často jde o

⁸⁶ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese, s. 301 - 302

⁸⁷ Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – desátá revize, s. 236

⁸⁸ VALENTA, M.; MÜLLER O. Psychopedie, s. 39

⁸⁹ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese, s. 302

⁹⁰ Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – desátá revize, s. 236

⁹¹ VALENTA, M.; MÜLLER O. Psychopedie, s. 39

kombinované postižení, mnozí z nich mají postiženou i motoriku, jsou závislí na péči jiných lidí.⁹²

IQ u těžké mentální retardace se pohybuje v pásmu 20 – 34, což u dospělých odpovídá mentálnímu věku 3 – 6 let.⁹³

4) Hluboká mentální retardace.

U lidí s hlubokou mentální retardací je nutná trvalá péče i v těch nejzákladnějších životních úkonech, často těžké senzorické a motorické postižení, těžké neurologické poruchy.⁹⁴ Ve většině případů jde o kombinované postižení, poznávací schopnosti se téměř nerozvíjejí, lidé s hlubokou mentální retardací jsou maximálně schopni diferencovat známé a neznáme podněty a reagovat na ně libostí či nelibostí. Nevytvoří se ani základy řeči, jsou komplexně závislí na péči jiných lidí, obvykle bývají umisťováni do domovů pro osoby se zdravotním postižením (bývalé USP – ústavy sociální péče).⁹⁵

IQ u hluboké mentální retardaci dosahuje nejvýše 20, což u dospělých odpovídá mentálnímu věku pod 3 roky.⁹⁶

MKN – 10 uvádí ještě dvě kategorie jinou mentální retardaci a neurčenou mentální retardaci.⁹⁷

2.5 Prevence mentálního postižení

Prevenčí obecně rozumíme předcházení vzniku a výskytu takových nežádoucích jevů jako jsou úrazy, nehody, onemocnění, poruchy, atd. Prevence je zdravotnickou, psychologickou, speciálně pedagogickou a sociálně právní záležitostí, jež se dosahuje osvětou, depistáží (tj. vyhledávání narušených, postižených či ohrožených jedinců v populaci), diagnostickými, poradenskými, léčebně preventivními a dalšími opatřeními. Od

⁹² VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese, s. 302

⁹³ Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – desátá revize, s. 237

⁹⁴ VALENTA, M.; MÜLLER O. Psychopedie, s. 40

⁹⁵ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese, s. 302

⁹⁶ Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – desátá revize, s. 237

⁹⁷ Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – desátá revize, s. 237

prevence v tomto slova smyslu je třeba odlišit příbuzný pojem profylaxe, který znamená diagnostikování, vyhledávání a provádění nutných opatření tam, kde ještě sice nedošlo k onemocnění, ale toto bezprostředně hrozí. Jde o zdravotnický termín, který nejčastěji souvisí s hygienicko-epidemiologickými a léčebně profylaktickými opatřeními.⁹⁸ Podle charakteru a zaměření rozeznáváme prevenci:

1) Primární prevence.

Je zaměřená na vznik nežádoucího jevu, v našem případě na vznik mentálního postižení v populaci. Primární a částečně i sekundární prevence je záležitostí primární zdravotní péče, prenatální a postnatální péče o dítě, dodržování bezpečnostních pravidel zabráňujících úrazům a nehodám, výchovy zaměřené na zdravý životní styl, imunizace proti přenosným chorobám a infekcím. Desatero preventivních opatření vzniku mentálního postižení formulované Mezinárodní ligou společnosti pro mentálně postižené:

- nejméně tři měsíce před plánovaným početím by měla žena projít preventivní zdravotní prohlídkou,
- budoucí matka by měla přizpůsobit svůj jídelníček racionální výživě,
- v průběhu těhotenství by se měla vyvarovat pití alkoholických nápojů,
- včas se očkováním chránit proti hepatitidě typu B, zarděnkám, popřípadě se přeočkovat proti spalničkám,
- v průběhu těhotenství nekouřit,
- navštívit genetickou poradnu a to zvláště v případě, pokud se v rodině vyskytuje nějaká dědičná zátěž, když je matka starší 35 let a když dříve potratila, či se jí narodilo mrtvé dítě,
- neužívat léky bez konzultace s lékařem,
- nevystavovat se RTG záření,
- vyhýbat se infekcím,
- pravidelně docházet k lékaři.

2) Sekundární prevence.

Je zaměřená na ohroženou populaci. Toto ohrožení chápeme jak z hlediska zdravotního (rizikové zaměstnání, genetická zátěž v rodině), tak i environmentálního

⁹⁸ VALENTA, M.; MÜLLER O. Psychopedie, s. 97

(patogenní či nepodnětné rodinné či širší prostředí). Genetická prevence spočívá ve stanovení pravděpodobnosti výskytu postižení u dítěte v dědičně zatížených rodinách. Pokud je riziko vyšší jak deset procent, reprodukce se partnerům nedoporučuje. Prevence negativního působení environmentálních faktorů spočívá v důsledném monitorování dysfunkčních rodin především orgány péče o dítě, zdravotnickými popřípadě předškolními, školními či uprchlickými zařízeními, poradnami a je především zaměřena na eliminaci těžké kulturní a psychické deprivace.

3) Terciální prevence.

Je zaměřená na snížení dopadu důsledků mentálního postižení na jedince, a proto do ní spadá v nejširším slova smyslu veškerá psychopedická péče. Cílem terciální prevence v psychopedii je maximální možná socializace osob s mentálním postižením. Nejdůležitějšími prostředky této prevence je nejen naplňování principů humanizace a normalizace v ústavní péči, ale obecně především integrace, na kterou může být také nahlíženo jako na nejvyšší úroveň socializace.⁹⁹

2.6 Léčba a péče o mentálně postižené

Obecně platí, že mentální postižení je trvalého charakteru a nelze jej vyléčit, ale terapeutické metody slouží k podpoře přijatelného rozvoje takto postižených lidí a úpravě prostředí, v němž žijí včetně jejich rodiny.¹⁰⁰

1) Farmakoterapie.

Je jen doplňkovou a podpůrnou léčbou, která se používá například ke korekci poruch chování či zlepšení koncentrace pozornosti. Stimulační léčba však není považována za vhodnou, protože aktivizuje i negativní projevy, jako je agresivita a neklid.

2) Psychoterapie.

U mentálně postižených má nejčastěji charakter kognitivně-behaviorální terapie, jejímž cílem je eliminace nežádoucích projevů a rozvoj potřebných návyků a

⁹⁹ VALENTA, M.; MÜLLER O. Psychopedie, s. 97 - 99

¹⁰⁰ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese, s. 315

dovedností. V případě lehce postižených lze použít i skupinovou terapii, zaměřenou na korekci sociálního chování respektive emočních problémů, které jsou vyvolány negativním postojem okolí.

3) Práce s rodinou.

Je velmi důležitá, protože rodiče, sourozenci i příbuzní mentálně postiženého dítěte prožívají tuto situaci jako stresovou a mnohdy potřebují pomoc, aby se s ní vyrovnali. K tomuto účelu lze použít rodinou psychoterapii, svépomocné skupiny rodičů mentálně postižených dětí, jejichž terapeutický efekt spočívá v poskytnutí opory, navození pocitu pochopení a sdílení obdobných problémů, mnohdy i v získání zkušeností a užitečných informací.

4) Socioterapie.

Pomáhá při začleňování mentálně postiženého jedince do společnosti, poskytuje pomoc jeho rodině, aby byla schopna plnit své úkoly. Tato podpora může mít různý charakter, může jít o pomoc osobního asistenta, sociální dávky a dopravu do denního stacionáře apod.

5) Speciálněpedagogická pomoc.

