

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

**BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ**

2018-2021

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

*Veronika Matonohová*

**Název práce**

*Působení psychoterapie na osoby se schizofrenií žijící  
v domácí péči*

Praha 2021

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Lukáš Stárek, Ph.D., MBA**

**JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE**

BACHELOR COMBINED STUDIES

2018-2021

**BACHELOR THESIS**

*Veronika Matonohová*

**Title**

*Působení psychoterapie na osoby se schizofrenií žijící*

*v domácí péči*

Prague 2021

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

**Mgr. Lukáš Stárek, Ph.D., MBA**

## **Prohlášení**

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

*V Praze 23.2 2021*

*Veronika Matonohová*

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Lukáš Stárek Ph.D., MBA za pomoc při vedení bakalářské práce. Mé poděkování patří též Mgr. Martině Kusákové a Mgr. Kateřině Neubauerové za spolupráci a konzultace při získávání údajů pro teoretickou i výzkumnou část práce. Dále také všem respondentům, kteří byli ochotní odpovědět na mé otázky.

## **Anotace**

Cílem bakalářské práce je popsat především onemocněním schizofrenie a psychoterapii, které u pacientů probíhá.

V první část práce jsme stručně charakterizovali schizofrenii, její rozdělení, příznaky, genetika a léčbu dále jsme vymezili pojmy související s psychoterapii, směry psychoterapie a také významné osobnosti tohoto oboru.

V druhé části práce se zabýváme praktickým výzkumem. Cílem výzkumu je zjistit, zda a do jaké míry působí psychoterapie na pacienty se schizofrenii, kteří žijí v domácím prostředí. Tázali jsme se odborníků a lidí, kteří trpí schizofrenii na otázky ohledně působení psychoterapie na schizofrenii. Autorka bakalářské práce na závěr provedla rozhovor s paní, která trpí schizofrenii.

## **Klíčová slova**

domácí péče, komunitní péče, psychoterapie, psychóza, schizofrenie, socializace,

## **Annotation**

The aim of the bachelor thesis is to describe mainly the disease of schizophrenia and psychotherapy, which takes place in patients.

In the first part of the work, we briefly characterized schizophrenia, its distribution, samples, genetics and response, we further defined the terms related to psychotherapy, directions of psychotherapy and important personalities in this field.

The second part deals with practical research. The aim of the research is to find out whether and to what extent to influence psychotherapy in patients with schizophrenia who live in the home environment. We asked professionals and people with schizophrenia about questions about the effects of psychotherapy on schizophrenia. In conclusion, the author of the bachelor's thesis proved an interview with a lady who suffers from schizophrenia.

## **Keywords**

Community care, home care, Schizophrenia, psychosis, psychotherapy, socialization

ÚVOD .....	10
TEORETICKÁ ČÁST .....	12
1. SCHIZOFRENIE .....	12
1.1 CHARAKTERISTIKA .....	12
1.2 PŘÍZNAKY .....	13
1.2.1 Pozitivní příznaky .....	13
Porucha myšlení .....	14
1.2.2 Negativní příznaky .....	14
Poruchy emocí .....	14
Poruchy chování .....	14
Somatické příznaky .....	15
Symptomy prvního řádu .....	15
Symptomy druhého řádu .....	15
1.3 FORMY SCHIZOFRENIE .....	15
Paranoidní schizofrenie (MKN-10 označena F20.0) .....	16
Hebefrenní schizofrenie (MKN-10 označena F20.1) .....	16
Katatonní schizofrenie (MKN-10 označena F20.2) .....	16
Simplexní schizofrenie (MKN-10 označena F20.6) .....	17
Reziduální schizofrenie (MKN-10 označena F20.5) .....	17
Nediferencovaná schizofrenie (MKN-10 označena F20.3) .....	17
Postschizofrenní deprese (MKN-10 označena F20.4) .....	17
1.4 PŘÍČINY, PRŮBĚH A PROGNOZA ONEMOCNĚNÍ .....	18
1.4.1 Příčiny .....	18
Fyziologie .....	18
Psychosomatické faktory .....	19
1.4.2 Průběh .....	19
1.4.3 Prognoza .....	20
Příznivé faktory .....	20
Nepříznivé faktory .....	20
1.4.4 Komplikace .....	21
1.5 DIAGNOSTIKA .....	21
Psychiatrická anamnéza .....	21
Vyšetření psychického stavu .....	22
Psychologické vyšetření .....	22

Diferenciální diagnóza .....	23
Somatické vyšetření .....	23
1.6 LÉČBA .....	23
1.6.1 Psychosociální přístup.....	23
Psychoterapie .....	24
Psychoedukace .....	24
Psychosociální rehabilitace a pracovní terapie.....	24
1.6.2 Biologicky léčebný přístup .....	25
Farmakoterapie.....	25
Elektrokonvulzivní terapie-ECT .....	25
<b>2. PSYCHOTERAPIE .....</b>	<b>26</b>
2.1 PSYCHOTERAPEUTICKÉ SMĚRY .....	26
2.1.1 Hlubinná psychoterapie.....	27
Psychoanalýza.....	27
2.1.2 Dynamická a interpersonální psychoterapie .....	28
2.1.3 Rogersovská psychoterapie.....	29
2.1.4 Behaviorální psychoterapie.....	29
Kognitivně-behaviorální psychoterapie .....	30
2.1.5 Expresivní terapie .....	30
2.1.6 Podpůrná terapie .....	31
<b>3. TERAPIE U KLIENTA SE SCHIZOFRENIÍ V DOMÁCÍ PÉČI.....</b>	<b>32</b>
3.1 SPECIÁLNÍ PEDAGOG A KLIENT SE SCHIZOFRENIÍ .....	32
3.2 KOMUNITNÍ PÉČE U SCHIZOFRENIÍ.....	33
3.3 CDZ.....	35
3.4 KLIENTI SE SCHIZOFRENIÍ V DOMÁCÍ PÉČI .....	35
<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>38</b>
4. CÍL VÝZKUMU.....	38
5. VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	38
5.1 Odborníci .....	39
5.2 Výzkumné otázky položené lidem, kteří trpícím schizofrenií .....	42
6. PŘÍPADOVÁ STUDIE .....	47
6.1 Anamnéza .....	47
Osobní anamnéza .....	47



Rodinná anamnéza .....	47
Sociální anamnéza.....	47
6.2 Rozhovor.....	48
7. VÝSLEDEK VÝZKUMNÝCH CÍL .....	50
ZÁVĚR .....	51
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....	52
SEZNAM ZKRATEK .....	54

## ÚVOD

Pro svou bakalářskou práci jsme vybrali téma *působení psychoterapie na pacienta se schizofrenií v domácí péči*.

Schizofrenie je jednou z nejzávažnější a nejčastějších duševních poruch, které se v dnešním světě vyskytují. Je to porucha, která je ročně diagnostikována přibližně 1% populace, nejčastěji mezi 15 až 25 rokem života. Až 25 % všech psychiatricky hospitalizovaných pacientů trpí některou formou schizofrenie. Pojem schizofrenie jako první popsal Eugen Bleuler a to již roku 1911 avšak dříve byla známa, ale pod pojmem *dementia praecox*. Schizofrenie není na první pohled vidět, člověk netrpí fyzicky, ale má těžké duševní trápení. Lidé, kteří trpí schizofrenií jsou často odsuzováni a uzavírají se do sebe, a to především z důvodu nezájmu nebo nevědomosti ve svém okolí. Schizofrenie je nemoc, která se dá léčit, ale nikoliv vyléčit.

Cílem bakalářské práce je popsat schizofrenie a také působení psychoterapie na tuto vážnou duševní nemoc.

Bakalářskou práci jsme rozdělili do teoretické a praktické části.

V teoretické části se zabýváme schizofrenií, její charakteristikou, formami onemocnění, příznaky, příčiny, diagnostikou a léčbou do které spadá také psychoterapie, která je druhou stěžejní částí v teorii, kde popisují psychoterapeutické směry a jejich hlavní osobnosti.

V praktické části jsme se zaměřili na výzkum pomocí výzkumných otázek a rozhovoru. Cílem výzkumu je zjistit jak a zdali psychoterapie působí na pacienty se schizofrenií, kteří žijí v domácím prostředí.

Výzkumné otázky jsme položili nejdříve odborníkům, kteří pracují s lidmi s duševním onemocněním a následně lidem, kteří trpí schizofrenií. Na závěr praktické části jsme popsali případovou studii a rozhovor s moc milou paní D., která trpí simplexní schizofrenií.

Toto téma jsme si zvolili z důvodu zájmu o lidi s duševním onemocněním, chtěla bych v budoucnu s lidmi s duševním onemocněním pracovat. Pomoc těmto lidem je dle mého názoru důležitá a pro společnost přínosná, především proto, že bohužel lidí a duševním onemocněním stále přibývá a je potřeba jim pomoci s jejich psychickými problémy.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1. SCHIZOFRENIE

Psychická onemocnění schizofrenního okruhu jsou považována za jednu z nejzávažnějších duševních poruch, mohou mít a často mají velký vliv na řadu psychických funkcí současně. Pacienti s tímto onemocněním mohou mít různé bludy či halucinace. Toto onemocnění se velice často začíná projevovat již v pubertálním věku, proto je také tak nebezpečné a zálučné.

Tato porucha je často lidmi z považována za obdobu mnohočetné poruchy osobnosti. Přestože podstata schizofrenie se také skrývá v rozdělení mysli, příznaky bývají jiné.

Schizofrenie je jednou z nejčastěji diagnostikovaných psychických poruch, kterou v dnešní době trpí 1,5 procenta lidí na celém světě, jak je zjištěno Světovou zdravotnickou organizací. (Dušek, 2015)

### 1.1 CHARAKTERISTIKA

Schizofrenii můžeme charakterizovat jako poruchu vnímání myšlení a osobnosti. Afekty jsou nepřiměřené nebo otupělé. Je odvozena z řeckých slov *schizein* což v překladu znamená *štěpit, dělit* a ze slova *frén-mysl*. V MKN – 10 je schizofrenie popsána pod F-20 (písmeno F značí psychické poruchy)

Schizofrenie je mnohotvárné duševní onemocnění, které může v některých případech vyřadit jedince z běžného života, může vést až k invaliditě. Onemocnění má sklon k chronickému průběhu, proto vede často k invaliditě. Představuje třetí nejčastější příčinu pracovní neschopnosti.

