

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

PSYCHOLOGICKÁ PÉČE O KLIENTY SE SCHIZOFRENIÍ A MOŽNOSTI TERAPIE

Psychological care for clients with schizophrenia and options of the therapy



Bakalářská diplomová práce

Autor: **Mgr. Martina Brtvová**

Vedoucí práce: **Mgr. Karolína Hniličková**

Olomouc

2021

Děkuji paní Mgr. Hniličkové za trpělivé vedení bakalářské práce, panu docentu Lečbychovi za cennou emailovou konzultaci včetně odkazů na další zdroje a panu doktorovi Dostálovi za jeho vzor šablony bakalářské práce, která obsahuje také cenná doporučení k psaní závěrečné práce. Velice také děkuji všem respondentům z obou výzkumů za jejich čas a ochotu.

Děkuji za podporu při psaní bakalářské práce i při studiu psychologie mým blízkým včetně těch, kteří se již na nás dívají z nebe...

Mým životem (pracovním i osobním) zlehka prošlo několik lidí, kteří měli diagnostikovanou schizofrenii. Jim všem, kteří tak statečně bojují se svou nemocí, a přesto zůstávají laskaví, symbolicky věnuji tuto bakalářskou práci.

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

V Praze dne 25.3.2021

Podpis

OBSAH

OBSAH	4
ÚVOD	5
TEORETICKÁ ČÁST	47
1 KLIENT SE SCHIZOFRENIÍ	8
1.1 Schizofrenie	9
1.1.1 Základní pojmy	15
1.1.2 Formy schizofrenie.....	18
1.2 Speciální potřeby klienta se schizofrenií.....	19
2 PSYCHOLOGICKÁ PÉČE O KLIENTY SE SCHIZOFRENIÍ	22
2.1 Přístup psychologa ke klientovi se schizofrenií.....	24
2.2 Podpůrné faktory vedoucí k uzdravení.....	27
2.3 Prevence relapsu	29
3 TERAPIE SCHIZOFRENIE	34
3.1 Vnímání klienta a jeho destigmatizace.....	35
3.2 Specifika psychoterapie u schizofrenie	40
3.3 Vhodné terapeutické směry a techniky	43
VÝZKUMNÁ ČÁST	47
4 Výzkumný problém	48
5 Typ výzkumu a použité metody	50
6 Sběr dat a výzkumný soubor	52
6.1 Etické hledisko a ochrana soukromí	54
7 Práce s daty a její výsledky	55
7.1 Dotazník péče o klienty se schizofrenií – vyhodnocení.....	55
8 Diskuze	67
9 Závěr	70
10 Souhrn	71
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY	74
PŘÍLOHY	78

ÚVOD

Schizofrenie je jedna z nejtěžších psychických nemocí, která má různou podobu i prognózu v závislosti na době propuknutí choroby, správné diagnostice a včasné medikaci, dále na typu schizofrenie, množství relapsů, sociálním prostředí klienta¹ atp. Velkou roli zde hraje právě zázemí klienta, tj. jeho rodina a přátelé, kteří jsou jeho sociální oporou, dále možnosti seberealizace, správná životospráva a v neposlední řadě též schopnost klienta relaxovat, jeho zájmy a záliby.

Je to zároveň nemoc, která nepřestává přitahovat pozornost a zájem pracovníků v pomáhajících profesích (sociálních pracovníků, psychologů, psychoterapeutů, psychiatrů...). Zaujala i mě. V této práci bych proto ráda prozkoumala optimální psychologickou péči o klienta se schizofrenií, která by napomáhala jeho plnému uzdravení nebo alespoň stabilizaci jeho zdravotního stavu a dále by přispívala k prevenci relapsu. Moje motivace je profesní, vychází ale také z osobní zkušenosti. Mým životem totiž letmo prošlo několik lidí (známí i klienti), kteří měli diagnostikovanou schizofrenii, případně se s ní léčil jejich blízký. Když se jich snažím dopočítat, zdá se, že jich bylo poměrně dost.

Poprvé mi za oponu schizofrenie pomohl nahlédnout film Čistá duše natočený podle skutečných událostí. Velmi mě také ovlivnila autobiografie Neslibovala jsem ti procházku růžovým sadem, která mi taktéž dala nahlédnout do této nemoci zevnitř, z nitra člověka, kterého se bytostně týká. Autorka dané knihy se uzdravila pouze prostřednictvím terapie, a to díky fenomenálnímu přístupu její psychoterapeutky Friedy Fromm-Reichmannové (resp. klíčem k uzdravení byla souhra velkého množství dobře odvedené práce na straně klientky a terapeutky). Stalo se to v době, kdy antipsychotika ještě

¹ Ve zdravotnictví bývá zvykem pojmenovávat nemocné a potřebné jako pacienty. V sociální oblasti (sociální práce či poradenská psychologie v sociálních službách) se používá označení klienti; totéž označení však používají také banky. Terminologie oslovení, které nebude zatěžující či nebude mít negativní konotace, se zřejmě teprve hledá. Zatím se mi zdá jako nejvhodnější termín „člověk se schizofrenií“, kdy uznáváme schizofrenii pouze jako atribut, nikoli jako podstatu či minimálně důležitou určující vlastnost člověka jako je tomu při označení „schizofrenik“. Rozumím, že to může vypadat jako zbytečné „slovíčkaření“, nicméně mou snahou je vyhnout se – pokud možno – „škatulkování“ klienta, tedy popisování celého jeho bytí formou diagnózy, která bude působit jako razítko na čele a sekundárně povede ke stigmatizaci klienta ze strany společnosti, klientova okolí a někdy bohužel i od odborníků (lékařů, psychologů a dalších pomáhajících profesí). To, že je klientův život zasažen nemocí či dočasným souborem příznaků nám nedává právo dívat se na něj téměř jako na ubohé až nesvéprávné individuum definované pouze jeho nemocí, tj. „schizofrenik“. Připouštím však, že pro zjednodušení a zkrácení komunikace se podobným výrazům někdy nelze vyhnout. Pojmenovávám tedy alespoň sama za sebe kontext, který za tímto zjednodušujícím výrazem vnímám. Chci vidět člověka v jeho komplexnosti, nikoli (případně i doživotní) stigmatizující cejch (nehledě na případy, kde se lékaři či psychologové v diagnostice zmýlili, viz např. Rosenhanovy experimenty, což by se tedy po následné reformě diagnostických kritérií již tolik stávat nemělo...).

neexistovala – což je podle mého názoru velice nadějně i pro dnešní psychoterapii schizofrenie, zejména v případech rezistence vůči biologické léčbě.