Tuto pomoc poskytují již v raném věku centra rané péče, denní stacionáře, speciálněpedagogická centra, speciální školy a instituce (jako například ústavy sociální péče). Jejich hlavním úkolem je podpora maximálního rozvoje mentálně postiženého.¹⁰¹

2.7 Sociální význam a socializace mentálně postižených

Socializaci osob s mentálním postižením lze chápat jako proces celoživotně probíhajícího celkového zespolenšťování člověka. Socializace je proces osvojování si potřebného společenského chování či potřebných společenských znalostí a dovedností vlivem všech možností, jež poskytuje prostředí. Do socializace osob s mentálním postižením vstupují jejich vlastní osobnostní deficity i faktory reálného sociálního prostředí pro dosažení jejich

¹⁰¹ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese, s. 315

smysluplného zespolečenštění je nutné například: podporovat rodiny s členem s mentálním postižením, zajišťovat náhradní rodinou péči či služby sociální péče, zajišťovat výchovu, vzdělání a profesní přípravu, umožňovat adekvátní pracovní uplatnění a aktivity a zmenšovat potenciální překážky ve vztazích ze strany majoritní společnosti.¹⁰²

Mentální retardace bývá často majoritní společností chápána jako stigmatizující postižení. Stejně tak jako tomu bývá v případě duševně nemocných je hlavním problémem obtížnost dorozumění s těmito lidmi, omezenější možnost odhadnout jejich reakce, které nebývají vždy standartní, jejich snížená schopnost sebeovládání a z toho vyplývající odlišnost chování od očekávané normy. Jejich méně standartní reakce a zvýšená závislost na okolí vedou k podceňování mentálně postižených a k jejich negativnímu hodnocení. Často jim nebývají přisuzována stejná práva jako ostatním, ale nejsou na ně kladeny ani stejné požadavky. Sociální status mentálně postižených bývá nízký, pro ostatní jsou to mnohdy jen „blbci“, kteří stejně nic nechápou, a z tohoto důvodu není třeba na ně brát ohled. Tento postoj ovlivní i chování ostatních členů rodiny, zhoršuje emoční ladění, zvyšuje potřebu obranných reakcí a snižuje pocit pohody. Ze strany dospělých nejde o obvykle o přímé vyjádření jejich negativního postoje, to se spíše projeví v dětské skupině a trpí jim sourozenci postiženého jedince (například: posmívají se a pokřikují na něj).¹⁰³

Zátěž, kterou rodičům přináší existence mentálně postiženého dítěte je dána kombinací hned několika faktorů, které mohou mít rozdílnou intenzitu:

- míra nejistoty ve vztahu k postižení dítěte, nejistota závažnosti tohoto postižení, spojená s tendencí k nerealistickému očekávání, pozdější diagnostikování mentální retardace,
- zátěž péče o mentálně postižené dítě, která se také může projevit jako bezperspektivní, nutnost přizpůsobit této skutečnosti styl rodinného života a vztahy uvnitř rodiny a změnit hierarchii hodnot,
- míra sociální stigmatizace rodiny, která může být větší než v případě jiného onemocnění či postižení, pocit ztráty pozice v širší sociální skupině a ztráty pozice.

¹⁰² VALENTA, M.; MÜLLER O. Psychopedie, s. 203 - 205

¹⁰³ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese, s. 306 - 307

Sociální stigmatizace bývá přímo úměrná nápadnostem v chování postižených i vzhledu, respektive míře jejich odlišnosti od očekávaného standardu. Proto se v průběhu dětství spíše zvyšuje, u kojenců, batolat a u malých dětí nejsou rozdíly tak zřejmé. Mentální postižení je spojeno i s opožděním v oblasti socializace, to se projeví především zvýšenou závislostí se všemi důsledky. V raném věku přetrvává vazba na matku v původní, symbiotické podobě. Mentálně postižené děti obvykle nemají rozvinuty všechny kompetence, které jsou k postupnému osamostatňování potřebné, a tudíž nemají ani potřebu emancipace. Pro matku je na druhé straně tato vazba určitou emoční odměnou, potvrzení, že ji dítě potřebuje, je pro ni důležité, kromě toho jsou mnohé matky přesvědčené, že mentálně postižené dítě ani samostatně být nemůže.¹⁰⁴

· 2.7.1 Komunikace a sociální vztahy mentálně postižených

Významnou překážkou socializace je omezený rozvoj komunikačních kompetencí, který se projevuje neschopností adekvátního verbálního vyjádření a potížemi v porozumění. Právě tento fakt ovlivňuje sociální interakci s těmito lidmi. Komunikace zdravých lidí s mentálně postiženými má určité charakteristické znaky: je méně schematičtější, empatická, protektivnější a obvykle trvá kratší dobu. Většinou jde o asymetrickou interakci, jejíž průběh nemůže mentálně postižený příliš ovlivňovat, bývá v roli pasivního příjemce informací a požadavků, závislého na aktivitě jiných lidí. Zdraví lidé se v této situaci chovají méně flexibilně, rigidita jejich chování může být dána nedostatkem informací, časovou náročností komunikace či nedostatkem respektu k možnostem mentálně postižených.

Mentálně postižení obvykle preferují stereotyp i v sociálních vztazích. Dávají přednost kontaktu se známými lidmi, kteří se chovají obvyklým a pro ně srozumitelným způsobem, případně se chovají ke všem lidem stejně, bez ohledu na jejich sociální roli. Mentálně postižení sice mohou pozorovat různé lidi a různé sociální interakce, ale obtížně chápou jejich podstatné znaky a smysl chování. Proto je i učení pouhým mechanickým opakováním určitého projevu a nemá větší efekt. Dalším určitým problémem mentálně postižených je rovněž jejich větší izolace, mentálně postižené dítě není pro své zdravé vrstevníky vždy dostatečně atraktivní, protože nerozumí jejich hře a tudíž nereaguje očekávaným způsobem.

¹⁰⁴ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese, s. 307

Celoživotní péče o mentálně postiženého potomka představuje značnou zátěž, je nutné mu přizpůsobit životní styl celé rodiny, omezit své individuální potřeby a vyrovnat se se specifickou sociální pozicí rodiny i eventuální izolací.¹⁰⁵

¹⁰⁵ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese, s. 308 - 310

3 SCHIZOFRENIE U MENTÁLNĚ RETARDOVANÝCH JEDINCŮ

Uvádí se, že u lidí s mentální retardací je výskyt přidružených duševních onemocnění asi třikrát až čtyřikrát častější než u lidí s normálním intelektem. Diagnostika u mentálně retardovaných jedinců je velmi obtížná, zvláště u těžce a hluboce postižených osob. Mnohdy jsou tyto poruchy diagnostikovány špatně či nejsou odhaleny vůbec. Diagnostika schizofrenie u pacientů s lehčí formou mentální retardace nebývá tolik obtížná, neboť pacienti jsou schopni dobře verbalizovat svoje potíže. Symptomy duševního onemocnění bývají zřetelné, komplikací však mohou být horší vyjadřovací schopnosti a často bohatá fantazijní produkce. U lidí s těžší formou mentální retardace, kde verbální komunikace je prakticky nemožná, je nutno symptomy duševní nemoci odvozovat z pozorování či čerpání informací od blízkých lidí.

Zdá se, že nejčastějším psychotickým onemocněním u mentálně retardovaných jedinců jsou přechodné a akutní psychotické poruchy a schizofrenie, v terminologii české literatury se hovoří o tzv. „naroubované“ schizofrenii na mentální deficit.¹⁰⁶

3.1 Epidemiologie

Přesné stanovení výskytu schizofrenního onemocnění u mentálně retardovaných jedinců je často komplikováno mnohými diagnostickými problémy.

3.2 Prevalence

Prevalence výskytu schizofrenie u mentálně retardovaných jedinců je kolem tří procent, některé publikované studie se zabývají také prevalencí epilepsie u mentálně retardovaných jedinců se schizofrenní poruchou ve srovnání s čistou mentální retardací, jedinci s komorbiditou mentální retardace a schizofrenie mají větší pravděpodobnost onemocněním epilepsií.