Tato duševní porucha je ročně diagnostikovaná u zhruba 25 % všech psychiatricky hospitalizovaných. 50 % pacientů ročně potřebuje hospitalizaci v psychiatrických zařízeních. Klienti často navštěvují po propuštění CDZ neboli Centra duševního zdraví.

Schizofrenie se velice často projeví již v pubertálním věku. Projevy začínají mezi 15 a 44 rokem života. U mužů příznaky začínají již kolem 15 roku života, ženy mají často obtíže až kolem 25 roku života, ale vznik a vývoj onemocnění se odvíjí od výchovy a způsobu života. Příznaky se mohou projevit dříve spíše u špatně fungujících rodin nebo rodin neúplných (například rodina drogově závislá). Incidence je stejná u obou pohlaví. Schizofrenie představuje celou škálu příznaků a poruch funkcí. Dá se říct, že schizofrenie je „nemoc sta tváří“ (máme sto různých pacientů se schizofrenií a každý má jiné příznaky. (Češková, 2012)

*„U jedinců postižených schizofrenií jsou pravidelně pozorovány dva typy mozkových abnormalit: zmenšení a utlumení aktivity prefrontální mozkové kůry a zvětšení mozkových komor“*

(Nolen-Hoeksema a spol, 2012 str. 655)

## **1.2 PŘÍZNAKY**

Aby mohla být schizofrenie diagnostikována, musí pacient vykazovat jisté příznaky minimálně po dobu jednoho měsíce. Příznaky se vyskytují v různé kvalitě a kvantitě a nemusí se vyskytovat všechny najednou.

Příznaky často bývají u žen afektivnější a psychotické s tendencí se ve vyšším věku zhoršovat.

K typickým příznakům patří:

### **1.2.1 Pozitivní příznaky**

Pozitivní symptomy můžeme charakterizovat jako symptomy, které se u zdravého jedince nevyskytují (je to něco co má duševně nemocný „navíc“ jako například halucinace či bludy. Někde mohou být přítomny také afektivní příznaky (například deprese), které se velice často projevují u akutně hospitalizovaných pacientů. Pozitivní příznaky lépe reagují na léčbu farmaky. (Probstová a Pěč, 2014)

## **Poruchy vnímání**

Mezi poruchy vnímání patří především halucinace (nejčastěji slyší hlasy nebo vlastní myšlenky. Jsou to zrakové či sluchové vjemy, které jsou v rozporu s realitou (člověk může mít pocit, že jsou mu špatné myšlenky vkládány do hlavy nebo naopak odjímány). (Orel, 2016)

## **Porucha myšlení**

Mezi poruchy myšlení patří především bludy. Bludy ukazují zkreslené vnímání skutečnosti. Převažují **bludy paranoidní** (nemocný má pocit, že je sledován či ohrožen na zdraví nebo životě), **bludy méněcennosti** (nemocný se domnívá, že na nic nemá a je pro společnost zbytečný, obviňuje se za svou neschopnost), **bludy velikášské** (nemocný se domnívá, že má nadlidské schopnosti, že je prostředníkem komunikujícím mezi lidmi a nadpřirozenými bytostmi nebo, že dokáže číst myšlenky). (Dušek, 2015)

Dále zmatená řeči (Nemocný může mluvit velice nepřehledně a pro okolí nesmyslně, často rychle mění téma hovoru, dělá nesmyslné pohyby či rituály).

### **1.2.2 Negativní příznaky**

Negativní symptomy jsou symptomy, kdy je funkce oslabena nebo zcela vymizí (při negativních symptomech naopak než u pozitivních něco „chybí“ je „něčeho méně“). Mohou to být například poruchy chování, poruchy emocí či autismus. Negativní příznaky reagují a léčbu farmaky velice málo. (Dušek, 2015)

## **Poruchy emocí**

Emoční oploštělost, stažení, ztráta ironie a nemožnost prožívat radost dále porucha řeči. (Orel, 2016)

## **Poruchy chování**

Představuje ztrátu zájmu, apatii, bezcitnost. Můžeme se setkat s negativismem a voskovou ohebností. Špatné začlenění do společnosti.

## **Somatické příznaky**

Mezi somatické příznaky patří nespecifické symptomy jako například bolest hlavy, poruchy spánku, u žen poruchy menstruačního cyklu, někdy zvýšení hmotnosti. Tyto příznaky jsou sice nespecifické, ale vážou se na základní příznaky schizofrenii.

Lidé se schizofrenii mohou být agresivní z důvodu prázdnoty nebo odpoutání od společnosti a prožitků. (Dušek, 2015)

Dále máme příznaky popsané ještě Dr. Schneiderem, který příznaky popsal na:

### **Symptomy prvního řádu**

Slyšení hlasů, myšlenek ve formě otázek (slyší vlastní hlas, poznámky nebo i hlas někoho cizího, často něco nebo někdo kdo nás trápí). Dále také zážitky příjemné i nepříjemné. (Probstová a Pěč, 2014)

### **Symptomy druhého řádu**

Sem patří ostatní smyslové klapy, bludy či nápady, deprese nebo citová oploštělost.

## **1.3 FORMY SCHIZOFRENIE**

Schizofrenie má mnoho podob a forem stejně jako velká škála příznaků jsou i druhy schizofrenii hodně rozdílné.

Dnes rozdělujeme schizofrenii na 7 různých druhů:

Základní formy:

- Paranoidní schizofrenie
- Hebefrenní schizofrenie
- Katatonní schizofrenie

Ostatní formy (často chronická část schizofrenie)

- Simplexní schizofrenie
- Reziduální schizofrenie

- Nediferencovaná schizofrenie
- Postschizofrenní deprese

### **PARANOIDNÍ SCHIZOFRENIE (MKN-10 OZNAČENA F20.0)**

Nejčastější forma schizofrenie. Specifická výskytem paranoidních halucinací (vyskytují se ve větší míře halucinace a bludy). Dotyčný je přesvědčen, že je někým nebo něčím ohrožován. Může být nebezpečný pro sebe i své okolí. Dalšími symptomy může být pocit ukřivdění, nedůvěřivost, podrážděnost a vztahovačnost. Většinou nejprve vznikají bludy, poté se přidávají i halucinace, ale není výjimkou i opačný průběh. Časté jsou sluchové halucinace, méně se vyskytují halucinace jiného smyslového typu. Příznaky bývají velice individuální halucinace a bludy se často projevují podle představ a skutečného života nemocného. Projevuje se převážně u starších pacientů. (MKN10,2008)

Pacienti mohou být pod vlivem halucinací a bludů agresivní, neklidní. Nejčastěji je průběh paranoidní schizofrenie epizodický (symptomy přicházejí v různých etapách jsou přetržené, nesouvislé).

### **HEBEFRENNÍ SCHIZOFRENIE (MKN-10 OZNAČENA F20.1)**

Tato forma schizofrenie byla poprvé popsána roku 1870 německým psychiatrem Ludwigem Kahlbaumem. Tento druh schizofrenie (tehdy ještě dementia praecox) byl popsán jako porucha puberty a adolescence, a to z důvodu, že hlavním symptomem je intenzivní pubertální chování (nezodpovědné a nepředvídatelné chování, hloupé vtipkování, časté používání vulgarismů, zanedbávání povinností, je emočně ochuzený). Hebefrenní schizofrenie propuká mezi 15 až 25 rokem. Bludy a halucinace jsou proměnlivé, u tohoto typu bývají mírné.

### **KATATONNÍ SCHIZOFRENIE (MKN-10 OZNAČENA F20.2)**

Porucha byla popsána taktéž Dr. Kahlbaumem a to roku 1874. Hlavní symptomem je porucha psychomotoriky (projevy můžou být bizardní, často jsou přítomné různé složité, grimasy. Obličej nebo celé tělo může být delší dobu v takzvané „voskové“ nebo



nehybné). Průběh onemocnění bývá akutní (může vzniknout epizoda akutního neklidu) nebo subakutní. Dnes jsou případy katatonního druhu schizofrenie spíše vzácné.

### **SIMPLEXNÍ SCHIZOFRENIE (MKN-10 OZNAČENA F20.6)**

Pro tento typ schizofrenie jsou charakteristické změny chování, do popředí se dostávají negativní příznaky (oploštěné emoce, nemocný se často uzavírá do sebe, bývá nevýrazný, neaktivní). Obvykle se projevuje mezi 15 a 25 rokem života. Příznaky se rozjíždí plíživě a pozvolna. Symptomy mohou připomínat schizotypní poruchy osobnosti (jedna z poruch osobnosti), se kterou je také často zaměňována. Diagnostika je velice obtížná. Tento typ schizofrenie není často viděn, ale prognóza je mnohdy velice závažná. (Kučerová,2010)

### **REZIDUÁLNÍ SCHIZOFRENIE (MKN-10 OZNAČENA F20.5)**

Je chronický typ schizofrenie, hlavními příznaky jsou otupělost, zpomalení, zanedbávání sebe a okolí nebo podivínství. Chronický průběh je doprovázen atakami a stupňujícími negativními příznaky. Příznaky přetrvávají i po odeznění akutní fáze. Léčba této fáze nebývá úspěšná, bohužel není možné obnovit kognitivní funkce, které jsou postiženy.

### **NEDIFERENCOVANÁ SCHIZOFRENIE (MKN-10 OZNAČENA F20.3)**

Je schizofrenie, kterou nelze zařadit mezi základní formy (paranoidní, hebefrenní, katatonní), protože vykazuje příčiny více forem, ale splňuje základní kritéria pro stanovení této diagnózy. (Dušek, 2015)

### **POSTSCHIZOFRENNÍ DEPRESE (MKN-10 OZNAČENA F20.4)**

Tento typ schizofrenie je uveden pouze v některé literatuře, protože se vlastně jedná o depresivní syndrom, který přichází, když odezní schizofrenie. Bývá těžké odlišit reziduální schizofrenii a postschizofrenní deprese. V posledních letech je tento typ schizofrenní deprese stále častější. (Dušek, 2015)

## 1.4 PŘÍČINY, PRŮBĚH A PROGNOZA ONEMOCNĚNÍ

### 1.4.1 PŘÍČINY

Příčiny nemoci jsou odborníkům stále záhadou. Předpokládá se, že je to spojením několika faktorů. (Češková, 2012)

#### Genetika

<sup>1</sup>Vliv na vznik onemocnění může být genetické predispozice:

- Pokud jeden rodič trpí schizofrenií je tu šance 13 %, že nemoc může postihnout také dítě
- Pokud schizofrenie postihuje oba rodiče šance kolem 24%
- U sourozenců je riziko 7%
- U ostatních vzdálenějších příbuzných pak pouze 3%
- Dvojvaječné dvojčata 17 % a jednovaječná až 48%

Jsou také případy, kdy v rodinně žádný schizofrenik není. Náchylnost může být způsobena rizikovou alelou<sup>2</sup>

Knihy Psychologie Atkinsonové a Hilgarda uvádí případ kde sestry Genainovy (jednovaječná čtyřčata) všechny onemocní schizofrenií. Pravděpodobnost je velice nízká, ale přesto může nastat.