Cílem prezentované práce včetně výzkumu je tedy operacionalizovat psychologickou péči o klienty se schizofrenií včetně destigmatizace a shrnout možnosti vhodné efektivní terapie. K tomuto cíli dojdeme prostřednictvím rešerší české i zahraniční odborné literatury spolu se zmapováním zkušeností klinických psychologů ohledně psychologické péče, prevence relapsu a psychoterapie u dané klientely. Nedílnou součástí naší práce bude též provedení průzkumu převážně mezi „laiky“ ohledně jejich znalostí, zkušeností a postojů souvisejících s klienty se schizofrenií.

V prvních třech kapitolách se zaměříme na teoretické ukotvení vybraného tématu, tj. budeme se zabývat důležitými okruhy psychologické péče o klienty se schizofrenií (např. speciální potřeby klienta se schizofrenií, vhodný přístup psychologa včetně navázání důvěry u klienta, prevence relapsu, vnímání klienta a jeho destigmatizace) a dále se budeme věnovat možnostem terapie tohoto stavu (akcentováno bude hledisko psychoterapie). V empirické části bude proveden kvantitativní výzkum, který bude probíhat formou online dotazníků zaslaných klinickým psychologům do vybraných převážně lůžkových zařízení v ČR a v druhé linii bude probíhat online dotazníkové šetření, které bude mapovat vědomosti o schizofrenii a také míru (de)stigmatizace klientů se schizofrenií v očích veřejnosti.

Záměrně se nespécializují na konkrétní typ schizofrenie ani na určitou její fázi (např. paranoidní schizofrenie v remisi), neboť se jedná o nemoc, která má téměř vždy zcela odlišný klinický obraz i průběh. Dalším důvodem je to, že ani renomovaní autoři s velkými zkušenostmi s klienty se schizofrenií (Syřišťová a jiní) zpravidla plošně nediferencují jednotlivé podtypy tohoto onemocnění, ale používají jednotný název schizofrenie. Případné odlišnosti zdůrazňují pouze parciálně – tedy jen tam, kde je to nezbytně nutné, např. rozdíl v psychoterapii mezi simplexní a paranoidní formou schizofrenie.

Nečekejte tedy všeobecně dobře známé informace o schizofrenii, které najdete v jakékoli učebnici psychopatologie či psychiatrie. Záměrně se tomu chci vyhnout a popsat tyto charakteristiky pouze minimalisticky v nezbytné míře, a dále se věnovat již především zvolenému tématu práce, tedy psychologické péči o klienty se schizofrenií a možnostem terapie.

TEORETICKÁ ČÁST

1 KLIENT SE SCHIZOFRENIÍ

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

V minulosti bylo s lidmi trpícími schizofrenií zacházeno mnohdy krutě, byli pronásledováni, odsuzováni, zavíráni, trápeni nejrůznějšími způsoby (Orel, 2020), a to ještě ve 20. století, jak si připomeneme dále². Dokonce i ti pracovníci, kteří se později doopravdy snažili pomoci, jednali z dnešního pohledu velmi bizarně: vystavovali nemocné snad ještě větší hrůze a šokům, než pro ně pravděpodobně představovala samotná nemoc. Jednalo se totiž např. o dlouhotrvající „lázeň“ ve studené vodě, která měla člověka uzdravit (spíše topení...) nebo o inzulínovou „terapii“ (umělé navození hypoglykemického kómatu) (Orel, 2020). Poslední zmiňovaná intervence se pokládala ještě nejméně v 70. letech 20. století za léčbu schizofrenie lege artis – „*inzulínová léčba trvající 12 týdnů (25 komat³) zanechala obraz choroby nezměněný*“ (Syřišťová, 1974, 100). Cílem bylo zjednodušeně řečeno „restartovat“ organismus klienta (nově již bez schizofrenních příznaků), nicméně zvolené prostředky byly z dnešního pohledu krajně nevhodné. Z této doby se jako nosná u některých nemocných se schizofrenií ukazuje pouze elektrokonvulzivní terapie, která je v současnosti prováděna v celkové anestezii (Orel, 2020).

Dnes máme k dispozici antipsychotika a mnoho dalších možností terapie psychologickými prostředky včetně doplňkových podpůrných terapeuticko-volnočasových aktivit (arteterapie, canisterapie, hippoterapie, keramika apod.). Známe důležitost komplexního přístupu ke klientovi, který bude zahrnovat jeho biologickou, psychologickou, sociální a spirituální dimenzi (Baštecká, 2003; podobně Orel, 2020). Tedy

² Je však možné, že se to v nějaké míře děje za zavřenými dveřmi v některých státech či zařízeních až dodnes...

³ Tzn., že klientovi bylo kóma cíleně navozeno průměrně 8x za 1 měsíc, z toho průměrně 2x za týden. Během „léčby“ trvající tři měsíce při celkovém počtu 25 kómat to tedy bylo v průměru ve dvou měsících v každém z nich 8x a v jeden měsíc dokonce 9x. Rozumíme-li tomu (ač ne-lékaři) správně, je spíše zázrak, že klient toto „léčebné“ zacházení přežil... Snad se to již nikdy nebude opakovat.

náš výchozí bod, ze kterého se ke klientům vztahujeme, je mnohem lepší a nadějnější než kdykoli předtím. Přesto na základě zkušeností některých lidí, kteří prošli v posledních letech či desetiletích psychiatrickými nemocnicemi a dalšími ústavními zařízeními v České republice si příliš nelze dělat iluze, že by se dnešní psychiatrická péče nějak dramaticky odklonila od dehumanizovaného pojetí léčby, od nahlížení na klienty či pacienty pouze optikou psychopatologie i od nedůstojného, ponižujícího a poškozujícího zacházení (minimálně ta ústavní, u ambulantní péče je snad stav lepší...). Uvědomíme-li si, že žijeme již v 21. století, jedná se o poněkud smutný výsledek, byť v žádném případě není reprezentativní.