¹⁰⁶ Schizofrenie u mentálně retardovaných pacientů, diagnostické rozvahy a praktické zkušenosti. [online]. 2013 [cit. 15-9-2013]. Dostupné z <http://www.cspsychiatr.cz>

Pro schizofrenii u mentálně retardovaných jedinců svědčí z psychotických příznaků postupné zhoršování sociálního kontaktu, nepřiměřenost emočních reakcí, ochuzení řeči, zárazy a inkoherece. U schizofrenie bývá nutné, aby byla přítomna nápadná změna jednání a chování u dříve dobře adaptovaného jedince, která nemá souvislost s vnějšími vlivy. Spouštěče takového chování nelze nalézt, důležitá je i dynamická složka onemocnění, pozorujeme jistou délku trvání, vývoj symptomů, také ani samotná hospitalizace nebo neklidová terapie nevede k náhlé změně a ustálení projevů.¹⁰⁷

¹⁰⁷ Schizofrenie u mentálně retardovaných pacientů, diagnostické rozvahy a praktické zkušenosti. [online]. 2013 [cit. 15-9-2013]. Dostupné z <http://www.cspsychiatr.cz>

4 VÝZKUMNÁ ČÁST BAKALÁŘSKÉ PRÁCE – KAZUISTIKY

4.1 Kazuistiky tří jedinců postižených schizofrenií a mentální retardací

Pro kvalitativní výzkum byly vybrány tři osoby, které mají diagnostikovanou schizofrenii a zároveň také mentální postižení. Tyto kazuistiky mají poskytnout čtenářům informace o životě lidí postižených schizofrenií a mentální retardací.

4.2 Výzkumný problém

Výzkumným problémem je, studie specifické problematiky kombinace onemocnění popis života lidí postižených schizofrenií a mentální retardací. Celoživotní prevalence schizofrenie je podle WHO kolem jednoho procenta. Mentální retardace se vyskytuje ve dvou až třech procentech populace.¹⁰⁸

Uvádí se, že u lidí s mentální retardací je výskyt přidružených duševních onemocnění asi třikrát až čtyřikrát častější než u lidí s normálním intelektem. Prevalence výskytu schizofrenie u mentálně retardovaných jedinců je kolem tří procent, některé publikované studie se zabývají také prevalencí epilepsie u mentálně retardovaných jedinců se schizofrenní poruchou ve srovnání s čistou mentální retardací, jedinci s komorbiditou mentální retardace a schizofrenie mají větší pravděpodobnost onemocněním epilepsií.¹⁰⁹

Často takto postižení lidé bývají umisťováni v alternativních zařízeních, jako jsou tzv. bývalé ústavy sociální péče (ÚSP), avšak tyto ústavy nejsou pro práci s takovým typem klientů zaměřeny. Také bych chtěla ve své práci poukázat na problematiku, že pro takové typy klientů není v České republice vybudované žádné zařízení.

4.3 Výzkumný cíl

Výzkumným cílem je poukázat na specifika projevů schizofrenie u lidí s mentální retardací. Pomocí kazuistik zjistit, jak probíhá ataka tohoto onemocnění u lidí s mentální retardací a jak vypadá období remise.

¹⁰⁸ Schizophrenia. [online]. 2013 [cit. 12-10-2013]. Dostupné z <http://www.e-mfp.org/2008v3n3/pdf/schizophrenia.pdf>

¹⁰⁹ Schizofrenie u mentálně retardovaných pacientů, diagnostické rozvahy a praktické zkušenosti. [online]. 2013 [cit. 15-9-2013]. Dostupné z <http://www.cspsychiatr.cz>

4.4 Metodologie

Pro tuto práci byl zvolen kvalitativní přístup. Použita byla metoda případových studií. Oblasti, na které jsem se při zkoumání zaměřila, jsou následující: anamnestické údaje, období stanovení diagnózy schizofrenie, projevy onemocnění, jak probíhá ataka tohoto onemocnění a období remise. Na závěr jsem se zabývala otázkou života nyní a budoucností. Kladené otázky byly přizpůsobeny schopnostem tázaných respondentů. Respondenti byli dopředu s otázkami seznámeni. Respondenti byli seznámeni s tím, že si výzkumník bude dělat písemné poznámky, neboť s nahráváním respondentů na diktafon žádný z respondentů nesouhlasil vzhledem k charakteristice onemocnění. Respondenti byli poučeni o anonymitě, že získané informace budou použité pouze k danému účelu. Každý z respondentů měl možnost volby prostředí, kde k rozhovoru dojde.

Respondenti si vybrali následovně:

1. Marie si vybrala svůj pokoj v nejmenovaném zařízení.
2. Anna si vybrala pracovnu, kam dochází pravidelně na terapii.
3. Lenka - matka si vybrala pro vyprávění životního příběhu o své dceři Petře svůj byt.

4.5 Metody sběru dat

Ke sběru dat byly použity nestrukturované rozhovory, dokumentace a vyprávění zdravotního personálu paní M. L. a L. Z., ze kterých jsem získala informace pomocí vyprávění. Získané výsledky jsem po vyhodnocení zpracovala do kazuistik, které by měly přiblížit život tří jedinců postižených schizofrenií a mentální retardací. Během vyprávění výzkumník pokládal zdravotnímu personálu doplňující otázky pro získání přesnějších informací. Zvolila jsem rozhovor s otevřenými otázkami, které naváděly k vyprávění životních příběhů. K rozhovorům byly výzkumníkovi povoleny pouze písemné poznámky, které po té výzkumník vyhodnotil, analyzoval, zpracoval a přepsal, nahrávání na diktafon respondenti odmítli.

4.6 Účastníci výzkumu

V kazuistikách popisují příběhy tří vytipovaných jedinců trpících schizofrenií a mentální retardací, kterým z důvodu zachování anonymity byla pozměněna jména a to (28 leté Petry, jejíž příběh vypráví matka Lenka 58 let, dále po té příběh 38 leté Marie, který vypráví

zdravotní sestra M. L. a 43 leté Anny, který vypráví zdravotní sestra L. Z.). Předmět výzkumu bude znázorňovat životní situace v období dětství až po dospělost těchto jedinců trpících schizofrenií a mentální retardací.

4.7 Kazuistika Marie

Tato kazuistika byla zpracována na základě možnosti nahlédnutí do zdravotních záznamů klientky, z vyprávění klientky Marie a všeobecné zdravotní sestry paní M. L. (ošetřující personál), která pracuje v tomto nejmenovaném zařízení již 30 let. Z důvodu zachování anonymity klientky i personálu zařízení, budou v této kazuistice používány pouze iniciály případně, budou pozměněná jména klientů ústavu sociální péče, kde se nyní nachází.

Klinický dojem

Slečna Marie, je mladá žena, vysoké štíhlé postavy. Marie má úzký oválný obličej, tmavě hnědé oči, velmi výrazné tmavé obočí, které upoutá již na první pohled a dlouhé černé vlasy, které ji sahají téměř až do pasu. Na sobě má oblečené dlouhé černé tepláky, delší pruhované tričko s krátkým rukávem a obutá je v domácí obuvi (papučích – nazouváky). Na ruku, krku a hlavě (ve vlasové části hlavy a uších) má různé ozdoby (prsteny, náramky, řetízky, sponky – bižuterie), přes tyto šperky je zřetelně vidět prostupující alergická reakce (velmi výrazné červené skvrny, které jsou rozškrábané). Marie trpí kontaktní alergií na kovy, proto je jí indikováno ze strany lékaře, tyto ozdoby nenosit. Po té, co mě Marie pozvala do svého pokoje, se pohodlně usadila ve svém oblíbeném houpacím křesle, bez známek nervozity či napětí.

Anamnéza

Rodinná anamnéza a osobní anamnéza

Marie je narozena v roce 1975, je svobodná, bezdětná. Dle záznamů porod proběhl s komplikacemi, při kterém došlo nejspíše k mechanickému poškození mozku. V nejmenovaném zařízení je od září roku 2009. Před umístěním do tohoto zařízení žila se svou matkou.

Matka narozena v roce 1949 v Šumperku, zemřela v roce 2009. Marie uvádí, „že matka pracovala na dráze“. Otec od dětství nejeví o Marii zájem. Marie ho vůbec nezná.

Bratr P. L. narozen v roce 1979 v Šumperku, zemřel strangulací (smrt oběšením) v roce 2005. Marie byla vychovávána matkou a přítelem matky panem F. H., který pracoval jako dělník. Matka Marie byla opakovaně hospitalizována v psychiatrické léčebně (důvod hospitalizace matky v PL v záznamech nebyl uveden). Z tohoto důvodu Marie většinu svého dětství strávila u babičky paní V. L. ve Vikýřovicích, která je nyní umístěna v domově pro seniory a proto nebyla a není schopna se o Marii dále starat.