#### Fyziologie

Především v prenatálním a perinatálním období. Rizikové faktory bývají v těchto případech malé, a ne zcela prokazatelné, ale může přispět k vzniku schizofrenie.

- Komplikace při porodu (např. hypoxie)
- Vyšší věk otce

---

<sup>1</sup> Procenta uvádí časopis 21.století 100 děsivých psychických poruch a nemocí

<sup>2</sup> konkrétní forma genu

- Stres, infekce nebo nechutenství během těhotenství
- Nízká porodní váha
- Abusus drog

### **Psychosomatické faktory**

Do psychosomatických faktorů jde zařadit rodinné zázemí, prostředí, ve kterém vyrůstají, výchovu či kulturní faktory (bludné nebo fanatické skupiny či sekty). Zajímavostí může být faktor enviromentální – kdy může být výskyt schizofrenie spjat s narozením v určitém ročním období. Dále je také výskyt častější u dětí ve městech a v některých etnických menšinách. (Češková, 2012)

Schizofrenie se také může vyskytnout u člověka, který zažil traumatizující zážitek (např. smrt blízké osoby či pád letadla).

### **1.4.2 PRŮBĚH**

*„v dlouhodobém průběhu onemocnění je mezi nemocnými velká variabilita, ale u většiny jde o celoživotní onemocnění s perzistující symptomatologií a narušení fungování.“*

(Češková, 2012, str. 21)

Schizofrenie často bývá rozdělena do psychotických epizod (střídání schizofrenie a remise neboli vymizení příznaků)

Jen přibližně jedna třetina nemocných je schopna žít normální život. Ostatní dvě třetiny mývají buď fáze remise a schizofrenie nebo těžký stav schizofrenie – často mývají přiznaný invalidní důchod.

Přibližně 5-6 % jedinců s takto závažnou diagnózou spáchá sebevraždu. Vyšší procentuální číslo mají pokusy o sebevraždu, o které se pokusí až 20 % jedinců trpící tímto onemocněním. (Češková, 2012)

Průběh onemocnění je tedy velice individuální a každý člověk ho může prožívat jinak, a to podle vážnosti stavu, který může ovlivnit velké množství aspektů jako například životní styl, výchova nebo prostředí, ve kterém dotyčný žije.

Pracovní neschopnost je u nemocných častá. Tito lidé mají problém s každodenním obstaráním běžných věcí, proto jen 10 % nemocných je schopno vést normální život a pracovat na plný úvazek, většina lidí s tímto onemocněním má tedy invalidní důchod nebo pracují na zkrácený úvazek, ale jejich spolehlivost nebývá vysoká. (Dušek, 2015)

### **1.4.3 PROGNOZA**

Prognostické faktory dělíme na:

#### **Příznivé faktory**

Tedy faktory, ve kterých má pacient šanci na uzdravení nebo remisi.

- Stabilní partnerský vztah
- Ženské pohlaví
- Dobré sociální zázemí
- Akutní začátek onemocnění
- Paranoidní typ schizofrenie
- Kratší doba hospitalizace
- Převažující pozitivní příznaky nad negativními

#### **Nepříznivé faktory**

Tedy faktory, kde je malá pravděpodobnost na zlepšení stavu.

- Mužské pohlaví
- Špatné sociální a vztahové zázemí
- Drogová minulost či aktuální užívání drog
- Nízký věk výskytu onemocnění
- Nenápadné začáteční příznaky – pozvolný začátek onemocnění
- Schizofrenie v rodinné anamnéze

#### 1.4.4 KOMPLIKACE

Komplikace spojené se schizofrenií:

- Depresivní, úzkostná porucha
- Poruchy emocí či chování
- Duální diagnóza-užívání návykových látek
- Nezaměstnanost
- Sebevražda
- Provedení trestného činu

(Časopis 21.století 100 děsivých psychických poruch a nemocí)

### 1.5 DIAGNOSTIKA

Diagnostika schizofrenie spočívá hlavně ve třech určitých bodech – naslouchat, ptát se a pozorovat.

Vyšetření psychiatrického onemocnění bývá specifická je rozdělena do několika různých částí:

#### **Psychiatrická anamnéza**

Cílem psychiatrické anamnézy je získaná informací o pacientovi, tyto informace poté pomohou k přiblížení diagnózy.

Při zjišťování anamnézy pacienta bychom měli dbát na určitý klid, pacient by měl být v klidném, lehce ztlumeném prostředí, měli bychom si na pacienta udělat čas a nepřetržitě věnovat svůj čas jemu.

Pacient bývá neklidný, úzkostný a má strach z psychiatrického prostředí, proto je důležité pacienta uklidnit.

Měli bychom zvolit takový styl komunikace, aby k nám pacient cítil důvěru a cítil se s námi dobře.

Struktura psychiatrické anamnézy rozdělena do tří bodů:

1. Zjistit osobní údaje – věk, jméno, pohlaví, případně zaměstnání, stav, bydliště, děti
2. S jakým problémem k vám dorazil – příznaky, jak dlouho pocity přetrvávají, průběh či intenzita příznaků
3. Zjistit předchozí hospitalizaci, rozhovor s ošetřujícím lékařem či psychiatrickou sestrou (jaký byl minulý průběh, léčba, jak často za ním dochází terénní sestra). (Češková, 2012)

### **Vyšetření psychického stavu**

Důležité je zhodnotit míru příznaků. Dále je důležité pozorovat vzhled a chování pacienta.

Dále pak hodnotit náladu, vědomé a orientaci osoby. Důležité je zjištění, zda nemá halucinace či bludy. Jestli je jeho řeč srozumitelná a zda má zachovanou paměť.

### **Psychologické vyšetření**

(Eva Češková 2012) popisuje, že toto vyšetření je pomocnou metodou, provádí se pomocí klinických pohovorů, rozhovorů, pozorování nebo pomocí psychologických testů (nejčastěji používaný je test Rorschachův – test pomocí obrázku či kreseb – pacient komentuje co v obrázkách vidí). Psychologické vyšetření provádí klinický psycholog, který vše poté konzultuje s psychiatrem a případně s přidělenou terénní sestrou.

Zajímavostí může být BITEPT, MENFIT – orientační testy psychických funkcí, jedná se o veřejně dostupný on – line test, takže nemusí být stoprocentně průkazný, test si může udělat každý sám u svého přístroje, který je připojený k internetu. (Časopis 21.století 100 děsivých psychických poruch a nemocí)

## **Diferenciální diagnóza**

Hlavní část diagnózy je rozlišení, jestli se jedná o schizofrenii nebo jiné onemocnění (schizofrenie může mít podobné příznaky jako encefalitida, traumatické poškození mozku či nádor nebo epilepsie).

## **Somatické vyšetření**

Řada neurologických onemocnění může vypadat jako schizofrenie – rozdíl je poznat podle somatických příznaků.

Aby mohla být stanovena psychiatrická diagnóza je potřeba mít všechna tělesná vyšetření včetně neurologického (krevní obraz, moč – vyloučení požití návykové látky, měření fyziologických funkcí, může být CT, MRI nebo EEG – většinou bývá z vědeckého důvodu, na CT a MRI jsou také poznat organické poruchy)

## **1.6 LÉČBA**

Léčba u schizofrenie je nejvíce ovlivněna chováním samotného jedince. Důležitá je jeho motivace a zodpovědnost k léčbě samotné. Také je důležité sociální zázemí a rodina klienta – když na to není pacient sám je šance na zlepšení či zotavení. Schizofrenie není nic, co by se nedalo léčit, ale musí k tomu být odhodlání kolektivu odborníků a lidí, kteří jsou okolo nemocného.

Za posledních 30 let léčba psychiatrických onemocnění velice pokročila. Dnes již lidem není psychiatrické onemocnění tolik lhostejné. Odborníci často chápou vážnost takového druhu onemocnění. (Eva Češková, 2012)

Léčba schizofrenie je rozdělena do dvou částí přístupu psychosociálního a biologického léčebného přístupu.

Při správném postupu nemusí docházet k recidivě.

### **1.6.1 Psychosociální přístup**

Psychosociální přístup je navržen ve chvíli, kdy odezní akutní fáze. Jedná se především o psychoterapii, rehabilitaci, pracovní terapii nebo psychoedukaci.

Tento přístup je doplněn farmakoterapií.

## **Psychoterapie**

Pacientovi se schizofrenii se většinou indikuje podpůrná psychoterapie, rodinná psychoterapie a kognitivně behaviorální psychoterapie.

Psychoterapie má napomáhat ke zlepšení sociálních a rodinných vztahů, lepšímu zvládnutí stresu nebo k začlenění do společnosti. Velmi důležité je poznání a vyrovnání se s nemocí a pomoci s odhodláním léčit se.

Psychoterapii může provádět v ČR pouze atestovaný psycholog a psychiatr, který má absolvovaný psychoterapeutický výcvik.

Zdravotní sestra, speciální pedagog nebo sociální pracovník mohou absolvovat psychoterapeutický výcvik, ale z hlediska zdravotnictví by do psychoterapie neměli zasahovat.

Dále psychoterapie může pomoci k rozpoznání příznaků a zjištění, jak takové stavy zvládat, také může napomoci ke zvládnutí halucinací a bludů.

Je důležité navázat s klientem dobré vztahy, budovat v něm důvěru.

## **Psychoedukace**

Slouží k porozumění onemocnění. Psychoedukace je takové „školení o onemocnění“ pro pacienta a jeho rodinu. Je to program na, který dochází klient někdy i s rodinou. Bývá to minimálně 8 sezení při, kterém se klient dozví vše o nemoci. Cílem je částečné vyrovnání s onemocněním.

Psychoedukaci může provádět proškolený a předem vzdělaný lékař, psycholog, psychiatrická sestra nebo sociální pracovník.