Otázkou otevřenou k dalšímu zkoumání zůstává také případné nadužívání psychofarmak či jejich vedlejší účinky, které mohou být ve vysokých dávkách nebo v nevhodných kombinacích s dalšími léky fatální... (Orel, 2020). Určitou naději (ale též zodpovědnost a potenciální rizika) přináší také probíhající reforma psychiatrické péče, její humanizace, destigmatizace a deinstitucionalizace.

V naší práci pojmáme klienta vždy v duchu komplexního bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu (Orel, 2020). Na dalších stránkách se tedy budeme dívat na klienta lidským pohledem, který v něm vidí především trpícího člověka, nikoli pohledem experta, který ví vše lépe a který striktně dělí svět na „zdravé“ a „nemocné“. Nikdy nevíme, kdy vlivem např. dlouhodobého nadměrného stresu nebo traumatické události může schizofrenie „zaklepat“ i na naše dveře nebo na dveře těch, které máme velmi rádi...

V této kapitole, resp. v jejích následujících podkapitolách, si předestřeme stručný základ potřebný pro naši práci – co se skrývá za diagnózou schizofrenie a jaké speciální potřeby můžeme při práci s těmito klienty očekávat i naplňovat (jistě zmíníme jen některé, každý člověk je originál, nelze proto příliš paušalizovat).

1.1 Schizofrenie

V případě schizofrenie se jedná o velmi vážnou nemoc, kterou řadíme do spektra psychóz. Je to onemocnění tradičně spojené s dysbalancí dopaminergního systému (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Každé onemocnění však vykazuje jiné příznaky, taktéž teorií o genezi je více, v zásadě však přesnou příčinu, proč dochází k propuknutí schizofrenie nevíme (Orel, přednáška 2.3.2021). Zpravidla však bývá uváděn jako spouštěč stres (závěrečná zkouška na střední škole, studium na vysoké škole, ukončení vztahu s partnerem) (Green Doors, 2021).

Ačkoli se jedná o závažnou nemoc, je velmi nadějně, že v současné době lze schizofrenii poměrně dobře léčit⁴ – nemusí se tedy vždy rozvinout do podoby parciální či komplexní a v dlouhodobém časovém horizontu trvající sociální „invalidizace“ klienta. K ní docházelo zejména v minulosti, např. častými a dlouhými hospitalizacemi, nežádoucími vedlejšími účinky antipsychotik, a z toho vyplývajícími velice ztíženými podmínkami pro studium, práci, dokonce i pro trvalý partnerský vztah. Nemocný se sice mohl oženit či vdát, ale šance na dobré fungování v manželství zřejmě nikdy nebyla tak nadějná jako dnes, kdy máme k dispozici šetrnější a efektivnější léky (včetně případné depotní aplikace – Orel, 2020) s menším biologickým a psychosociálním zatížením pro klienta, dále disponujeme možnostmi terénní péče (výjezdy multidisciplinárních týmů do domácností klientů) a také unikátní mobilní aplikací ITAREPS, která v sobě spojuje prvky prevence, pomoci i kontroly a jejímž cílem je předejít návratu či zhoršení stávajícího onemocnění.

Chtěli bychom zdůraznit, že velmi záleží na včasném zachycení a zaléčení schizofrenie. Čím dříve se podaří diagnostikovat a medikovat první ataku, tím lepší je u klienta prognóza do budoucna (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Následně je důležité naplánovat dobrou strategii prevence, která bude vhodná pro konkrétního klienta. Zde společně vymezíme přesné kroky, jakým způsobem budeme dále postupovat, abychom se v ideálním případě vyhnuli dalšímu opakování nemoci nebo abychom ji alespoň co nejdříve identifikovali a mohli řešit upravením medikace včetně dalších podpůrných faktorů (odpočinek, zdravá životospráva...). Jak již bylo zmíněno, velikou výhodou dnešní doby je fakt, že moderní antipsychotika druhé generace (tzv. atypická) již život člověka a jeho organismus tolik nezatěžují – můžeme tedy očekávat také lepší kompliance ze strany klienta při jejich užívání (Orel, 2020).

Nyní se budeme věnovat základním deskriptivním informacím. Podle zprávy Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) o psychiatrické péči v roce 2018 (ÚZIS, 2019) bylo v daném roce v České republice hospitalizováno v psychiatrických nemocnicích (dříve nazývaných „psychiatrické léčebny“) 18,2 % klientů s diagnózou schizofrenního spektra (F20-F29), na psychiatrických odděleních běžných nemocnic dále 16,2 % a ambulantně se léčilo s touto diagnózou 8,1 % klientů či pacientů. Celkem tedy bylo v roce 2018 hospitalizováno 34,4 % osob s diagnózou z okruhu našeho zájmu. V ambulantních psychiatrických zařízeních se v roce 2018 léčilo s diagnózou

⁴ S výjimkou relativně vzácného výskytu rezistence vůči léčbě.

schizofrenního okruhu (F20-F29) celkem 51 741 osob, z toho 53,3 % žen (z toho nacházíme ve věkové kategorii 0–14 let 0,2 % nemocných, ve věku 15–19 let 1,2 % a v převažující věkové kategorii 20 let a více 98,6 %). Nově bylo zjištěno 5 660 onemocnění schizofrenního spektra (ÚZIS, 2019). Nevýhodou je, že se jedná o souhrn všech diagnóz schizofrenního spektra, nikoli čistě o diagnózu schizofrenie (F20). Informace z období do roku 2018, která by se týkala pouze schizofrenie (tj. bez příbuzných diagnóz zařazených do stejné kategorie) jsme na webu ÚZIS nenalezli.