Marii v nejmenovaném zařízení navštěvuje dvakrát do roka její teta s manželem, kteří se dříve s Marií a její matkou nestýkali.

Marie užívá léky: antiparkinsonika, antidepresiva, léky k potlačení křečí různého původu – zklidnění, antiepileptika, antipsychotika.

Sociální anamnéza

Již ve školce se Marie projevovala opožděně oproti vrstevníkům i přesto byla psychologem doporučena na základní školu ve Vikýřovicích, kde ovšem neuspěla, proto byla umístěna do zvláštní školy internátní v Šumperku.

Z důvodu opakované hospitalizace matky Marie v psychiatrické léčebně, strávila většinu svého dětství u své babičky (ze strany matky).

Při činnostech vyžaduje neustálý zájem (pozornost) personálu, ostatní klienti nemají téměř možnost vyjádřit své potřeby. Ostatní klienti se Marie bojí, neboť trpí bludy a epileptickými záchvaty, které jsou nepředvídatelné (Marie nemá auru), z tohoto důvodu dle slov M. L. dochází k izolaci ostatních klientů od Marie.

Diagnóza mentální retardace

Ve školce se Marie projevovala opožděně oproti vrstevníkům, byla málo komunikativní, stranila se, ale i přesto jí psycholog doporučil na základní školu ve Vikýřovicích. Tam ale Marie dle záznamů neuspěla, proto byla umístěna do zvláštní školy internátní v Šumperku. Po té Marie podstoupila různá vyšetření, kde jí byla diagnostikována lehká mentální retardace.

Během studia na zvláštní škole internátní se u Marie začaly projevovat epileptické záchvaty, byla jí diagnostikována idiopatická epilepsie (záchvaty – křečovitě stavy se vyskytují pouze občas).

V druhé třídě se již opakovaně léčila v psychiatrické léčebně ve Šternberku po pokusu o spáchání sebevraždy její matky. Třetí třídu již Marie absolvovala v psychiatrické léčebně pro děti v Opařanech okr. Tábor. Od čtvrté třídy do deváté třídy opět návrat ke studiu na zvláštní škole internátní v Šumperku.

Diagnóza schizofrenie

V září roku 1990 (chodila do deváté třídy) vyústilo Mariino agresivní chování v útok vedený proti spolužačce. Marie bodla spolužačku nožem. Marie uvádí „bylo mi přikázáno hlasy, zachraň se, bodni“. Po tomto incidentu byla opět hospitalizována v psychiatrické léčebně ve

Šternberku. Kde jí byla poprvé diagnostikována paranoidní schizofrenie. Z důvodu jejího agresivního chování ve zvláštní škole v Šumperku Marii nebylo umožněno dostudovat.

Mariiným velkým přáním bylo studovat obor zahradnictví nebo švadlenu v Křenovicích u Kojetína, ale zde nebyla přijata.

Po té se s matkou a bratrem odstěhovala do Zábřehu na Moravě, kde žili ve společné domácnosti. Do zaměstnání nikdy nechodila. Během tohoto soužití opakovaně hospitalizována v psychiatrické léčebně. Dalším významným mezníkem byla smrt bratra, o kterém Marie velmi ráda mluví, říká: „můj bratříček P. si kvůli té babizně K. D. vzal život, protože ona si našla jiného chlapa, to mi řekl můj bratr P. Mám ho ráda, pořád se mnou mluví. P. měl s ní dvouletého syna, ale já jsem ho naposledy viděla, když byl malý, před smrtí P., oběsil se na půdě v domě, ve kterém jsme bydleli v Zábřehu na Moravě. Já ho tam viděla, jak visí. I potom jsme tam v tom domě s maminkou dále bydleli, až do její smrti, ona zemřela také v tom domě, jak P.. Pak jsem byla na psychině – léčit se s nervama“. Matka Marie zemřela v roce 2009 v Zábřehu na Moravě, po té se Marie psychicky zhroutila a byla opětovně hospitalizována v psychiatrické léčebně Šternberk. Po smrti matky jí byla přidělena opatrovnice z městského úřadu paní J. P., která jí vyřídila pobyt v nejmenovaném zařízení, kde pobývá Marie dosud.

Projevy onemocnění schizofrenie

Při atakách se u Marie vyskytují nadměrná aktivita, halucinace, bludy, úzkost.

Nadměrná aktivita

Marie, dle vyjádření zdravotní sestry paní M. L., když je rozrušená se projevuje záměrným vyvoláváním epileptických záchvatů, kde nekontrolovatelně skáče, běhá, je slovně i fyzicky agresivní vůči ostatním klientkám i personálu, hlasitě mluví, křičí, její chování se zcela vymyká normě (komunikuje s lidmi, kteří nejsou v daný moment u Marie přítomně), její chování je zcela neodklonitelné. V okamžiku rozrušení nedodrжуje základní pravidla slušného chování, snaží se manipulovat s klienty i personálem, překrucuje skutečnost, i když má několik svědků, slovně i brachiálně agresivní, vulgární. Například.: vyžaduje úkony ošetrovatelské péče (mazání atd., vzápětí si masti stírá a dožaduje se ošetření od odborníka - lékaře). Zcela bez náhledu, při rozhovoru vyhrožuje, osočuje personál.

Halucinace

Jak je uvedeno výše, při záměrném vyvolávání epileptických záchvatů komunikuje s lidmi, kteří nejsou v daný moment přítomni. Komunikuje se svým bratrem P., i když je již po smrti, Marie velmi ráda mluví o svém bratru, říká: „mám ho ráda, pořád se mnou mluví“.

Bludy

Marie si stále stěžuje na nedostatky, že má všeho málo, má mnoho léků (kverulantství), opakovaně smlouvá o snížení léků, chce ihned hovořit s lékařem. Nevybíravým způsobem se dožaduje podání či předepsání Lexaurinu. Marie vnímá Lexaurin jako všelék, je jím zcela posedlá. Lexaurin ji byl dle slov zdravotní sestry nejspíše podán během hospitalizace v psychiatrické léčebně a od té doby Marie usiluje o jeho získání.

Popletené myšlenky

Často je Marie zmatená, zaplétá se do svých myšlenek, neví co chtěla před chvílí ani co chce nyní.

Úzkost

Marie má velký (abnormální) strach z ublížení si, například: když, má odřeninu křičí: „umřu, chci jít k doktorovi“, běhá po celém zařízení, všem to povídá a ukazuje.

Marie trpí panickou hrůzou z hospitalizace v psychiatrické léčebně, například dnes se jela ostříhat ke kadeřníkovi. O této skutečnosti byla informována již před několika dny, kdy souhlasila. Jenže dnes po připomenutí této skutečnosti Marii, začala vykřikovat zcela hystericky, na psychinu nepojedu. Dožadovala se (musela být) ubezpečena několika zaměstnanci, že opravdu jede ke kadeřníkovi, s čímž před několika dny souhlasila, nikoli do psychiatrické léčebny.

V minulosti také u Marie došlo k opačné situaci – **ztrátě energie**, kdy byla Marie v takovém útlumu, že musela být odvezena do psychiatrické léčebny, s pobytem v psychiatrické léčebně souhlasila bez jakýchkoli výhrad. Pobytu se nebránila. Po nějaké době se Marie vrátila z psychiatrické léčebny do nejmenovaného zařízení, ke zlepšení nedošlo, vrátila se ve stejném stavu, jako když byla psychiatrem odeslána k hospitalizaci do psychiatrické léčebny. Z tohoto důvodu byla opětovně ihned odeslána zpět do psychiatrické léčebny k úpravě medikace. Po nastavení nové léčby se vrátila ve stavu, který odpovídá její nemoci.

Návrat ataky neprobíhá vždy stejným způsobem, nelze říct, co nebo kdo bývá prvotním impulsem, který vede k atace klientky. Jednou se může zdát, že její chování spustila hádka s jinou klientkou, po druhé jí rozhodí, že není vše podle jejich představ.