## **Psychosociální rehabilitace a pracovní terapie**

Psychosociální rehabilitace a pracovní terapie pomáhají osobám, aby se začlenil do běžného sociálního a pracovního života.



V tomto případě je slovo rehabilitace myšleno jako uzdravení duše.

## **1.6.2 Biologicky léčebný přístup**

### **Farmakoterapie**

Především psychofarmatika-základním typem psychofarmatik, které jsou předepisovány u schizofrenie jsou antipsychotika<sup>3</sup>. Jsou dostupné jako tablety nebo formou injekcí.

Výhodou injekčního podání je rychlejší a dlouhodobější efekt (vydrží až 1 měsíc). Jedním z takovýchto léků je xeplion.

Úlevu pocítuje až 85 % pacientů, a to do 6 měsíců. Bohužel mají psychofarmatika také nežádoucí účinky.

Tyto léky utlumují aktivní příznaky schizofrenie, většinou se indikují v akutní fázi. Zmírňují úzkosti a deprese, navozují pocit klidu a podporují spánek. Začínají působit během 14 dnů. Útlum negativních příznaků není zaznamenán. Mezi tyto léky patří například Kventiax, Zypsilan nebo Zalasta. (Eva Češková, 2012)

### **Elektrokonvulzivní terapie-ECT**

Základní léčebná metoda v psychiatrii. Je to operační výkon v celkové anestezii.

Na ECT se podílí anesteziolog a psychiatr. Malá dávka elektrického proudu se pomocí elektrod vpraví do mozku v místě spánků.

Většinou je psychiatrem předepsáno 6-12 sérií elektrokonvulze, během jednoho měsíce.

---

<sup>3</sup> Léky určené k léčbě psychóz – především při výskytu halucinací a bludů. Zastaralý název antipsychotik jsou neuroleptika. Upravují narušené chemické pochody v mozku.

## 2. PSYCHOTERAPIE

*„Psychoterapie je obor, vědní disciplína, empirická a aplikovaná věda. Je to obor interdisciplinární, protože zasahuje do různých oblastí medicíny a psychologie.“*

(Kratochvíl, 2017, str.14)

Zabývá se léčením psychických poruch. Je rozdělená na obecnou a speciální část. Do obecné části patří především teorie a metodický a výzkumná data. Ve speciální části jsou popsány především aplikace na různé duševní poruchy.

Psychoterapie je zabývá nejen nemocí jako takovou, ale především člověkem jako celek. Chce znát jeho anamnézu a minulost, díky prohloubení do minulosti je velká šance zjistit, jak onemocnění vzniklo. Tento případ může pomoci k lepší prognóze.

Psychoterapii může praktikovat psycholog, psychiatr, zdravotní sestra nebo sociální pracovník, osoba však musí mít absolvovaný psychoterapeutický výcvik a následnou supervizi.

Cílem psychoterapie je odstranění nebo zmírnění příznaků duševních poruch. Dále je podstatou psychoterapie pomoc se socializací a rodinnými vztahy. Často je potřeba pomoci pacientovi se smířením s onemocněním tedy reedukací. (Kratochvíl, 2017)

### 2.1 PSYCHOTERAPEUTICKÉ SMĚRY

Vývoj psychoterapie a jejich směrů se začal tvořit počátkem 20.století. Vznik a vývoj psychoterapeutických směrů byl ovlivněn především kulturou a náboženstvím. Za přibližně sto let působení psychoterapie vzniklo velké množství psychoterapeutických přístupů.

Stejně jako v lékařství je v psychoterapii určitý kodex, který by se měl dodržovat u psychoterapie jsou důležité tyto faktory (profesionalita, mlčenlivost, pravdivost a nevyužívání klienta pro vlastní potřebu)

V této kapitole bychom chtěli představit 5 nejznámějších psychoterapeutických směrů.

### 2.1.1 Hlubinná psychoterapie

Jedním z hlavních psychoterapeutických přístupů je hlubinná psychoterapie, do které patří především psychoanalýza.

Dále také Adlerovská a Jungovská psychoterapie.

#### Psychoanalýza

Vznik psychoanalýzy můžeme datovat do přelomu 19 a 20. století. A dá se charakterizovat jako nauka o nevědomí – o naší minulosti.

Psychoanalýza byla vytvořena německým psychologem, psychoanalytikem a neurologem Sigmundem Freudem – který byl narozen ve Freibergu (dnešním Příboru) roku 1856. Je Almu mater byla Vídeňská univerzita.

Pro psychoanalýzu používal S. Freud hypnózu a metodu takzvaných volných asociací, při kterých terapeut poprosí klienta, aby pověděl vše co „co má na srdci“, nezáleží na tom, zda je to důležité nebo není. – Freud se domníval, že tímto způsobem se od klienta dozví vzpomínky a myšlenky, které jsou uloženy v nevědomí. (terapii nazval terapie volných asociací). (Nolen-Hoeksema a spol., 2012)

Psychoanalýza rozděluje naši osobnost do tří částí vědomí předvědomí a nevědomí (Freud to přirovnal k modelu ledovce)

- **Vědomí** – neboli to co si navenek uvědomujeme (v ledovci tedy je zobrazeno nad vodou)
- **Předvědomí** – To jsou myšlenky či vzpomínky, které nemáme aktuálně uloženy ve vědomí, ale kdybychom chtěli jsme schopni si je okamžitě vybavit (v ledovci označeno těsně pod hladinou)
- **Nevědomí** – Místo ve, kterém jsou uloženy vzpomínky a přání, které nejsou dostupné, ale ovlivňují naše chování a myšlení (v ledovci umístěno až v hluboké vodě)

Freud si během života uvědomil, že holý model ledovce nestačí, proto se snažil kromě vědomí, předvědomí a nevědomí rozdělit osobnost ještě do tří dalších systémů a to ID, EGO a SUPEREGO.

- **ID** – je ve Freudovském modelu ledovce zaujato v místě, kde je také nevědomí. Psychologie Atkinson a Hilgarda tvrdí, že „*je to nejprimitivnější část osobnosti, z níž se později vyvíjí ego a superego.*“ ID je přítomno již od narození, simuluje základní biologické potřeby.
- **EGO** – Ego se v modelu ledovce nachází v místě předvědomí a části vědomí. Dá se označit jako řídicí prvek osobnosti. Je střed mezi skutečností a sny.
- **SUPEREGO** – Superego je takzvané měřítko „dobra a zla“ – takové naše svědomí a morální zásady, které jsou řízeny zevnitř. Ve Freudovském ledovci je superego v místě, kde je nevědomí a část podvědomí.

Psychoanalýza u schizofreniků probíhá formou „vyslechnutí“, většinou problémů, který měl klient v rodině či v léčebně. (Nolen-Hoeksema a spol., 2012)

Zlepšení se často projeví až po několika sezeních. Mělo by docházet k minimálnímu množství sporů mezi terapeutem a klientem – pokud dochází k většímu množství konfliktů, terapie nemá cenu, protože klient necítí k terapeutovi dostatečnou důvěru.

Posun je u této terapie především zlepšení vztahů mimo terapii. Psychicky nemocní lidé by měli hledat vlastní „já“ a dostávat se pomocí terapeutických otázek do hlubin minulosti, kde by terapeut měl rozeznat, které místa mohou být spouštěčem nemoci.

### 2.1.2 Dynamická a interpersonální psychoterapie

Poznatky této psychoterapie vychází z psychoanalýzy. Hlavním tématem této psychoterapie jsou problémy v sociálních a mezilidských vztazích. Zaobírají se aktuálními problémy, které mohly vzniknout v minulosti.

Hlavními propagátory této psychoterapie byli Karen Horneyová, Franz Alexandr a Harry S. Sullivan.

### 2.1.3 Rogersovská psychoterapie

Carl R. Rogers byl americký psycholog. Profesor na univerzitě v Ohiu. Zakladatel humanistické psychologie společně s A. Maslowem. Humanistická psychologie se zabývá především přítomností klienta. Hlavní otázky této psychoterapie jsou „kdo jsem? Kdo jsem nyní?“. Pomáhá pacientovi seberealizovat se.

Tato psychoterapie je zaměřena především na klienta a jeho osobnost. Hlavní termín používaný v humanistické psychoterapii je pojem „*self neboli sebepojetí. Self se skládá z myšlenek, vjemů a hodnot, které charakterizují „já“*“

(Nolen-Hoeksema a spol., 2012, str. 563)

### 2.1.4 Behaviorální psychoterapie

Behaviorální psychoterapie vzniká z experimentální psychologie. Hlavním principem je pozorování podnětu a reakce. Funguje na bázi odměňování a trestání.

Tento typ psychoterapie je často používán u závislostí.

Za zakladatele behaviorální psychoterapie jsou považováni anglický psycholog H. J. Eysenck a americký psychiatr J. Wolpe. (Nolen-Hoeksema a spol., 2012)

#### **Kognitivní psychoterapie**

Kognitivní psychoterapie se zaměřuje na poznávací procesy, především pak na myšlení, dále také paměť nebo řeči.

Do tohoto psychoterapeutického přístupu patří především kognitivně-behaviorální terapie.

#### **Kognitivní rehabilitace**

Napomáhá zlepšení kognitivních procesů jako jsou paměť, myšlení nebo soustředění.

Skládá se z různých cvičení, které zlepšují tyto funkce. (různé stavebnice, hry, pexesa)

## **Kognitivně-behaviorální psychoterapie**

Je to psychoterapeutický směr, který obsahuje prvky jak kognitivní, tak behaviorální psychoterapie.

Tento druh psychoterapie „*předpokládá, že změnu myšlení lze navodit změnou chování*“ . (<https://www.wikiskripta.eu>)

KBT má v léčbě schizofrenie nejlepší výsledky. Pomocí této psychoterapie by se měl pacient naučit rozpoznávat příznaky své nemoci, umět pochopit svou nemoc a dostat pocit, že na to není sám, který by mu měl dodat sám terapeut.

Terapeut by měl přijmout onemocnění pacienta a brát ho jako něco co je součástí jeho života a snažit se tím pracovat. (Kratochvíl, 2017)

V případě, že pacient slyší hlasy je potřeba se tomuto příznaku věnovat a další otázky stavět na toto téma:

- Kolik hlasů slyšíte?
- Umíte s hlasy pracovat? Zastavit je?
- Jaké máte pocity, když na vás hlasy mluví?
- Co hlasy sdělují?
- Odkud hlasy přicházejí?

### **2.1.5 Expresivní terapie**

Hlavním principem této terapie je nějaký způsob umění, kreativity či výtvarnosti.