V následující tabulce převzaté z webu ÚZIS můžeme vidět vývoj počtu klientů přímo se schizofrenií (počet mužů a žen) během deseti let, a to od roku 2010 do roku 2019. Za tuto dobu přibylo celkem 6 283 klientů se schizofrenií, z toho 2 591 žen a 3 692 mužů. V případech diagnostikované⁵ schizofrenie (zde již bez rozlišení, zda se jedná o krystalickou schizofrenii F20 nebo jsou pod termínem „schizofrenie“ zahrnuty i další poruchy schizofrenního spektra F20-29 jako tomu bylo v minulých letech) v daném období jasně dominovali muži. Celkový průměrný počet klientů se schizofrenií je každý rok přibližně 28 814 (ÚZIS, 2021).

Rok	Počet celkově	Počet žen	Počet mužů
2010	25 649	11 832	13 817
2011	26 022	11 900	14 122
2012	26 359	11 991	14 368
2013	27 222	12 328	14 894
2014	28 380	12 898	15 482
2015	29 352	13 349	16 003
2016	30 331	13 760	16 571
2017	31 205	14 169	17 036
2018	31 687	14 381	17 306
2019	31 932	14 423	17 509

Tab. č. 1: Přehled klientů s diagnostikovanou schizofrenií (ÚZIS, 2021)

Je však otázka, jakou výpovědní hodnotu má tato tabulka z webu ÚZIS (ač jsme přímo u zdroje zdravotnických a statistických informací), pokud ze stejných výše uvedených dat na webu ÚZIS můžeme jedním kliknutím získat novou tabulku – přepočet nemocných klientů se „schizofrenií“ na 100 000 obyvatel ČR – která zdá se početně

⁵ Pouze diagnostikovaná schizofrenie se může dostat do statistiky, je však potřeba si uvědomit, že jedinců trpících schizofrenií může být v populaci i mnohem více, jen je zatím nemáme diagnosticky zařazené, protože zatím nebyla vyhledána odborná pomoc nebo se aktuálně nachází v prodromálním stádiu.

nesedí, jak můžete posoudit v tabulce č. 2 níže. Pokud máme např. počet klientů (v originální tabulce na webu „pacientů“) se schizofrenií za rok 2019 na 100 000 obyvatel celkem 299,29 (pomíjíme, že klienty nelze počítat jinak než na celá čísla), pak dle našich výpočtů nemůže být ve stejném roce počet mužů se schizofrenií na 100 000 obyvatel roven 333,07 a analogicky počet žen se schizofrenií nemůže dosahovat čísla 266,48, neboť součet počtu mužů a žen na 100 000 obyvatel ČR za daný rok 2019 by se podle nás měl rovnat uvedenému počtu výskytu schizofrenie bez rozlišení pohlaví v přepočtu na 100 000 obyvatel, tj. číslu 299,29.

Rok	Počet klientů na 100 tis. obyvatel	Počet žen na 100 tis. obyvatel	Počet mužů na 100 tis. obyvatel
2010	243,88	220,89	267,73
2011	247,91	222,69	274,05
2012	250,82	224,20	278,40
2013	258,99	230,47	288,55
2014	269,65	240,83	299,51
2015	278,40	248,92	308,92
2016	287,08	256,13	319,10
2017	294,68	263,27	327,14
2018	298,19	266,51	330,88
2019	299,29	266,48	333,07

Tab. č. 2: Klienti se schizofrenií v přepočtu na 100 000 obyvatel ČR (ÚZIS, 2021)

Nemůže to vyjít více ani méně, přesto to dle oficiálních informací v tabulce na webu vychází jinak, než by mělo, což si nedovedeme vysvětlit. Další nejasnost vzniká i v rozdílu těchto nejaktuálnějších dat⁶ oproti rozsáhlé publikaci dat z roku 2018 (ÚZIS, 2019): pokud jen za rok 2018 bylo zjištěno 5 660 onemocnění schizofrenního spektra (viz výše, ÚZIS, 2019), jen těžko si lze představit (i v případě započtení hypotetické úmrtnosti během deseti let), že by za deset let bylo nově zjištěno „pouze“ 6 283 nových klientů se „schizofrenií“ (tedy pravděpodobně již s diagnózou F20, a nikoli s diagnózami F20-F29 jako tomu bylo v roce 2018, kdy byly tyto diagnózy souhrnně zařazeny do jedné statistické kolonky).

Přestože nejsme statistici, tyto rozporuplné informace nás zaráží. Zřejmě se tedy v tabulce č. 2 jedná o výsledek společného aritmetického průměru počtu žen a počtu mužů

⁶ V lednu až únoru 2021 jsme na webu ÚZIS našli k dispozici data nejčerstvěji z roku 2019.

se schizofrenií (součet počtu mužů a žen vydělený počtem skupin, tj. dvěma), na základě čehož byl postulován výsledek průměrného počtu klientů na 100 000 obyvatel – nicméně tato informace následně není na webu ÚZIS uvedena, že by se jednalo pouze o průměrný počet klientů. Navíc vypočítávat průměr pouze u dvou skupin (muži a ženy) se nám nepozdává, protože pokud by se skutečně v tabulce jednalo o absolutní počty mužů a absolutní počty žen (klientů a klientek se schizofrenií) na 100 000 obyvatel, pak bychom zprůměrováním pouze dvou skupin ztratili velkou vypovídající hodnotu – např. v roce 2019 by pak celkový počet klientů se schizofrenií činil celkem 600 klientů se schizofrenií na 100 000 obyvatel, tedy dvojnásobek uvedeného počtu klientů za rok 2019 a nikoli pouze 299,29 klientů jako v tabulce č. 2. Informaci tedy celkově hodnotíme jako zavádějící.