Remise onemocnění

Když je Marie v klidové situaci, tak spolupracuje s personálem. V tomto nejmenovaném zařízení má každý z klientů možnost docházet na pracovní terapii, Marie tuto možnost

využívá pouze v případě, když je v klidové situaci a cítí, že je to dobré pro její prospěch (snaží se, chce komunikovat s ostatními klienty i personálem). Stinnou stránkou onemocnění Marie je, že ostatní klienti mají z Marie strach (z důvodů bludů a epileptických záchvatů), odsekávají ji, nechťejí se s ní bavit, což Marii rozrušuje, protože si neumí vysvětlit, proč to tak je, ona za nic nemůže, to dělají všechno jen ostatní. Ostatní klienti se snaží Marii od sebe izolovat.

Marie nemá náhled na schizofrenii ani v remisi.

Práce s klientkou – projevy mentální retardace

S Marií je velmi těžká spolupráce, neboť jí nic nebaví, u ničeho dlouhodobě nevydrží, nic nemá podle ní smysl. Podle standardů kvality poskytovaných služeb nejmenovaného zařízení se s Marií vytvářejí tzv. individuální plány (osobní cíle klienta), což je téměř nemožné, neboť jediné co jí zajímá je dostatek jídla a kávy. Jakýkoliv návrh ze strany personálu ohledně výběru činnosti odmítá, nic nebude dělat. Marii je umožněno docházet na pracovní terapii, což většinou odmítá, dle personálu tuto možnost využívá pouze v případě, když je to pro její prospěch (jedinou motivací je pro ni káva a cola), například: ráda dochází na canisterapii, která ji uvolňuje, ovšem tomu předchází situace, že se dožaduje neurvalým způsobem této aktivity, předbíhá ostatní klienty, chová se zcela nevhodně, bez zábran říká: „teď jdu já“, nic jiného jí nezajímá. Při činnostech vyžaduje neustálý zájem (pozornost) personálu, stále opakuje dokola, že je moc unavená, že má moc léků, z tohoto důvodu se dožaduje podání (předepsání) Lexaurinu, ten jí pomůže. Své chování si z důvodu své nemoci nepřipouští a neuvědomuje. Ona nic špatného nedělá, za všechno mohou ostatní.

Aktuální stav

Marie je soběstačná v sebeobsluze, hygienické návyky dodržuje pod dohledem personálu, umí číst, psát, řeč je srozumitelná. Je u ní časté střídání nálad, chování konfliktní k spoluobytelům i personálu, zde je zcela bez náhledu. Aby na sebe upoutala pozornost – dochází k sebepoškozování (například: trpí kontaktní alergií na kovy a přitom nosí stále nějaké ozdoby, které nejsou vhodné a alergii zhoršují).

Marie v současnosti pravidelně navštěvuje psychiatra, který pravidelně dochází do nejmenovaného zařízení. Během několika posledních let opakovaně hospitalizována v psychiatrické léčebně (Kroměříž, Šternberk) k úpravě medikace. Zdravotní stránka Marie neměnná, je u ní předpoklad postupného zhoršování zdravotního stavu.

Pro získání představy o tom, jak Marie vnímá současnost a budoucnost jí byla položena otázka: „Marie, pojďme si spolu povídat o tom, co děláme teď a co budeme dělat? Já se například nyní chystám pomalu nakupovat vánoční dárky a v létě pojedu na dovolenou a v budoucnu plánuji i děti, co plánuješ ty?“ „Zapálím svíčku na památku svého bratříčka P., dám si kávu, mám hodně léků, nemám pastu, že všechno bude dobré?“

Závěr kazuistiky

Marie je mladá žena, která byla umístěna v nejmenovaném zařízení po smrti její matky. I přesto, že žije v tomto zařízení již několik let, do kolektivu ostatních klientů se nezačlenila, nemá zde žádné přátele. Ostatní klienti mají z Marie strach, důvodem je její onemocnění (bludy a epileptické záchvaty, u kterých Marie nemá tzv. auru (že ví před počítím záchvatu, že k němu dojde). Klienti se nechtějí s Marií bavit, izolují ji od sebe, což u ní vede k častému rozrušení.

Ataka u Marie neprobíhá vždy stejným způsobem. Při atakách se u Marie vyskytují: nadměrná aktivita, úzkost, bludy, halucinace, popletené myšlenky. Marie nemá náhled na své onemocnění ani v remisi.

Marie pravidelně navštěvuje psychiatra, který pravidelně dochází do tohoto nejmenovaného zařízení.

4.8 Kazuistika Anna

Tato kazuistika byla zpracována na základě možnosti nahlédnutí do zdravotních záznamů klientky, z vyprávění klientky Anny a jejího klíčového pracovníka (všeobecné zdravotní sestry paní L. Z. - ošetřující personál), která pracuje v tomto nejmenovaném zařízení již téměř 17 let. Z důvodu zachování anonymity klientky i personálu zařízení, budou v této kazuistice používány pouze iniciály případně, budou pozměněná jména klientů ústavu sociální péče, kde se nyní nachází.

Klinický dojem

Paní Anna, je žena středního věku, menší plnoštíhlé postavy. Anna má kulatý obličej, na kterém při prvním pohledu zaujme vysoké čelo a její velké modré oči. Anna má malý nos a nevýrazná ústa. Anna má středně dlouhé světle hnědé vlasy (po ramena), střižené na mikádo. Anna přichází do pracovny velmi pozitivně naladěná, usměvavá, bez známek nervozity či napětí. Anna si v ruce nese hrnek s kávou, který odloží na stůl k psacímu stroji a po té se usadí na židli. Sotva dosedne, hned si přejede rukama po vlasech, nejspíš z důvodu ujištění, že má vlasy v pořádku a není rozčuchaná. Na sobě má oblečené úzké, modré, vyšívané rifle a černé tričko, na nohou má obuté černé baleríny. Na levé ruce má velké náramkové hodinky. Na pravé ruce má výrazný náramek z nějakého kovu (stříbro či ocel). Paní Anna působí celkově velmi upraveným dojmem.

Anamnéza

Rodinná a osobní anamnéza

Anna se narodila v roce 1970. Pochází ze šesti sourozenců. Rodiče již zemřeli. Se sourozenci se nestýká, ani o nich nemluví.

Anně byla diagnostikována střední mentální retardace, diabetes, epilepsie a paranoidní schizofrenie. Po opakovaných porodech se její psychický stav zhoršuje. Manžel byl alkoholik, nebyl schopný se o děti postarat, proto dva synové byli odebráni a dáni k adopci, nejmladší syn je umístěn v zařízení v Krnově. O manželovi se odmítá Anna bavit, toto téma ji vždy nepřiměřeně rozruší. V záznamech jsou uvedeny rozsáhlé zlomeniny u Anny, například zlomená nosní přepážka, pohmožděniny na celém těle (možné týrání manželem).

Po třetím porodu v roce 2000 umístěna do nejmenovaného zařízení, z důvodu zhoršení jejího psychického stavu, opakovaně byla hospitalizována v psychiatrické léčebně. Nikdo jí v nejmenovaném zařízení nenavštěvuje.

Anna užívá následující léky: antidepresiva, antipsychotika, statiny a fibráty – léky, které upravují lipidy (tuky) v těle), léky na léčbu vysokého krevního tlaku, dny a cukrovky.

Sociální anamnéza

Vychodila zvláštní školu v Kroměříži. Po té se učila na zvláštním učilišti obor – pomocná kuchařka. Tento učební obor nezvládla dostudovat. Po ukončení studia pracovala jako uklízečka v nemocnici, kde se seznámila se svým manželem. Se kterým má tři syny, (Anna je přesvědčená o tom, že má pouze dvě děti – dceru Květu a syna Dušana, další dva syny vytěsnila ze své paměti. Projevuje zájem jen o nejmladšího syna, se kterým je v písemném i osobním kontaktu, byla ho několikrát během pobytu v nejmenovaném zařízení se svou klíčovou pracovnící navštívit. Pravidelně mu zasílá balík s pochutinami, udržuje písemný kontakt. Anna sama udává, jak je její syn šikovný, že všechno zvládá, že je samostatný, přitom opak je pravdou, její syn trpí těžkou mentální retardací a přidruženými nemocemi. Sebeobsahu nezvládá, téměř nemluví a je odkázán zcela na pomoc personálu zařízení. Její klíčová pracovníce paní L. Z. uvádí, že ani když viděla svého syna, jak těžce je postižen, stále se i nadále domnívá, že je šikovný a soběstačný. Dále Anna stále hovoří o své dceři Květě, jak chodily a jezdily společně na výlety, jak měla ráda vanilkovou zmrzlinu a zvířata, přitom v záznamech o dceři Květě není nic uvedeno (dle záznamů žádnou dceru nemá, ani neměla a potrat neprodělala).