Patří sem například arteterapie (terapie výtvarným uměním), muzikoterapie (terapie hudbou) nebo dramaterapie (zde je hlavním principem divadlo).

Pro klienta je tento způsob často uvolňující, a to hned v několika bodech:

- Má nějaký určitý plán (koníček), který má nějaký řád

- Může v něm být sám sebou a zapomenout na okolní svět
- Motivace
- Zde poznává nové lidi, kteří mohou mít podobný problém

### **2.1.6 Podpůrná terapie**

Má za úkol především podporovat a doprovázet klienta v jeho těžké životní situaci. Provádí se individuálně a v klidném prostředí.

Podpůrná opatření může provádět lékař, klinický psycholog, ale také adiktolog nebo jiný pracovník ve zdravotnictví.<sup>4</sup>

#### **Jaký je rozdíl mezi podpůrnou a klasickou psychoterapií?**

Klasická neboli léčebná psychoterapie bojuje přímo proti duševní poruše – většinou je zprostředkovaná prostřednictvím lékaře.

Podpůrná psychoterapie většinou není indikována u vážných duševních poruch, ale funguje spíše jako podpora v nelehké situaci. *„Nesnaží se měnit osobnost, ale poskytuje porozumění, podporu a pomoc osobnosti takové, jaká je.“*

(Kratochvíl, 2017, str. 17)

---

<sup>4</sup>[https://www.zsalsa.cz/sites/default/files/prilohy\\_dokumentu/alsa-22-5-2016-podpurna-psychotherapie-2017.pdf](https://www.zsalsa.cz/sites/default/files/prilohy_dokumentu/alsa-22-5-2016-podpurna-psychotherapie-2017.pdf)

### **3. TERAPIE U KLIENTA SE SCHIZOFRENIÍ V DOMÁCÍ PÉČI**

V praxi je zřetelné, že pro léčbu schizofrenie není možné předepsat pouze farmakologickou léčbu, psychoterapie je pro léčbu schizofrenie velice důležitá, pro pacienty se schizofrenií je důležitá i komplexní psychosociální péče.

V psychoterapii u psychóz a podobných duševních poruch jako je schizofrenie je zásadní důvěra a spolehlivost k terapeutovi.

Univerzální terapie psychóz či specificky schizofrenie neexistuje – v psychoterapii musí jít spolu s chráněncem i jeho cesta.

Vždy je lepší, když psychoterapie probíhá pravidelně a v klidném prostředí.

Pro léčbu schizofrenie je potřeba nastavit klientovi individuální typ psychoterapie, podle toho, s čím konkrétně má problém (problém v minulosti, problém se sebevědomím nebo špatné vyrovnání s nemocí).

Osoba žije v domácím prostředí a dochází pouze do stacionáře na psychoterapie nebo jiné sezení. (Pěč a Probošová, 2009)

#### **3.1 SPECIÁLNÍ PEDAGOG A KLIENT SE SCHIZOFRENIÍ**

Speciální pedagogika se v posledních letech rozvíjí i do oblastí, které dříve byli mimo jejich dosah. Dnes se již speciální pedagogika nezabývá pouze o pacienty s mentální či smyslovým postižením, ale je schopna zasáhnout také do oboru poruch chování, logopedie či dokonce do psychiatrie. Speciální pedagogika se v dnešní době umí zabývat také pacienty s duševními poruchami, a to především socializací těchto osob.



Speciální pedagog je také využíván u dětských případů schizofrenie<sup>5</sup>. Speciální pedagog u dítěte provede potřebná vyšetření, zdali se nejedná o zmíněnou poruchu autistického spektra či poruchu soustředění.

Ovšem speciální pedagog není schopen schizofrenii ani léčbu schizofrenie zastat sám, spíše se na speciálního pedagoga dotazují odborníci po stanovení diagnózy, nebo milně rodiče či pedagogové, protože se domnívají, že by to mohl být „pouze“ speciálně pedagogický problém.

Speciální pedagog je schopen pro pacienta se schizofrenií vytvořit plán aktivit a nastavit určitý řád, který bude nemocný dodržovat.

Způsob, jak dnes léčit duševní onemocnění je velké množství, ve kterých má a do budoucna určitě bude mít speciální pedagog své místo. Dnes již je zahrnut speciální pedagog v CDZ<sup>6</sup> - zatím pouze jeden, ale v budoucnu chtějí práci speciálního pedagoga více využívat – především na pomoc při socializaci, edukaci, ergoterapii nebo u dětských klientů v rámci výchovného poradenství.

### **3.2 KOMUNITNÍ PÉČE U SCHIZOFRENIE**

Komunitní péče je seskupení různých služeb a zařízení. Tyto zařízení mají za cíl pomoci osobám s duševním onemocněním. Do této skupiny se řadí odborníci z medicíny, zdravotnictví, psychologie a sociálních služeb.

Je to multidisciplinární tým, který se skládá z praktických lékařů, psychiatrů, psychologů, psychiatrických sester a sociálních pracovníků a peer<sup>7</sup>.

---

<sup>5</sup> Někteří odborníci se v minulosti domnívali, že schizofrenie se v dětství projevuje jako porucha autistického spektra

<sup>6</sup> Centrum duševního zdraví

<sup>7</sup> Konzultant, který se snaží napomáhat lidem s duševním onemocněním, ale sám tímto onemocněním trpí

Hlavním principem a vizí komunitní péče je život lidí s duševním onemocněním mimo zdi psychiatrických léčeben. Lidé s duševním onemocněním mají právo žít v domácím prostředí či ve své komunitě.

Léčba v domácím prostředí předchází sociálnímu vyčlenění a podporuje socializaci. To je jeden z důvodů proč se komunitní centrum snaží, aby klienti s duševním onemocněním nebyli hospitalizováni, k hospitalizaci tedy přistupují jen v okrajových případech.

Komunitní péče představuje komplexní péči o klienty s duševní poruchou“ *za kompletní péči můžeme označit stav, kdy, kdy jsou pacientům k dispozici léčebné prostředky a postupu nejen biologické (farmakoterapie), ale i psychologické a psychosomatické jako například psychoterapie v denním stacionáři, nácvik sociálních dovedností, pracovní rehabilitace v chráněných dílnách“*

(Ondřej Pěč a Václava Probstová, psychozy,2009 str. 217)

Dnešní komunitní péče je založená i na názoru klientů s duševním onemocněním, řeší se s nimi otevřeně jaké mají potřeby, prožitky, cíle či požadavky.

Péče je rozdělena vedle ambulantní a lůžkové péče ještě do 4 dalších:

- **Krizové centrum** – krizové centrum funguje 24/7, nabízí klientům kvalitní péči při akutní fázi jejich onemocnění. V ČR se nyní nachází 3 centra (RIAPS Praha, Psychiatrická léčebně v Bohnicích a centrum Psychiatrické kliniky při Fakultní nemocnici Brno Bohunice)
- **Mobilní krizové týmy**-Neodkladné vyšetření – klinickým psychologem, psychiatrem a psychiatrickou sestrou. (V ČR máme dva mobilní týmy (Denní sanatorium Nad Ondřejovem, Fokus Praha)
- **Sanatoria** – neboli denní stacionář. Sem docházejí pacienti během dne na předem domluvené schůzky (probíhají zde psychoterapie a rehabilitace). V ČR existuje 22denních stacionářů
- **Komunitní psychiatrické sestry** – pracují v přirozeném prostředí nemocného – pomáhají mu sestavit denní plán, kontrolují medikaci, zařizují

psychoedukace a potřebné služby. V ČR se nachází tři externí pracoviště Dům duševního zdraví Ostrava, Denní sanatorium Nad Ondřejovem, Klinika ESET Praha. (<https://www.psychiatrie.cz/index.php>)

### **3.3 CDZ**

Centra duševního zdraví je multidisciplinární podpora, který se zabývá lidmi s duševním onemocněním. Je určeno pro jednotlivce i rodiny, které mají člena s duševním onemocněním.

CDZ měla možnost se více rozvíjet od roku 2017, kdy česká psychiatrie prošla novou reformou duševního zdraví.

Základním konceptem CDZ je tedy péče u osoby s psychiatrickým onemocněním především v domácím prostředí, pomalu se začíná odcházet od zachovalého principu, kdy je klient s duševní poruchou „uvězněn za mřížemi psychiatrických léčeben“

Tým centra zaměstnává psychiatry, psychology, psychiatrické sestry, sociální pracovníky, speciální pedagogy, adiktology či peer konzultanty.

Cílem ministerstva zdravotnictví je v následujících letech vybudovat až 100 center duševního zdraví. V aktuální chvíli je v ČR 29 center duševního zdraví.<sup>8</sup>

Dnes existují také takzvané neziskové organizace, které napomáhají lidem s duševním onemocněním.

### **3.4 KLIENTI SE SCHIZOFRENIÍ V DOMÁCÍ PÉČI**

Když má klient potíže, většinou jeho první cesta směřuje za obvodním lékařem, který by měl rozpoznat rizika a poslat pacienta k odborníkovi, kterým je psychiatr.

---

<sup>8</sup> Udává ministerství zdravotnictví k 27.6 2020

Psychiatr stanoví přesnou diagnózu a nasadí medikamenty. Může pacienta také hospitalizovat na psychiatrické klinice – pokud je to nutné. V případě, že to nutné není klient zůstává v ambulantní péči. Do ambulance dochází individuálně (někdo 1x za týden někdo 1x za měsíc). Vztah mezi psychiatrem a pacientem s duševním onemocněním je specifický a je rozdílný dle osobnosti pacienta – do tohoto vztahu je vkládána důvěra a emoce (pacient by měl svého psychiatra navštěvovat rád, nemělo by to být nucené sezení). Velmi těžká práce je s pacientem, který přijde nedobrovolně (na doporučení praktického lékaře či příbuzných) – pacient je přesvědčen, že žádný problém nemá. (Kučerová, 2010).

Člověk se schizofrenii, který se chce léčit a docházet do CDZ je pod kontrolou psychiatra, psychiatrické sestry a sociálního pracovníka někdy také terénní psycholog (velice málo)

Psychiatr dojíždí za klientem velice málo, snaží se vše zjistit od sestry či sociálního pracovníku, vídá klienta především na psychoterapii nebo v ambulanci. Léčbu (např. změnu farmakoterapie) a případnou hospitalizaci konzultuje se sestrou.