Pro zajímavost ještě zmiňme zprávu největší české zdravotní pojišťovny VZP z října 2020 přinášející informaci, že pojišťovna vydala od roku 2017 do roku 2019 nejvíce peněz právě za léčení klientů se schizofrenií. Tyto výdaje mají vzestupnou tendenci, přestože počty klientů VZP se schizofrenií v daných letech mírně klesají (zřejmě se zde také projevuje vliv inflace, marže lékáren a farmaceutických firem). Pojišťovna uvádí následující počty svých klientů se schizofrenií: v roce 2017 to bylo 36 708 klientů, o rok později 36 256 klientů a v roce 2019 již „pouze“ 35 993 klientů (z toho 17 450 mužů a 18 543 žen). Tato čísla však také nekorespondují s údaji uváděnými ÚZIS výše – jen těžko zde hledat zdůvodnění v širší či užší definici onemocnění „schizofrenie“, neboť jedna zdravotní pojišťovna (byť největší) uvádí více vlastních klientů se schizofrenií, než je dle ÚZIS celorepublikový počet v příslušném roce. Pokud se vrátíme k financování léčby, konkrétně za rok 2019 se jednalo o částku přesahující 2,2 miliardy korun, což je téměř polovina celkově vydané částky za léčbu vybraných duševních potíží⁷ v daném roce (ta činí více než 4,5 miliardy korun). Vzhledem k počtům klientů se schizofrenií versus klientů s neurózami a afektivním poruchami ve statistice VZP je to částka alarmující (VZP, 2020).

Na základě článku z webu největší zdravotní pojišťovny v ČR a společně s jedním z cílů probíhající reformy psychiatrické péče (humanizace psychiatrické péče a její efektivita) se znovu dostáváme k zamyšlení, zda jsou skutečně hospitalizace (např. na uzavřených odděleních psychiatrické nemocnice), popř. též farmakologická léčba jedinou

⁷ Mezi vybrané duševní „poruchy“ jsou zde kromě schizofrenie zahrnuty některé afektivní poruchy (tj. poruchy nálady, např. manická fáze, bipolární porucha, deprese a perzistentní afektivní poruchy), dále syndromy poruch chování a též neurotické, stresové a somatoformní poruchy (VZP, 2021).

vhodnou metodou léčby schizofrenie, protože ani z ekonomického hlediska tento systém není nejvýhodnější, o psychických dopadech pobytů v některých nemocnicích dle zkušeností klientů netřeba dlouze hovořit. Zdá se však, že to, co klienta primárně po odeznění akutního stavu léčí, je terapeutický vřelý vztah, skutečný zájem a postupné rozplétání jeho obranných mechanismů, nikoli neosobní až retraumatizující prostředí nemocnic ani samoúčelné polykání léků, pokud k nim nepatří dobře vedená psychoterapie s nevyhořelým pracovníkem a dále též následná komplexní psychosociální rehabilitace klienta v jeho prostředí (Bankovská Motlová & Španiel, 2017), např. v podobě Center pro duševní zdraví.

Tím vůbec nechceme vysílat sdělení, že biologická léčba není potřeba, naopak se domníváme, že je velké štěstí (oproti mnoha předchozím generacím) mít k dispozici nejrozumnější antipsychotika a hledat spolu s klientem nejvhodnější lék a dávku. Nicméně stále se vracíme k obrazu Friedy Fromm-Reichmannové, která u své klientky pomohla vyléčit pravděpodobně velmi těžkou schizofrenii pouze díky psychoterapeutickému vztahu v době, kdy antipsychotika vůbec neexistovala – a tedy nebyla k dispozici ani jiná poměrně rychle účinná „metoda“ než zábaly, dnes kontroverzní kurtování, popř. elektrokonvulzivní terapie (která zdá se jako jediná z těchto metod v sobě nesla potenciál ke změně)... Jistěže zde lze namítnout, že vycházíme pouze z literárního zpracování psychoterapie v příběhu uzdravené klientky v autobiografické knize zmíněné v úvodu (přestože Fromm-Reichmannová se terapií klientů s psychózami prokazatelně zabývala). Lze namítat leccos. Z jistého úhlu se oprávněně jeví jako naprosto nerozumné chtít jít proti tak závažné nemoci (v případě její rezistence vůči biologické léčbě) „pouze“ psychoterapií.

Nicméně pokud vycházíme z faktu, že skutečnou příčinu schizofrenie přes mnohé teorie a hypotézy neznáme a že každá schizofrenie má svůj zcela originální klinický obraz i průběh, dále pak pokud vycházíme z komplexního přístupu ke klientovi (tj. to, že jeho nemoc vůbec či téměř vůbec nereaguje na medikaci patrně nebude náhoda⁸) a především pokud se zadíváme do zkušeností dr. Syřišťové a zřejmě mnohých dalších, spatříme zde psychózu jako určitý životní manifest – jako obranu před příliš velkou bolestí, před dlouhotrvající zátěží a podobně. To, co zvenku nedává smysl (klientova „bludná“ produkce), vypadá při podrobném trpělivém zkoumání zblízka zcela logicky – tedy pokud

⁸ I mnohé jiné tzv. (psycho)somatické nemoci nemusí reagovat na léčbu anebo se mohou objevovat zcela konkrétní a závažně působící potíže, které nemají organický podklad, ale pouze funkční...a člověk je dle dostupných provedených vyšetření prakticky či zcela zdrav... Proč tedy podobně „psychosomaticky“ nevysvětlujeme také schizofrenii, speciálně tu, která vůbec nereaguje na léčbu?

si dáme záležet na tom, abychom rozpoznali klientovy „šifry“ a obranné mechanismy související s jeho životem: způsoby, jakými se brání proti nadměrné bolesti tím, že se z našeho světa zcela oddělí do světa fantazijního... Domníváme se, že pak i náš postoj k zmíněné problematice začíná dávat smysl. Opět se tedy tímto dostáváme k tématu naší bakalářské práce, a tedy k možnostem vhodné psychologické a psychoterapeutické péče o klienty se schizofrenií – k přístupům, které vhodně doplní biologickou léčbu a které jsou dokonce ve výjimečných případech (farmakorezistence, nedostatek léků, nereagování na elektrokonvulzivní terapii) schopny tuto léčbu i plně zastoupit, ač je to jistě cesta mnohem trnitější a s nejistým výsledkem.

Nyní přecházíme od lehkého načrtnutí tématu schizofrenie, souvisejících informací a dalších klasifikačně-statistických kategorií k jemnějšímu rozlišení obrazu schizofrenie. Nejprve si definujeme základní pojmy vztahující se ke schizofrenii, posléze se budeme věnovat jejím nejznámějším formám. Znovu předesíláme, že se chceme pouze velice stručně zabývat informacemi, které jsou všeobecně dobře známé či je lze běžně nalézt v libovolné učebnici psychopatologie, a bylo by tedy téměř zbytečné je parafrázovat.