Klíčová pracovníce paní L. Z. uvádí, že Anna se vyhýbá kontaktu s muži, nejspíš z důvodu špatného vztahu s manželem. L. Z. říká: „Když jsme například někde na výletě a potkáme tam klienty z jiného zařízení, naše klientky se s nimi hned baví, jsou kamarádké, ale Anna se straní, baví se pouze s klienty z našeho zařízení. Pokud s ní chce navázat kontakt některý z klientů, okamžitě odchází.“ Ostatní klienti zařízení se Anny bojí, neboť bývá slovně i fyzicky agresivní ke klientům i personálu zařízení.

Diagnóza onemocnění

Jak je uvedeno výše, Anně byla diagnostikována střední mentální retardace, diabetes, epilepsie a paranoidní schizofrenie, avšak bližší informace jako rok a důvod diagnózy není v záznamech uveden (málo údajů v dokumentaci klientky). Zdravotní sestra se domnívá, že schizofrenie se u klientky mohla poprvé objevit po porodu, významný negativní vliv na toto onemocnění mohl mít také velmi špatný vztah s manželem.

Projevy onemocnění

Při atakách se u Marie vyskytují nadměrná aktivita, bludy a úzkost.

Nadměrná aktivita

Když je Anna rozrušená, tak se projevuje velmi agresivně, nejen slovně, ale i fyzicky. Dochází k napadání ostatních klientů i personálu zařízení. Například dle záznamů došlo k situaci, kdy její negativismus vyústil k ničení vybavení zařízení. Došlo k rozbití vývěsek na chodbě, rozbití vitríny, vykopnutí dveří a házení nábytkem (odhazovala židle směrem k personálu). Při snaze personálu zařízení odpoutat její pozornost se vrhla na zdravotní sestru, která měla ten den službu a celou váhou se jí pověsila na vlasy, za pomoci přímé obslužné péče se podařilo sevření po cca. jedné minutě uvolnit. Ke zklidnění klientky nepomohly ani znehybňující hmaty, které byly prováděny dvěma osobami, proto kolem čtvrté hodiny odpoledne dle psychiatrické ordinace aplikována jedna ampule Apaurinu. Po cca. dvaceti minutách hodila vší silou na zem svým rádiem, které rozbila, kopala kolem sebe (zdravotní sestra a POP byly ohroženy na životě, pokopány po celém těle), neboť nedochází k úpravě jejího stavu, agrese stále pokračuje a stupňuje se, ostatní klientky jsou vystrašené, bojí se, proto po sedmnácté hodině odpoledne volána rychlá zdravotnická služba (RZS). Kdy lékař indikuje transfer do psychiatrické léčebny.

Bludy

Významným projevem onemocnění schizofrenie je, že je Anna přesvědčená o tom, že má pouze dvě děti – dceru Květu a syna Dušana, další dva syny vytěsnila ze své paměti. Dalším projevem jejího onemocnění je, obava z pronásledování. Když jde například na vycházku s ostatními klienty a někdo se na ní podívá, křičí - ty jsi policajt, nedívej se na mě a ukazuje prstem. Jakmile dojde k takovému rozrušení, je těžko zklidnitelná. Pořád o rozrušení mluví - křičí, „ on/ona se dívá, ať se nedívá, on/ona je policajt, ať se nedívá. Proč se dívá?“

Úzkost

Anna má abnormální strach z policie (v záznamech není uvedeno). Zdravotní sestra se domnívá, že tento strach mohl vzniknout z důvodů špatných vztahů s manželem.

Návrat ataky u Anny neprobíhá vždy stejným způsobem, nelze vysledovat konkrétní spouštěč ataky onemocnění.

Remise onemocnění

Když je Anna klidná a necítí se být nikým a ničím ohrožená, tak se projevuje velmi distingovaně. Záleží jí na tom, co si o ní druzí lidé myslí. Snaží se spolupracovat a každému

se zavděčit. V této fázi Anna spolupracuje s personálem, je bezproblémová. Anna vyžaduje zpětnou vazbu, že všechno zvládne a také si přeje být stále ujišťována, že je šikovná. Ráda plete, a píše na psacím stroji, který má v pracovně, kam má možnost docházet. Anna velmi ráda dochází na pracovní terapii, kdy je zcela běžná situace, že píše na psacím stroji. Sedí vzpřímeně, dá si nohu přes nohu. A říká: „Sestřičko, já nevím, zvládnou to. Musím se jít upravit. Kde odchází na toaletu, kde se učeše a vrací se zpět do pracovny se slovy, tak jsem se sestřičko upravila a můžu pokračovat. Můžete mi dát čaj. Jak ho vypiju, tak budu psát. A co mám psát. Půjde mi to.“ Nakonec nečeká na odpověď ze strany personálu a začíná psát. Po chvíli opět potřebuje ujištění, že práci dělá dobře. Situace se opakuje, stále chodí na toaletu se upravit. Potom přichází, že je unavená, že si odpočine, že už má úředničky dost.

Anna nemá náhled na své onemocnění ani v období remise.

Práce s klientkou

Anna dochází pravidelně do pracovny, kde pracuje, jen když je v klidu, viz. uvedeno výše. Když je Anna rozrušená, tak jen sedí, nic nedělá, pouze stále sleduje personál a klientky, co dělají.

Anna se velmi ráda zúčastňuje výletů, vždy ji rozruší a poté se agresivně projevuje, když není na výlet napsaná a nejede. Běžnou situací, která se na výletech stává, je že se jí lidé, kteří ji neznají, bojí. Například při jednom posezení v restauraci, kde jsme byli na obědě, se Anny číšník bál natolik, že s jídlem celý stůl obešel a jídlo nepoložil, ale vhodil přímo před Annu, aby zamezil kontaktu mezi nimi. Annu totiž před návštěvou restaurace rozrušilo projíždějící houkající policejní auto, kde křičela: „Policajt, policajt“. A tato chování přetrvávalo nějakou dobu i v restauraci.

Při sestavování individuálních plánů, které se musí, dle standardu kvality poskytovaných služeb plnit se Anna zaměřuje pouze na dceru Květu, kterou si přeje navštívit, ostatní věci nevnímá jako důležité a odmítá je. V pracovní terapii, když je v klidu ráda plete. Kde říká, pletu šálu pro svoji dcerku (k neexistující dceři a synovi fixovaná). Při pletení musí být pod dohledem personálu z důvodu možného ohrožení sebe i ostatních klientů, neboť ataka u Anny neprobíhá vždy stejným způsobem, nelze říct, co nebo kdo bývá prvotním impulsem, který k atace vede.

Aktuální stav

Anna je soběstačná v sebeobsluze, hygienické návyky dodržuje pod dohledem personálu, umí číst, psát, řeč je srozumitelná, slovní zásoba průměrná. Anna v současnosti pravidelně

navštěvuje psychiatra, který pravidelně dochází do nejmenovaného zařízení. Během několika posledních let opakovaně hospitalizována v psychiatrické léčebně (Kroměříž, Šternberk) k úpravě medikace. Zdravotní stránka Marie neměnná.

Jediným cílem Anny je, že bude žít společně se svými dětmi (synem Dušanem a dcerou Květou- kterou nemá, která neexistuje).

Z důvodu silné fixace k dětem, byla Anně položena otázka: „Paní Aničko, co Vaše děti?“ „Jak teď bude Ježíšek, tak pojedu s L. Z. (klíčová pracovnice Anny) za Dušánkem. Koupím mu cukroví a řeknu Květušce, ať jede taky, ale ona nepojede. To nevadí, když tak k ní pojedu na prázdniny.“

O Dušánkovi je napsané, že bydlí v Krnově a kde bydlí Květuška? „Ona bydlí, tam jak já, my to najdem.“

Závěr kazuistiky

Anna byla umístěna v nejmenovaném zařízení po prodělaných opakovaných porodech, kdy došlo ke zhoršení jejího psychického stavu. Po té byla opakovaně hospitalizována v psychiatrické léčebně.