Psychiatrická sestra dochází za klientem podle potřeby většinou 1x za týden – kontroluje fyziologické a kognitivní funkce, zda klient užívá medikamenty, jaká je jeho úroveň soběstačnosti, dále může provádět podpůrná opatření, které pomáhají ke zlepšení psychického stavu klienta. Případně komunikuje s rodinnou muže pomoci se zlepšení soběstačnosti (například pomoci dojít na nákup, úřad). Sestra si vede rehabilitační plán činností, který poté konzultuje s psychiatrem.

Sociální pracovník má za úkol zjistit sociální situaci klienta i jeho rodiny –vyřizuje různé administrativní problémy, na které se klient sám netroufne (například zařizuje pečovatelku (když je klient nesoběstačný), snaží se zařídit prohlídky u lékaře nebo zařizuje klientovi dle potřeby invalidní důchod.

Odborníci se navzájem domlouvají na další postupech léčby. Vždy mezi sebou mají Case managera, který vede celou léčbu a tráví tedy s klientem nejvíce času. Může to být psychiatr, sestra i sociální pracovník.

Mimo domov klienti také dochází na psychoterapii (taktéž do ambulance) nebo do různých denních stacionářů – často při CDZ, kde se věnují různým zábavným činnostem u každého jsou specifické. V tomto programu je nejdůležitější socializace s ostatními klienty, najít řád či pravidelnost, naučit se něco nového co by mohlo klienta s duševním onemocněním motivovat nebo alespoň zabavit.

Péče o člověka s duševním onemocněním je specifická a individuální, každý klient má jiné potřeby. Lidé se schizofrenií mají často obrácený režim dne (ráno dlouho spí a „ponocují“), jelikož většina pobírá invalidní důchod nemají během dne jasný režim (ten se snaží nastavit psychiatrická sestra často za pomoci rodinných příslušníků). Ideální je nastavit alespoň nějaké jasné body během dne (například, že oběd bude kolem 14hodiny a po obědě se půjdeme projít ven).

Řada nemocných je schopna žít mimo lůžková zařízení, ale je potřeba komplexní péče, kterou zajišťuje komunitní péče – péče, kdy je pacient pod dohledem, ale zároveň je schopen žít běžný život.

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 4. CÍL VÝZKUMU

Cílem výzkumu je *Působení psychoterapie na pacienta se schizofrenií v domácí péči.*

Ve výzkumném cíli bychom chtěli dokázat, jak moc působí psychoterapie na pacienty se schizofrenií, jestli mohou pomocí psychoterapie žít mimo brány psychiatrických léčeben a jestli je psychoterapie tak účinná, aby mohla fungovat i bez farmakologické léčby.

Dále bychom chtěli dokázat složitost vzdělávání u osob s duševním onemocněním, velké množství lidí s duševním onemocněním není schopno se kvůli své nemoci dále vzdělávat, většinou nemají píli a tížádst a nemohou se plně soustředit na studium.

## 5. VÝZKUMNÉ OTÁZKY

V praktické části jsme zvolili kvalitativní výzkumnou metodu pomocí rozhovoru a výzkumných otázek na které navazují Hypotézy (H). Rozhovory probíhali většinou přes online schůzku nebo pomocí emailové komunikace, a to především kvůli nemoci covid 19. Otázky jsme si připravovali nejprve pro odborníky a na základě jejich odpovědí jsme pokládali otázky lidem trpící schizofrenií. Výzkum se uskutečnil na přelomu roku 2020–2021.

Jména respondentů nebyla použita. S výzkumem a zveřejněním jejich příběhu souhlasili. Všichni tázání odpovídali dobrovolně a byli velice milý a vstřícní bylo vidět, že o problému jsou informovaní a chtějí ho řešit. Všem jsme vysvětlili záměr a stavbu naší bakalářské práce, někteří respondenti naši práci četli a souhlasili s tím co zde popisujeme.

**Výzkumná otázka** – „*Tvrzení, na kterou chcete znát odpověď v souvislosti s problémem*“ ([http://web.ftvs.cuni.cz/hendl/metodologie/definice\\_hypotezy.htm](http://web.ftvs.cuni.cz/hendl/metodologie/definice_hypotezy.htm))

**Rozhovor-** „je výzkumná a diagnostická technika, která spočívá v dotazování. Jeho účelem není pouze získání diagnostických informací, ale je také prostředkem navázání kontaktu s dotazovaným.“ (<https://cs.wikipedia.org/wiki>)“

Hypotéza – „tvrzení, které mám za úkol potvrdit nebo vyvrátit“ (Pavčina Tassanyi, 2020)

## 5.1 Odborníci

**Odborník-**Člověk, který je vzdělaný nebo se vyzná v určitém odvětví nebo oboru.

Otázky jsme pokládali nejprve odborníkům, kteří mají zkušenosti a spolupracují s lidmi s duševním onemocněním, převážně z center duševního zdraví a z centra duševní medicíny. Ve své práci bychom chtěli popsat především odpovědi na otázky od doktora, který má absolvovaný psychoterapeutický výcvik, dále jsme o pomoc požádali dvě zdravotní sestry, které mají vystudovanou specializaci v psychiatrii a také si pomalu dodělávají psychoterapeutické výcviky – převážně z důvodu pro provádění podpůrných terapií.

Odpovědi na otázky byly zaznamenány písemnou formou. Ptali jsme se na 8 různých otázek ze, kterých jsme poté podala 2 výzkumné otázky na které navazuje hypotéza, kterou jsme se na závěr snažila potvrdit či vyvrátit. Nejdříve jsme zjišťovali, jaké mají odborníci vzdělání a kde pracují, dále kdo si myslí, že by měl provádět psychoterapii u pacientů se schizofrenií. Jelikož práce je zaměřena především na klienty v domácí péči ptali jsme se, jestli vidí přínos v CDZ a komunitních centrech. Na závěr jsme informovali, jak funguje psychoterapie v domácí péči.

Respondenti v oblasti odborníků byli tři, spolupráce byla velmi příjemná. Respondenti vstřícně odpověděli na mé otázky a snažili se dodat i něco zajímavého ze své praxe, se všemi třemi respondenty se mi spolupracovala přibližně stejně dobře. S respondentem č.1 byla komunikace pomocí emailové korespondence a také v zaměstnání, kde proběhla domluva (pracuje na stejném místě jako já). S respondentem č.2 jsme se osobně setkali a později rozhovor probíhal formou online schůzky. S respondentem č.3 komunikace probíhala výhradně pomocí online schůzky.

**Respondent č.1** – Muž, vystudoval všeobecné lékařství na 2 LF UK, je neurochirurgem v ÚVN, dále má vystudovaný komplexní vzdělávací program v psychoterapii – dynamicky zaměřený na psychosomatický přístup. Terapie u schizofrenie je podle pana doktora velice přínosná a měl by jí provádět lékař nebo psycholog s psychoterapeutickým vzděláním. Na CDZ a komunitní centra pohlíží kladně, je to dobré především pro pacienty – je proti nucené hospitalizaci. Psychoterapie se neprovádí v domácí péči pacient dochází do CDZ či ambulance.

**Respondent č.2** – Žena, vystudovaná zdravotní sestra – VOŠZ má obor psychiatrická sestra, poté v Plzni vystudovala učitelství humanitních věd. Dodělává si psychoterapeutický výcvik zaměřený na arteterapii. Pracuje jako psychiatrická sestra pro kliniku Eset, dále učí na SZŠ psychologii a chtěla by se soukromě věnovat arteterapii. Psychoterapii by podle respondenta č. 2 měl provádět multidisciplinární tým společně, ale především psychiatr s psychoterapeutickým výcvikem. Respondent č.2 pracuje v CDZ, takže na tyto organizace pohlíží velice kladně a doufá, že se tato pomoc pro klienty s duševním onemocněním ještě rozšíří. V domácí péči probíhá pouze podpůrná terapie na psychoterapie klient dochází do ambulance psychologa nebo psychiatra.

**Respondent č. 3** - Žena, zdravotní sestra se specializací v psychiatrii. Dále vystudovaná sociální práce, pracuje jako psychiatrická sestra pro kliniku Eset, dříve pro Mamadu jako sociální pracovník. Má absolvovaný výcviku pro rodinné a výchovné poradenství. Respondent č. 3 se domnívá, že psychoterapie je pro každého individuální záležitost a měl by jí provádět proškolený a vzdělaný odborník, a to hlavně u tak vážných diagnóz jako je schizofrenie. Na přínos CDZ respondent č. 3 odpověděl podobně jako respondent č. 2 – přínos kladný. Podle respondenta č. 3 se nesmí psychoterapie v domácí péči provádět, ale pouze v ambulanci.

Výzkumné otázky, které vyplívají z daného výzkumného problému a navazují na rozhovor, který jsme prováděli s respondenty.



## 1. Jaká je podle vás nejúčinnější léčba schizofrenie?

**H1** – Klientům se schizofrenií, kteří žijí v domácí péči k léčbě stačí pouze psychoterapie.

**H2** – Pacienti se schizofrenií se mohou léčit pouze pomocí farmakoterapie, psychoterapie je pouze zábavující faktor.

Tabulka č. 1

<b>Respondent č. 1</b>	Kombinace psychoterapie a farmakoterapie – (farmakoterapie je nezbytně nutná)
<b>Respondent č. 2</b>	Určitě pomocí léků, které utlumují příznaky psychózy, Někdy zabírá také psychoterapie, ale nemůže stát bez užití léků. Užívání léku je a asi vždy bude klíčové v léčbě psychóz.
<b>Respondent č. 3</b>	Psychoterapie, podpůrná opatření, pravidelná návštěva CDZ a bohužel farmakoterapie, která má na zlepšení stavu největší vliv. Psychoterapie podporuje udržení nebo zlepšení stavu klienta.

**H1** – Tato hypotéza jev odpovědích vyvrácena. Psychoterapie nemůže být samostatný léčebný článek u závažných duševních poruch, ale funguje jako podpůrná péče.

**H2** – Ano, schizofrenie jde léčit pouze farmakoterapií, ale psychoterapie pomáhá ke zlepšení stavu klienta.

## 2. Jak působí psychoterapie na pacienta s psychózou?

**H1** – Psychoterapie usnadňuje pacientovi s psychózou život, ale pouze v případě, že dochází na psychoterapii pravidelně a nepřetržitě.