1.1.1 Základní pojmy

Připomínáme známý původ slova schizofrenie – pochází ze dvou řeckých slov, a to σχίζω (foneticky schizó⁹), tedy štěpím a ἡ φρήν (foneticky hé frén), tedy mysl. Jeho význam můžeme proto přeložit jako rozštěpení mysli, rozštěpená mysl, rozdělení mysli, popř. též oddělená mysl, což se nám zdá jako nejpřesnější výraz (klient se odděluje od našeho světa do svého světa imaginárního).

K tomuto rozštěpení a dezintegraci dochází ve všech důležitých oblastech lidského fungování – zejména markantní je to na úrovni myšlení (objevují se např. bludy o perzekuci klienta u paranoidní formy schizofrenie), vnímání (halucinace – nejčastěji ve formě sluchových podnětů, tzv. „hlasů“), emocí (nedostatečné prožívání emocí a sociální izolace) i jednání (bezúčelnost, pasivita, lhostejnost) (Orel, 2020).

Projevy schizofrenie jsou pokaždé jiné, nadarmo nebývá označována jako „nemoc sta tváří“ (Orel, 2020, 208). Přesto se pokusíme vylíčit přibližnou klinickou symptomatologii nemoci, která bude samozřejmě vždy variovat co do náplně i barvitosti

⁹ Infinitiv σχίζειν (foneticky schizein) – rozštěpit, rozštípnout, rozštípat.

příznaků včetně fantazijních obranných mechanismů chránících velice křehkou psychiku klientů se schizofrenií (Syřišťová, 1974).

Podívejme se nyní krátce na to, jak onemocnění popisuje aktuálně platná desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí¹⁰. MKN-10 zařazuje schizofrenii do kategorie Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy (F20-F29) a označuje ji číselným kódem F-20. Schizofrenie je zde v české verzi zmíněna jako nejvýznamnější porucha daného okruhu, není však definována samostatně. MKN-10 tedy schizofrenii vnímá v širším kontextu a označuje ji plurálem schizofrenické poruchy, mezi jejichž základní projevy patří zkreslení kognitivních procesů vnímání a myšlení. Následuje emoční netečnost a nepřiléhavost, avšak lucidita vědomí a intelekt zpravidla bývají beze změn (nicméně i zde se postupem času – patrně v souvislosti s opakovanými atakami nemoci – mohou objevit poškození kognitivních funkcí) (ÚZIS, 2021).

Mezi nejvýznamnější příznaky schizofrenie patří dle MKN-10 např. halucinace ve formě hlasů (jedná se především o komentáře a případné diskuze postav z klientova fantazijního světa), dále nevyvratná přesvědčení (tj. bludy) týkající se percepce nebo představy toho, že jsou klienti někým řízeni, také se objevuje nečinnost nebo naopak působení na někoho dalšího a v neposlední řadě nacházíme podsouvání myšlenek, jejich odebírání, ozvučování a přenos, což zařazujeme mezi tzv. intrapsychické halucinace (ÚZIS, 2021; Motlová & Koukolík, 2004; Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Nejčastěji se můžeme setkat s dělením symptomů schizofrenie na pozitivní a negativní. Pozitivní příznaky zahrnují zejména bludy a halucinace – je možné je snáze ovlivnit farmakologicky. K negativním příznakům řadíme např. netečnost a emoční plochost. Mnohem těžší cesta nás čeká v případě odstraňování negativních symptomů schizofrenie, na které léky příliš nefungují (Orel, 2020).

Kdybychom chtěli narýsovat velmi zjednodušenou osu schizofrenie, těžiště budou tvořit body prodromální stádium, první ataka nemoci, případné opakované ataky nemoci, naděje na uzdravu (úplnou či částečnou), relaps a remise. Pojdme se nyní stručně věnovat jednotlivým právě vyjmenovaným fázím nemoci. Onemocnění často předchází stavy zvané **prodromy** či **prodromální stádium** – jedná se o rané výstražné symptomy (tzv. prodromy) schizofrenie, kdy je možné včasným zásahem (nasazení či změna medikace,

¹⁰ V naší práci vycházíme z české verze MKN-10, která platí od 1.1.2021. Připravuje se však 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (International Classification of Diseases). MKN-11 by měla vstoupit v platnost 1. ledna 2022 (ÚZIS, 2021).

psychoterapie...) v ideálním případě zamezit zhoršení zdravotního stavu i zbytečnému pobytu na lůžku v psychiatrické nemocnici. Pokud se přesto nepovede rozvinutí nové ataky zcela předejít, je zpravidla možné alespoň redukovat dobu léčení. Podmínkou je však identifikovat situaci či spíše správně diagnostikovat zdravotní stav klienta velmi brzy, dokud není ještě pozdě (Látalová, Masopust & Mohr, 2012). Také se můžeme setkat s pojmem **incipientní** (začínající) schizofrenie (Syřišťová, 1994). První propuknutí nemoci nazýváme **první ataka**. Poté někdy následují **relapsy** (opakovaná vzplanutí nemoci, někdy též nazývané jako ataky), v ideálním případě následuje **remise** nemoci, což je období dočasného či trvalého klidu, kdy je nemoc stabilizována, výrazně se neprojevuje ani klienta neomezuje v jeho životě. Cílem medikace, psychologické péče a psychosociální rehabilitace je návrat klienta do běžného života, nakolik je to pro něj možné. Vymýšlí se také konkrétní preventivní plán, jak zabránit relapsu.

Podle české verze MKN-10 může mít schizofrenie různý vývoj – konstantní anebo ohraničeně opakovaný, který s sebou nese postupně se zvětšující či dokonce již stálé poškození. Můžeme se též setkat s obrazem nemoci pouze s jednou či několika atakami, po nichž následuje neúplná i úplná remise (ÚZIS, 2021). Znovu bychom chtěli zdůraznit, že je velmi důležité včas si všimnout přicházející ataky a dále včas ošetřit klienta takovým způsobem, aby se nemohla naplno projevit. Důvodem je mimo jiné též nezanedbatelný deficit kognitivních schopností, který nacházíme během prodromálních stádií schizofrenie, u první ataky i při chronicky se vracející nemoci (Mohr, 2020).