Anna je silně fixovaná na svého nejmladšího syna a na neexistující dceru, jejím jediným cílem je, že bude žít společně se svými dětmi synem Dušanem a dcerou Květou. Své dva starší syny, zcela ze své paměti vytěsnila.

Anna se během svého pobytu v nejmenovaném zařízení nezačlenila do kolektivu ostatních klientů, Ti se jí straní kvůli jejímu onemocnění. Ataka u Anny neprobíhá vždy stejným způsobem. Při atakách se u Anny vyskytují: nadměrná aktivita, bludy, úzkost. Anna nemá náhled na své onemocnění ani v období remise.

Anna v současnosti pravidelně navštěvuje psychiatra.

4.9 Kazuistika Petra

Tato kazuistika byla zpracována na základě vyprávění matky (Lenky) o své dceři Petře, která má diagnostikovanou schizofrenii společně s mentální retardací, neboť Petra s výzkumníkem odmítla komunikovat. Paní Lenka svolila k poskytnutí informací o své dceři Petře, neboť byla výzkumníkem ujištěna o anonymitě poskytnutých údajů, z tohoto důvodu budou v této kazuistice pozměněná jména matky a její dcery.

Klinický dojem

Petra je mladá žena, malé (drobné) štíhlé postavy. Petra má oválný obličej s nevýraznými rysy, na kterém ovšem na první pohled zaujme jizva nad obočím, dále má hnědé oči a nakrátko střižené tmavě hnědé vlasy.

Paní Lenka (matka Petry), je středního věku, drobné štíhlé postavy. Je oblečená ve sportovních kalhotách béžové barvy a bílém triku s dlouhými rukávy. Na nohou má obuté papuče (nazouváky). Paní Lenka sedí vzpřímeně, ruce má složené v klín. Celkově působí velmi unaveným (strhaným) dojmem.

Anamnéza

Osobní anamnéza

Petra se narodila v roce 1985, je svobodná, bezdětná, nemá žádné sourozence. Petra se narodila předčasně v osmém měsíci těhotenství, z důvodu zánětu dělohy. Celé těhotenství proběhlo v pořádku, nic nenaznačovalo tomu, že by měla být Petra jakkoli postižená. Ihned po porodu byla umístěna do inkubátoru, později jsem se od lékařů dozvěděla, že porod byl komplikovaný, Petra neměla během porodu dostatečný přísun kyslíku. Z počátku Petra vypadala, jako každé jiné dítě, měla problémy s mluvením, slabiky jako máma, táta, bába, lála, začala říkat až kolem druhého roku věku.

Petra užívá léky: antipsychotika, léky k léčbě akutních (náhlých) i chronických (dlouhodobých) mozkových poruch, neuroleptika (léky na léčbu zvýšené psychomotorické a motorické aktivity a léčbu úzkosti).

Rodinná anamnéza

Matka je rozvedená, pracovala jako účetní v nejmenované firmě, nyní pracuje jako OSVČ (dělá účetnictví doma). Z důvodu toho, aby se mohla co nejvíce věnovat své dceři Petře.

Otec pracoval jako technik. Nezvládl situaci, kdy byla Petře diagnostikována lehká mentální retardace a odešel od nich. Nyní není s nimi vůbec v kontaktu.

Sociální anamnéza

Již ve školce, byla Petra znatelně pomalejší oproti jejím vrstevníkům. Před nástupem na základní školu, nám bylo učitelkou z mateřské školy doporučeno psychologické vyšetření, na základě kterého nám bylo doporučeno dát Petru do zvláštní školy. Zvláštní školu zvládla Petra bez větších problémů, potíže jí dělaly jen matika a čeština. Po dokončení zvláštní školy nastoupila Petra na pomocné učiliště v Brně, kde se začala učit na zahradnici.

Z důvodu odchodu otce od rodiny, byla Petra od dětství vychovávána pouze matkou, ke které má velmi silný citový vztah. Petra má tendenci izolovat se od společnosti lidí a uzavírá se do sebe. Velmi špatně navazuje vztahy, záměrně se vyhýbá kontaktu s lidmi (nemá žádné kamarády).

Diagnóza mentální retardace

Ve školce, již bylo zřejmé, že je Petra znatelně pomalejší oproti ostatním stejně starým dětem. Před nástupem na základní školu, nám bylo učitelkou z mateřské školy doporučeno psychologické vyšetření, na základě kterého byla Petře diagnostikována lehká mentální retardace a bylo nám doporučeno dát Petru do zvláštní školy.

Diagnóza schizofrenie

Studium na učilišti v Brně Petra nezvládala, začaly se projevovat prvotní náznaky toho, že není něco v pořádku. Petra chodila ze školy špinavá a zakřiknutá. „Petra se mi začala úplně měnit před očima, téměř se mnou nemluvila, ignorovala mě, stranila se nejen mě, ale i ostatních lidí, do té doby nebyl problém s kontaktem.“ Začala jsem nastalou situaci řešit, zašla jsem do školy s podezřením, že je má dcera šikanována. Později se moje domněnka potvrdila. Po této nepříjemné zkušenosti odmítala Petra chodit do školy, začala být agresivní vůči mně i okolí, na základě čehož jsme navštívily psychologickou poradnu, která nás odkázala na vyšetření psychiatrem, který později diagnostikoval u Petry simplexní schizofrenii.

Projevy onemocnění

Při atakách (epizodách) se u Petry vyskytuje nadměrná aktivita, úzkost a halucinace.

Nadměrná aktivita

Vždy, když je Petra rozrušená, tak to začíná nadávkami a končí fackami a kopanci. Petra bývá často slovně i fyzicky agresivní. Velmi ráda mi pomáhá s vařením, avšak u žádné činnosti nevydrží a stále odbíhá. Chce dělat všechno a zároveň nic, zcela bez náhledu. Petra vyžaduje neustálou pozornost.

Úzkost

Petra má velký strach (až panický) z hospitalizace v psychiatrické léčebně, vždy když byla nutná její hospitalizace, tak byla slovně i fyzicky agresivní, trhala oblečení a rozbíjela věci.

Halucinace

Někdy nastává u Petry situace, že komunikuje s někým, kdo není přítomný, v tomto okamžiku, má slova zcela ignoruje, vůbec je nevnímá a nereaguje. Občas mi Petra odpovídá zcela zmateně, vůbec nemluví k tématu, na druhou stranu někdy dochází k situaci, že Petra mluví zcela srozumitelně, avšak mi nesděljuje žádné informace (chybí obsah).

Návrat ataky u Petry neprobíhá vždy stejným způsobem.

Remise onemocnění

Když je Petra v klidové situaci, tak s ní matka navštěvuje canisterapii. „Při canisterapii se Petra uvolní a působí spokojeným dojmem.“ Petra má ráda zvířata, proto někdy chodí pomáhat mému bratrovi s hospodářstvím, kde krmí králíky, kočky, zalévá květiny.

Dříve také chodila Petra vypomáhat do kostela téměř každou neděli, nyní chodí cca jednou měsíčně, neboť vyžaduje neustálou pozornost, což je pro pana faráře velmi namáhavé vzhledem k jeho věku a povinnostem.

Práce s Petrou

Petra u žádné s činností nevydrží a stále odbíhá. Chtěla by dělat všechno a zároveň nic.

Aktuální stav

Petra potřebuje neustálou podporu a povzbuzení při každodenních činnostech, jako je péče o vlastní osobu. Umí číst, psát, počítat. Řeč srozumitelná, ale přesto dochází k situacím, kdy mluví srozumitelně, ale přesto nic nesděljuje. Je u ní časté střídání nálad, chování konfliktní. Petra pravidelně navštěvuje psychiatra, během několika posledních let byla opakovaně hospitalizována v psychiatrické léčebně ve Šternberku. Zdravotní stránka u Petry neměnná, je u ní předpoklad postupného zhoršování zdravotního stavu.