Tabulka č. 2

<b>Respondent č. 1</b>	Přínosná, ale má své limity. Psychoterapie pacientovi pomůže. Dochází podle potřeby, měl by to být spolehlivý bod pacienta.
<b>Respondent č. 2</b>	Klient by měl na psychoterapii docházet od začátku léčby a pravidelně. Dle mých zkušeností na klienty psychoterapie působí kladně, napomáhá mu k lepší komunikaci a socializaci.
<b>Respondent č. 3</b>	Psychoterapie napomáhá klientovi k najetí svého duševního klidu. Domnívám se, že pro léčbu schizofrenie je nezbytná a má pro klienta velký přínos

**H1** – Ano, psychoterapie usnadňuje pacientovi s psychózou život, napomáhá ke zlepšení duševního stavu pacienta. Podle odborníků by měla být pravidelná.

## 5.2 Výzkumné otázky položené lidem, kteří trpícím schizofrenií

Schizofrenie-poruchu vnímání myšlení a osobnosti.

V druhé části jsme pokládali otázky lidem, kteří trpí schizofrenií. Nevybírali jsme lidi podle věku ani druhu onemocnění, všichni klienti dostali stejné otázky bez ohledu na věk, druh onemocnění či sociální zázemí. Dohromady jsem získala odpovědi od 5 klientů s různým druhem schizofrenie. Převážně to bývají klienti, kteří dochází na ambulantní vyšetření či psychoterapii do FOKUSU – tedy neziskové organizace, která pomáhá lidem s duševním onemocněním. Na specifické otázky mi také zodpovídal muž, který pracuje jako peer, snaží se radit a vytvářet terapie a akce pro lidi trpící stejnou nebo podobnou poruchou. Pracuje v organizaci, která nese název ESET – centrum duševního zdraví, jehož služby využívají lidé s duševním onemocněním.

V rámci rozhovoru jsme položili 9 různých otázek, ze kterých jsme vytvořili 3 výzkumné otázky na které navazují hypotéz, které jsme se na konci snažili potvrdit či vyvrátit. V rozhovoru jsme nejdříve zjišťovali věk a formu schizofrenie a jestli užívají nějaké léky, dále jsme se ptali na první příznaky, převážně, abych zjistili, zda příznaky byly přítomny již na škole. Poté taky zdali dochází do CDZ nebo komunitního centra a jaký má toto centrum vliv na jejich duševní zdraví.

**Respondent č. 1** – Je 33letý muž, který pracuje jako peer v centru duševního zdraví, má druh nespecifické schizofrenie. Psychózy si poprvé všiml v 20 letech kdy se domníval, že o něm kolegové špatně mluví, nemohl spát, musel dát výpověď v práci. V CDZ pracuje a domnívá se, že vliv na zlepšení stavu CDZ mají. O lécích informovat nechtěl.

**Respondent č. 2** - 21letá žena, prozatím bezdětná, trpí paranoidní schizofrenií, žije ve společné domácnosti se sestrou, která se o ní stará (vaří a uklízí). Její problémy začaly již v dětství – uzavírala se do sebe, oblékala se do černé. Hlavními příznaky bývají halucinace, často mývá špatné nálady, někdy nerozumí, co po ní ostatní lidé chtějí. Léčí se u psychiatra, chce začít docházet také k psychologovi. Užívá Zypsilan. Žena je tichá a zároveň nevyrovnaná se svou nemocí, přisuzují to mladému věku. Dochází do FOKUSU – chodí tam ráda, seznámila se tam s novými lidmi.

**Respondent č. 3** - Muž, 23let. Trpí reziduální schizofrenií. Hlavní příznaky začal pociťovat od 15 roku života. Žije s rodiči, kteří se o něj dobře starají. Rodiče tvrdí, že dříve vykazoval příznaky autismu, je velice tichý a má zpomalené reakce. Dochází do denního stacionáře. Užívá Rorendo.

**Respondent č. 4** – Muž ve věku 40 let. Orientovaný, ale ne plně spolupracující, stručně odpovídá na otázky – není sdílný. První příznaky pozoroval již v pěti letech, ale nebyl schopen rozpoznat, že se jedná o psychózu. Má nespecifickou schizofrenií. Žije sám snaží se o sebe starat, nechce pomoc zvenčí – pomoc chce pouze od své psychiatricky. Hlavní příznak, kterým trpí je především emoční oploštělost a infantilní chování. Užívá Zypsilan. Příznaky se poprvé objevily, když začínal studovat VŠ

**Respondent č. 5** – Žena ve věku 35let. Lečí se již 6 tím rokem, slýchá hlasy má halucinace. Trpí paranoidní schizofrenií a generalizovanou úzkostnou poruchou. Stará se o syna, který má kombinované postižení. Žije s matkou, která jí pomáhá. Žena je velice veselá, své onemocnění si plně uvědomuje a snaží se fungovat především pro svého syna. Dokonce dochází na brigádu. První příznaky pocítovala v 16 letech. Dochází do charity (pomáhá jí arteterapie).

### 1. Jak ovlivnila psychóza vaše vzdělávání?

**H1** – Schizofrenie narušuje vzdělávání kolem pubertálního věku, protože začínají primární příznaky této duševní poruchy.

**H2** – Lidé, kteří trpí schizofrenií většinou nedokončí SŠ vzdělání, protože příznaky v pubertálním věku jsou velmi intenzivní.

Tabulka č. 3

Respondent č. 1	Respondent č. 2	Respondent č. 3	Respondent č. 4	Respondent č. 5
Mám maturitu, psychóza přišla až v pracovním životě.	Mám výuční list Nemohla jsem se soustředit, uzavírala jsem se do sebe. Studium bylo složité, ale zvládla jsem alespoň takto.	Jsem zámečnick s maturitou. Studium bylo složité. Nepsal jsem úkoly, nechodil do školy, spolužáci se mi posmívali.	Mám VŠ, málem jsem kvůli nemoci nedodělal. (Již jsem nešel na doktorát)	Mám základní vzdělání nebylo mi psychicky dobře, proto jsem v 16 letech se školou skončila (nevěděla jsem, že jde o psychózu)

**H1** – Ano, schizofrenie často začíná kolem 15 roku života, ovšem není to pravidlem a podle odpovědi respondentů jde škola zvládnout, ale s obtížemi kvůli začínající nemoci. Je to individuální závisí na formě onemocnění a na intenzitě příznaků.

**H2** 3 z 5 tázaných respondentů mají maturitní vysvědčení-tímto bychom chtěli hypotézu vyvrátit. Zase tu hraje roli individualita a také sociální zázemí daného jedince.

## 2. Docházíte na psychoterapii? Jak vám psychoterapie pomáhá?

**H1** – Psychoterapii ovlivňuje duševní pohodu a kvalitu života lidí se schizofrenií.

Tabulka č. 4

Respondent č. 1	Respondent č. 2	Respondent č. 3	Respondent č. 4	Respondent č. 5
Pracuji v CDZ jako peer, obracím se na sestřičky, pomáhá mi také pomoc ostatním. Na samotnou psychoterapii nyní nedocházím, ale v mých horších stavech mi psychoterapie moc pomohla.	Docházím do Fokusu, psychoterapie mi velice pomáhá.	Na psychoterapii docházím a bez ní si to již nedovedu představit.	Nedocházím snažím se pomoc si sám nebo pomoc mé psychiatricky.	Docházím na psychoterapii již přes rok a pomáhá mi proti strachům, úzkosti a halucinacím.

**H1** – Ano, psychoterapie kladně ovlivňuje život lidí s duševním onemocněním a napomáhá psychické pohodě.

## 3. Kolikrát jste byl/a hospitalizována? Ovlivnila tento nízký počet psychoterapie?

**H1**-Docházení na psychoterapii ovlivňuje recidivu hospitalizace u pacientů se schizofrenií.

Tabulka č. 5

Respondent č. 1	Respondent č. 2	Respondent č. 3	Respondent č. 4	Respondent č.5
2x, Věřím, že ano, psychoterapie mi pomohla, abych se dostal z největšího problému a teď to již zvládám řešit sám a pomáhám ostatním.	1x Určitě, hospitalizovaná jsem byla pouze před první psychoterapii, takže věřím, že má vliv na pobyt v léčebně.	1x Nevím, hospitalizován jsem byl před 3 lety a na psychoterapii docházím teprve 1 rok.	1x Nemohu posoudit na psychoterapii nedocházím.	1x Určitě ano psychoterapie mi pomáhá, takže věřím, že když bych na psychoterapii nedocházela skončím zase v léčebně.

**H1** – Potvrzuji hypotézu – 3 z 5 respondentů potvrdili, že psychoterapie pomáhá proto hospitalizaci a je důležitá pro většinu respondentů. Lidé trpící schizofrenií se nechtějí dostat zpět do léčebny či psychiatrické nemocnice.

## **6. PŘÍPADOVÁ STUDIE**

K případové studii jsme si vybrali paní D. Náš výběr byl jasný, s paní jsme si při rozhovoru rozuměli nejvíce a byla ze všech nejsdílnější. Ráda podrobně vypráví o svém životě, samotnou jí to velice naplňuje, a to i opačným způsobem, sama chtěla, abych se jí z něčím svěřila. Paní D. oslavila loni v prosinci 48 let, trpí simplexní schizofrenií. Vystudovala gymnázium, má ráda dlouhé procházky a poslouchání oblíbené hudby.

### **6.1 Anamnéza**

#### **Osobní anamnéza**

Porod byl přirozený bez větších komplikací. V dětství prodělala běžné nemoci. V 16 letech lékařsky zaznamenán pokus o sebevraždu (předávkování léky). Poté léčena na psychiatrii v Opavě – zjištěna schizofrenie, další pokus o sebevraždu neproběhl (nerada na toto téma komunikuje) Paní D. má podle svých slov někdy problémy se soustředěním, momenty úzkosti a uzavírání se do sebe, ale kupodivu bývá vcelku optimistická. Jednou měsíčně dochází na injekční léčbu-xeplion.

#### **Rodinná anamnéza**

Matka stále živa, snaží se dceři pomáhat (blízký vztah). Matka onemocněla ve stáří cukrovkou jinak zcela zdráva. Otec s tázanou nežije odstěhoval se, když byla na základní škole, v té době zdravý, dle matčina vyprávění měla babička z otcovi strany psychické problémy – dále nespecifikovány. Má starší sestru, které psychické problémy nemá, trpí obezitou a vysokým krevním tlakem – nemá z tázanou dobrý vztah – vídají se velice málo.