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

Můžeme si též položit otázku, zda se v případě schizofrenní psychózy jedná opravdu o jakousi „pomatenost“ nebo ještě hůře – jak je to někdy laicky vnímáno – o „bláznovství“, anebo zda se jedná o paradoxně naprosto zdravou (a tedy normální) reakci na realitu, která není normální či chcete-li na situaci, která je v pravém slova smyslu nemocná (Syřišťová, 1994). Také se můžeme ptát, proč se ti, co reagují skutečně „nenormálně“, cítí být zdravými, zatímco ti, co reagují v nenormální situaci zdravě „nenormálně“, nemocnými... Tato částečně filozofická a částečně psychologická otázka by však zřejmě již překračovala rámeček naší práce.

V další podkapitole si stručně připomeneme čtyři základní typy schizofrenie. MKN-10 uvádí ještě více jemných nuancí k rozlišení (např. nediferencovaná nebo také reziduální schizofrenie, ÚZIS 2021; též Orel, 2020), my se však přidržíme nejznámějších a zřejmě nejpoužívanějších kategorií schizofrenie.

1.1.2 Formy schizofrenie

Schizofrenie bývá dělena do čtyř základních skupin, a to paranoidní, hebefrenní, katatonní a simplexní. Nejčastěji se vyskytuje paranoidní forma schizofrenie, kde se u klientů setkáme s nápadnými smyslovými halucinacemi (nejfrekventovanější jsou halucinace v podobě „hlasů“, poté zrakové a dotekové, mohou se však objevit též halucinace čichu a chuti) a dále s bludy, zejména paranoidního charakteru (Hartl & Hartlová, 2010; Orel, 2020; Motlová & Koukolík, 2004). Jedná se o „*psychotický svět tvořený agresí a strachem*“ (Syřišťová, 1974, 95). Je nutné tento stav u klienta včas a správně rozpoznat a adekvátně na něj terapeuticky reagovat, aby se předešlo ohrožení zdraví a života klienta či jeho okolí; klient může mít též tendenci své potíže maskovat a disimulovat, aby se vyhnul nepřátelskému „obklíčení“ (Syřišťová, 1974). Je potřeba mít stále za všech okolností před očima klienta jako člověka, který trpí ve svých vnitřních konfliktech, zážitcích a „vizích“ a být připraveni mu zcela specifickým způsobem psychoterapie pomáhat.

Další formu schizofrenie tvoří hebefrenní schizofrenie, která se zpravidla vyskytuje v juvenilním věku. Podle české verze MKN-10 má být tato diagnóza stanovena pouze během období dospívání a v rané dospělosti. Mezi dominující příznaky řadíme výrazné emoční proměny (např. emoční oploštění, nálada neodpovídající reálným podnětům), nevyzpytatelné a nezodpovědné jednání, manýrování, nesouvislá řeč (inkoherece) a destabilizované rozkolísané myšlení (dezorganizace). Klient se snaží o separaci od druhých lidí. Halucinace a bludy jsou přítomny pouze parciálně a oslabeně (ÚZIS, 2021), nemusí však být přítomny vůbec. Můžeme se setkat také s pseudofilozofováním (Orel, 2020). Vzhledem k rapidnímu nástupu negativních příznaků (zejména emoční plochost a abulie) nemá tato forma schizofrenie příliš dobrý výhled do budoucna (ÚZIS, 2021). Nicméně schizofrenie je nemoc tak vysoce individuální a zdá se, že záleží na tolika faktorech včetně dobrého sociálního zázemí po již prodělané atace, že bychom nechtěli brát nikomu naději, a už vůbec ne předem (zároveň však ani nechceme poskytovat naději falešnou...).

Třetí formou, s kterou se můžeme setkat spíše vzácně, je katatonní schizofrenie. Typicky se objevují nápadné psychomotorické poruchy s širokou paletou projevů od strnulosti až po rozrušené jednání. Zpravidla se tedy jedná o výkyvy pohybové aktivity, kdy klient vykonává pohyby nadměrně, stereotypně, beze smyslu – také však může docházet k nižší motorické aktivitě až jejímu úplnému „zamrznutí“ (stupor), objevuje se automatizované jednání na příkaz ošetřujícího personálu nebo také *flexibilitas cerea* (vosková tvárnost či ohebnost), kdy klient zůstává v určité poloze, kterou je možno zvenku tvarovat jako vosk u zapálené svíčky¹¹. Chování klienta v tomto stavu se však může během vteřiny diametrálně proměnit do opačného pólu včetně případné agrese (Orel, 2020).

Poslední typ schizofrenie nazýváme simplexní – ve starší odborné literatuře byla dříve tato forma patrně nazývána jako „autistická“ (Syřišťová, 1974). Projevuje se uzavřením klienta do jeho vlastní intrapsychické reality, objevují se negativní příznaky schizofrenie ve smyslu afektivní plochosti, inhibice výkonu a aktivního jednání, dále vnímáme redukci pozornosti a pasivitu. Klient nemá před sebou žádný cíl či smysl života, může se také chovat neobvykle (Orel, 2020).

Nyní jsme si vymezili základní pojmy vztahující se ke schizofrenii a její nejznámější i nejčastější formy, s kterými se můžeme setkat. V další podkapitole se budeme zamýšlet nad tím, zda mají klienti se schizofrenií ještě jiné potřeby, než definoval Abraham Maslow (Plháková, 2020), o kterých by měl pomáhající pracovník vědět, popř. které mohou i za jeho odborné pomoci směřovat k naplnění.

1.2 Speciální potřeby klienta se schizofrenií

Klient trpící schizofrenií je citlivější a zároveň vnitřně křehčí než ostatní lidé, proto k jeho potřebám budou patřit také nadstandardní komunikační dovednosti psychologa či psychoterapeuta¹² (včetně intonace hlasu, výrazu obličeje a další neverbální komunikace, jako jsou např. postoje a gesta), jeho profesionální náklonnost vůči klientovi, bezpečný vztah, který klienta nepohlcuje a který se také za žádných okolností nezmění v reciprocitu

¹¹ Což však rozhodně nikomu nedoporučujeme, ač je tento fenomén zajímavý. I kdyby se klient choval jakkoli neobvykle, jako psychologové stále respektujeme jeho nezpochybnitelnou lidskou důstojnost – tu, kterou mu žádné příznaky onemocnění nemohou odcizit...