Závěr kazuistiky

Petra je mladá žena, která žije ve společné domácnosti pouze se svojí matkou. Po odchodu otce od rodiny neprojevuje o Petru zájem. Petra byla vychovávána od dětství matkou, ke které má velmi silný citový vztah. Petra má tendenci izolovat se od společnosti lidí a uzavírá se do sebe. Velmi špatně navazuje vztahy, záměrně se vyhýbá kontaktu s lidmi.

Ataka u Petry neprobíhá vždy stejným způsobem. Při atakách se u Petry vyskytují: nadměrná aktivita, halucinace, úzkost. Petra nemá náhled na své onemocnění ani v remisi.

Petra pravidelně navštěvuje psychiatra, během několika posledních let byla opakovaně hospitalizována v psychiatrické léčebně.

4.10 Shrnutí kazuistik

Ve výše uvedených kazuistikách mé bakalářské práce jsme měli možnost seznámit se, se specifickým propojením schizofrenie a mentální retardace, (například.: klientka Anna má diagnostikovanou středně těžkou mentální retardaci, ale její stav odpovídá lehké mentální retardaci. Domnívám se, že onemocnění schizofrenie zhoršovala správné diagnostikování mentální retardace). Dále jsme se v praktické části seznámili s projevy klientů postižených schizofrenií a mentální retardací. Jejich chováním při atakách (epizodách) a v remisi.

Při zpracování kazuistik, jsem se potýkala s problémem nedostatečných záznamů v dokumentaci klientů a nedostatečného množství literatury a pramenů, neboť se tímto tématem zabývá velmi málo autorů.

4.11 Diskuse

V dostupné literatuře se uvádí, že u lidí s mentální retardací je výskyt přidružených duševních onemocnění asi třikrát až čtyřikrát častější než u lidí s normálním intelektem. Diagnostika u mentálně retardovaných jedinců je velmi obtížná, zvláště u těžce a hluboce postižených osob. Mnohdy jsou tyto poruchy diagnostikovány špatně či nejsou odhaleny vůbec. Přesné stanovení výskytu schizofrenního onemocnění u mentálně retardovaných jedinců je často komplikováno mnohými diagnostickými problémy.¹¹⁰ Viz výše uvedená kazuistika klientky Anny, která má diagnostikovanou středně těžkou mentální retardaci, ale její stav odpovídá dle slov zdravotního personálu nejmenovaného zařízení, kde je Anna umístěna již několik let, lehké mentální retardaci. Domnívám se, že onemocnění schizofrenie zhoršovala správné diagnostikování mentální retardace.

Schizofrenie je onemocnění výlučně lidské a přitom časté, narušuje dočasně nebo trvale celou osobnost, přičemž postihuje jedince v mladém a nejproduktivnějším věku.¹¹¹ Schizofrenní poruchy se obvykle rozvíjí v dospělosti a to mezi dvacátým a třicátým rokem. Často mívají akutní průběh a poměrně krátké trvání. Schizofrenií častěji trpí ženy než muži.¹¹² Viz. kazuistiky uvedené výše.

Pro schizofrenii u mentálně retardovaných jedinců svědčí z psychotických příznaků postupné zhoršování sociálního kontaktu, nepřiměřenost emočních reakcí, ochuzení řeči, zárazy a inkoherece.¹¹³ Čemuž odpovídají i kazuistiky uvedené výše (Marie i Anna se, ani po několika letech v nejmenovaném zařízení nezačlenily do kolektivu ostatních klientů. Ostatní klienti se jich z důvodu jejich onemocnění bojí, což vede k jejich izolaci od ostatních klientů. Petra má tendenci izolovat se od společnosti lidí a uzavírá se do sebe. Velmi špatně navazuje vztahy, záměrně se vyhýbá kontaktu s lidmi, nemá žádné kamarády).

Spouštěče schizofrenního chování nelze nalézt.¹¹⁴ Ke stejnému výsledku jsem dospěla i v praktické části mé bakalářské práce, neboť návrat ataky u respondentů neprobíhá vždy stejným způsobem. Ani v remisi nemají respondenti náhled na svoje onemocnění.

¹¹⁰ Schizofrenie u mentálně retardovaných pacientů, diagnostické rozvahy a praktické zkušenosti. [online]. 2013 [cit. 15-9-2013]. Dostupné z <http://www.cspsychiatr.cz>

¹¹¹ SYŘIŠŤOVÁ, E. Příspěvek k psychologii, psychoterapii a prevenci schizofrenní psychózy, s. 7

¹¹² VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese, s. 367

¹¹³ Schizofrenie u mentálně retardovaných pacientů, diagnostické rozvahy a praktické zkušenosti. [online]. 2013 [cit. 15-9-2013]. Dostupné z <http://www.cspsychiatr.cz>

¹¹⁴ Schizofrenie u mentálně retardovaných pacientů, diagnostické rozvahy a praktické zkušenosti. [online]. 2013 [cit. 15-9-2013]. Dostupné z <http://www.cspsychiatr.cz>

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce si kladla za cíl poukázat na specifika projevů schizofrenie u lidí s mentální retardací. V teoretické části jsem se věnovala kapitolám na téma schizofrenie, mentální retardace a schizofrenie u mentálně retardovaných osob. V praktické části jsem se snažila pomocí kazuistik zjistit, jak probíhá ataka onemocnění u lidí s mentální retardací a jak vypadá období remise. Při vypracovávání mé bakalářské práce, její teoretické i praktické části jsem se potýkala s problémem nedostatečných záznamů v dokumentaci klientů a nedostatečného množství literatury a pramenů. Neboť tématem propojení schizofrenie a mentální retardace se zabývá velmi málo autorů.

Dalším cílem mé práce bylo také poukázat na problematiku, že pro takto postižené jedince není v České republice vybudované žádné zařízení. Takto postižení lidé bývají často umístováni v alternativních zařízeních, jako jsou tzv. bývalé ústavy sociální péče, které pro tyto jedince nejsou uzpůsobené. Často proto dochází v těchto zařízeních ke konfrontacím s ostatními klienty (viz. výše uvedené kazuistiky).

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala tématem propojení schizofrenie a mentální retardace. Tato práce je určena všem, kteří se zajímají o problematiku schizofrenie, mentální retardace nebo o propojení těchto dvou nemocí a chtějí se dozvědět více informací.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ČEŠKOVÁ, EVA. *Schizofrenie a její léčba*. Praha: Maxdorf, 2005. 101 s. ISBN 80-7345-056-9.

HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha 4: Tigris, 2002. 895 s. ISBN 80-900130-1-5.

KUČEROVÁ, Helena. *Schizofrenie v kazuistikách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 112 s. ISBN 978-80-247-2045-6.

MALÁ, Eva. *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 196 s. ISBN 80-247-0737-3.

MEZINÁRODNÍ STATISTICKÁ KLASIFIKACE NEMOCÍ A PŘIDRUŽENÝCH ZDRAVOTNÍCH PROBLÉMŮ (desátá revize). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2008. 860 s. ISBN 978-80-904259-0-3.

SYŘIŠŤOVÁ, Eva. *Imaginární svět*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 1974. 166 s.

SYŘIŠŤOVÁ, Eva. *Příspěvek k psychologii, psychoterapii a prevenci schizofrenní psychózy*. 1. vyd. Praha, 1973. 163 s.

SYŘIŠŤOVÁ, Eva. *Skupinová psychoterapie psychóz (ve vztahu ke schizofrennímu onemocnění)*. Dotisk Praha, 1982. 172 s.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. 870 s. ISBN 80-7178-802-3.

VALENTA, M.; MÜLLER, O. *Psychopedie*. 4. vyd. Praha: Parta, 2009. 386 s. ISBN 978-80-7320-137-1.

Schizofrenie u mentálně retardovaných pacientů, diagnostické rozvahy a praktické zkušenosti. [online]. 2013 [cit. 15-9-2013]. Dostupné z <http://www.cspsychiatr.cz>

Schizophrenia. [online]. 2013 [cit. 12-10-2013]. Dostupné z <http://www.e-mfp.org/2008v3n3/pdf/schizophrenia.pdf>

Tabulka příznaků schizofrenie. [online]. 2013 [cit. 25-10-2013]. Dostupné z <http://www.19771976.sweb.cz/co.html>