#### **Sociální anamnéza**

Paní D. je milá, ale není moc společenská k cizím lidem. Má pár sousedů v bytovce, se kterými navazuje vztahy, ale s novými lidmi moc kontakt nenavazuje, prý se bojí, že ji odsoudí za její nemoc. Má blízký vztah s matkou – navzájem si pomáhají. Zároveň, ale o své nemoci komunikovat chtěla. V nemoci se dobře orientuje a nyní ji má vcelku pod kontrolou a za ty léta je s ní již smířena.

## **6.2 Rozhovor**

### **Jaký je váš věk?**

V prosinci mi bylo 48 let

### **Jaký máte druh schizofrenie?**

Simplexní schizofrenii

### **Jaké máte vzdělání?**

Středoškolské – gymnázium s maturitou

### **Jak ovlivnila psychóza vaše vzdělávání??**

Určitě se mi zhoršil učební prospěch. V 1. ročníku na gymnáziu jsem málem propadla z matematiky – bylo to složité, nemohla jsem se soustředit, byl to jeden z důvodů, proč jsem nepokračovala dále.

### **Kdy jste pocítila první příznaky schizofrenie?**

První příznaky jsem pocítila na základní škole – izolovala jsem se od ostatních, nenavazovala jsem kontakty se spolužáky, přišlo mi, že si na mě ukazují. Dělal jsem nepřírozené pohyby (při chůzi jsem zakopávala nohu, chodila pozpátku, propiskou si malovala na oblečení). Škola pro mě byla těžké období, nechodila jsem tam ráda, převážně kvůli spolužákům.

### **Kolikrát jste byla hospitalizována?**

Dohromady jsem byla hospitalizována 4x v 16 letech tedy v nemocnici v Opavě, tamtéž také v roce 1998 a 2x v roce 2004 ve FN Ostrava.



### **Ovlivnila tento nízký počet psychoterapie?**

Myslím si, že je to možné od té doby, co docházím na psychoterapii se cítí lépe.

### **Docházíte na psychoterapii? Jak vám psychoterapie pomáhá?**

Občas docházím do Spirály<sup>9</sup> na psychoterapii, docházím tam již přibližně 3 roky a jsem moc ráda, že tam mohu chodit moc mi to pomáhá, nemám tak často úzkost a strach.

### **Na koho z centra duševního zdraví se nejčastěji obracíte?**

Obracím se na psychiatričku ve Spirále asi co 3 měsíce.

### **Jak probíhá váš běžný den a jak a kdo o vás pečuje v domácím prostředí?**

Vstávám okolo 10 hodiny, dám si kávu a snídani pak jdu buď na internet nebo cvičím na workout<sup>10</sup>. Ráda chodím pěšky přes les nakoupit do obchodu někdy jedu dvě zastávky autobusem, ale spíše ne nemám moc ráda autobus. Chodím jen když potřebuji nakoupit. Obědvám okolo 14 hodiny – snažím si vařit sama, někdy s mamkou (většinou rychlá jídla, které nezaberou moc času). Koupu se každý druhý den, a přitom si vyperu prádlo (momentálně nevlastním pračku). Snažím si rozdělit si práci ať toho nemám najednou moc. Večeřím okolo 20 hodiny. Pak jsem u počítače většinou koukám na videa na Youtube nebo na Facebook. Někdy poslouchám svou oblíbenou hudbu – mám ráda hodně interpretů, jsem ráda při poslouchání ničím nerušená, relaxuji. Teď také ráda pozoruji dokumentární filmy o vesmíru a planetách. Usínám až kolem druhé hodiny v noci.

---

<sup>9</sup> CDZ V Ostravě

<sup>10</sup> je sportovní aktivita s vlastní vahou těla, která zahrnuje různé cviky na veřejných sportovních hřištích

### **Běžné každodenní věci zvládáte sama?**

Ano, snažím se o sebe pečovat. Jsem schopná dojít si na nákup, osobní hygienu, praní, vaření či nakupování. Chodím k lékaři i na úřady.

### **Máte nějakou brigádu nebo práci?**

Aktuálně chodím 2x týdně na brigádu roznášet letáky na našem sídlišti, kde mám svůj rajon – snažím se donutit, že brigáda je přínosnější než sedět doma u tabletu. Zatím mi to funguje 3 měsíce.

## **7. VÝSLEDEK VÝZKUMNÝCH CÍL**

### **1. Působení psychoterapie na pacienta se schizofrenií v domácí péči**

Působení psychoterapie na pacienty se schizofrenií je individuální a také závisí na charakteru a druhu nemoci každého jedince. I přesto se domníváme, že psychoterapie je velmi nápomocná v léčbě duševních poruch, má skvělé účinky. Část její zásluhy je také v tom, že lidé s duševním onemocněním nemusí žít v léčebnách. Napomáhá zvládnutí stresu, emocí a úzkosti. Určuje pravidelnost a řád. Nepomáhá pouze duševně nemocným, ale ukazuje směr i lidem, kteří si neví rady například z budoucností nebo se sociálními vztahy. Psychoterapie je pro léčbu psychóz důležitá, působí na člověka s onemocněním velice kladně, avšak bez farmakologické léčby se neobejde.

Schizofrenie se může začít projevovat již ve školním věku, a tak narušit vzdělávání. Děti ze začínající schizofrenií jsou nesoustředění a nemají páli, také bývají sociálně izolovaní – nenavazují kontakty se spolužáky ani s učiteli, škola pro ně bývá nekomfortní místo. Z mého výzkumu tedy vyplývá, že schizofrenie opravdu může ovlivnit délku vzdělávání, které má také vliv na budoucí povolání.

## ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se zaměřili především na nemoc zvanou schizofrenii a její následnou psychoterapii.

V teoretické části jsme se zaměřili především na popis schizofrenie jeho různé formy, příčiny, příznaky, diagnostiku a léčbu. V druhé části teorie autorka pospala, co je to psychoterapie, jaké má přístupy a jak může probíhat.

V praktické části autorka stanovila dva hlavní cíle, které jsme se pomocí výzkumných otázek a rozhovoru pokusili co nejlépe zodpovědět. Tázala jsme se 3 odborníků, kteří pracují s lidmi s duševním onemocněním, které mi odpovídali na 8 různých otázek, které se týkaly schizofrenie a psychoterapie, která probíhá u pacienta se schizofrenií, ze kterých jsme pak složili 2 výzkumné otázky s hypotézami. Další otázky jsme pokládali přímo lidem, kteří trpí různými formami schizofrenie, otázky jsme položili 5 lidem různého věku a s rozdílnou formou schizofrenie. Odpovídali nám především na otázky, jaké mývají příznaky nebo jaké bylo jejich vzdělávání, dále se autorka ptala, jestli dochází na psychoterapii. Na závěr jsme si vybrali paní D., která trpí simplexní schizofrenií a udělali jsme s ní rozhovor, paní si autorka vybrala kvůli jejímu milému a otevřenému přístupu.

Na závěr bychom chtěli dodat, že schizofrenie je velmi závažné onemocnění, ale lidé s tímto onemocněním nejsou nijak rozdílní než lidé, kteří netrpí duševním onemocněním, mají právo nestydět se za své onemocnění a žít běžný život jako každý z nás a v tom jim v dnešní době moc pomohla psychiatrická reforma, která podporuje centra duševního zdraví. Věříme, že na lidi s psychózou je již nebude pohlížet jako na „zvláštní“ a budou moc žít běžný život především mimo „zdi psychiatrických léčeben“.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

### Seznam použitých českých zdrojů

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a Filip ŠPANIEL. Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, Terapie pro 21. století. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2017. Aeskulap. ISBN 978-80-204-4287-1.

ČEŠKOVÁ, Eva. Schizofrenie a její léčba: průvodce ošetřujícího lékaře. 3., rozš. vyd. Praha: Maxdorf, c2012. Jessenius. ISBN 978-80-7345-266-7.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. Diagnostika a terapie duševních poruch. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1620-6.

KRATOCHVÍL, Stanislav. Základy psychoterapie. 7. vydání. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-262-1227-0.

KUČEROVÁ, Helena. Schizofrenie v kazuistikách. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2045-6.

OREL, Miroslav. Psychopatologie: nauka o nemocech duše. 3., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2020. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-2529-6.

PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. Ošetrovatelství v psychiatrii. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.

PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče. V Praze: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.

PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.

RABOCH, Jiří, Michal HRDLIČKA, Pavel MOHR, Pavel PAVLOVSKÝ a Radek PTÁČEK, ed. DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch. Praha: Hogrefe-Testcentrum, 2015. ISBN 978-80-86471-52-5.

VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

### **Časopis**

21. století: *100 děsivých psychických poruch a nemocí*. Praha: RF HOBBY spol. s r.o. ISSN 1214-1097.

### **Seznam použitých zahraničních zdrojů**

NOLEN-HOEKSEMA, Susan. Psychologie Atkinsonové a Hilgarda. Vyd. 3., přeprac. Přeložil Hana ANTONÍNOVÁ. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0083-3.

MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize: obsahová aktualizace k 1.1.2018. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018. ISBN 978-80-7472-168-7.

### **Seznam použitých internetových zdrojů**

<https://www.cdzeset.cz/>

<https://fokus-praha.cz/cz/>

<https://www.psychiatrie.cz>

<https://cs.wikipedia.org/wiki/>

[http://web.ftvs.cuni.cz/hendl/metodologie/definice\\_hypotezy.htm](http://web.ftvs.cuni.cz/hendl/metodologie/definice_hypotezy.htm)

## **SEZNAM ZKRATEK**

CDZ – Centrum duševního zdraví

CT – Počítačová tomografie

EEG-Elektroencefalografie

ECT-Elektrokonvulzivní terapie

LFUK – Lékařská fakulta Univerzity Karlovy

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

MR – Magnetická rezonance

## Seznam tabulek

Tabulka 1: .....	41
Tabulka 2: .....	42
Tabulka 3: .....	44
Tabulka 4: .....	45
Tabulka 5: .....	46





## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora: Veronika Matonohová**

**Obor: Speciální pedagogika Vychovatelství**

**Forma studia: kombinovaná**

**Název práce: Působení psychoterapie na pacienta se schizofrenií žijící v domácí péči**

**Rok: 2021**

**Počet stran textu bez příloh: 41**

**Celkový počet stran příloh: 55**

**Počet titulů českých použitých zdrojů: 11**

**Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 2**

**Počet internetových zdrojů: 5**

**Vedoucí práce: Mgr. Lukáš Stárek, Ph.D., MBA**