¹² Tyto nadstandardní komunikační schopnosti, především vřelost, empatii, trpělivost, schopnost otevřeně a stručně popisovat, kde klient je, co se aktuálně děje atd. by však měli mít všichni, kdo s klientem přijdou do kontaktu, včetně ošetřovatelů a uklízeček. Vlastně někdy stačí i jen prosté respektující, a především zdvořilé jednání.

či ozvěnu toho, co negativního může klient ke svému terapeutovi vysílat – může se jednat o ironii, nepřátelské postoje, zpochybňování jeho dobrých úmyslů klientovi pomoci atd. Za tím vším jsou však špatné zkušenosti klienta a jeho obranné mechanismy, kterými se nevědomě pokouší preventivně chránit před novou bolestnou zkušeností, zároveň si však tímto způsobem také brání najít a prožít zkušenost podporující, bezpečnou, vpravdě novou (Syřišťová, 1974).

Domníváme se, že do této podkapitoly patří především nezcizitelná a nezpochybnitelná lidská důstojnost člověka, což znamená např. nevztahovat se ke klientovi jako k majiteli diagnózy, která nezadržitelně odděluje svět zdravých (či tzv. „zdravých“) a nemocných, jako by měla trvalou platnost a navždy nesmazatelný cejch. Ačkoli je pravda, že schizofrenie zasahuje celé bytí klienta, jeho psychickou integritu, emoce, myšlení, chování, přesto nelze pohlížet na klienta a na jeho přítomnost i budoucnost pouze optikou klinické psychologie a kritérii diagnostických manuálů. Kéž jsou nám jenom normou, pomocnými vodítky na cestě k uzdravení klienta, nikoli zařazením mezi „pacienty“ nebo ještě hůře mezi tzv. beznadějně případy... Není možné zužovat klienta a celý jeho život pouze na diagnózu schizofrenie (podobně také Baštecká, 2003).

Z přístupu některých autorů (Fromm-Reichmannová, Laing¹³, Syřišťová a další) je patrné, že v jednání klientů se schizofrenií spatřují jeho cíl a význam, a to především v souvislosti s již prožitými životními zkušenostmi, se situací klienta a v neposlední řadě také s jeho rodinou. Mezi nevyslovené potřeby klienta můžeme tedy také zařadit trpělivé a empatické naslouchání psychologa či terapeuta klientovu vidění světa a popisovaným trápením. Dále se jedná o pravidelné tiché a opatrné objevování klientových schovaných bolavých míst, obran a snad i jeho zatím nevyslovených myšlenek a zakázaných emocí.

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

Schizofrenie je fascinující, ale zároveň děsivá nemoc. Je zapotřebí věnovat se pacientovi z pozice klinické psychologie, ale zároveň umět z tohoto rámce vystoupit a

¹³ Ronald David Laing byl skotský nekonvenční psychiatr, který projevoval hluboké pochopení pro své klienty, zvláště pro ty se schizofrenií. Sám však bojoval s depresí a potížemi s alkoholem (Plháková, 2020).

chovat se ke klientovi především lidsky, tzn. vnímat, že celé bytí klienta není definováno a zasaženo nemocí, snažit se objevit „zdravé jádro“ a na tom stavět a posilovat je. Především je však důležité chápat projevy nemoci jako symbolické symptomy bolesti v klientově životě a hledat pro ně vysvětlení, jakýsi klíč. Vnímat, že to, co zdálky vypadá snad až bizarně, jsou při bližším prozkoumání pouze účelné obranné mechanismy k ochraně dotyčného člověka. Je to jakýsi obranný štít či úkryt, kam se může před nepříznivými okolnostmi života a bolavými vztahy doslova schovat. Důležité je také uvědomit si, že jednotlivé fáze nejvážnější psychické nemoci se zároveň mohou stát body případného zlomu k lepšímu. Snad stačí jen trochu příslovečného štěstí na dobré psychiatry, psychology či psychoterapeuty, přátele a milující rodinu. Z tohoto úhlu pohledu se i velice vážná až děsivá psychická nemoc může stát dobrou zprávou a novým začátkem plným naděje, zejména pokud se diagnostikuje a léčí včas...

V této kapitole jsme se zabývali deskriptivně-klasifikačním pojetím schizofrenie, jejími formami a souvisejícími základními pojmy. Dále jsme se věnovali alespoň stručně specifickým potřebám klientů se schizofrenií. Nechtěli jsme zde pouze „přepisovat“ všeobecně známá fakta z učebnic psychopatologie a dalších monografií, a přicházet tak s již mnohokrát zmiňovanými informacemi o schizofrenii, které jsou navíc v odborné literatuře velmi snadno dohledatelné. Proto jsme vybrali pouze některé – jak doufáme pro čtenáře zajímavé – informace. V následujících kapitolách se již budeme věnovat přímo tématu bakalářské práce. Naším cílem je zaměřit se na psychologickou péči o klienta a na možnosti pomoci klientovi především nefarmakologickými a nemedicínskými postupy, např. psychoterapií. Dále tedy budeme akcentovat téma naší práce, a to psychologickou péči o klienty včetně možností terapie. V následující kapitole si načrtne, jak by lidsky a empaticky pojímaná psychologická péče o klienty s tak závažným onemocněním mohla vypadat.

2 PSYCHOLOGICKÁ PÉČE O KLIENTY SE SCHIZOFRENIÍ

„...málokdy mě nějaká rada opravdu překvapí, že bych si na ní nepřišla sama. Podobně je to i od odborníků jako i psychiatrů. Nemají návod na život s nemocí, mají tabulky, škatulky, diagnostické manuály, klasifikace nemocí a snaží se nějak poradit s ohledem na svoje zkušenosti s životem a pacienty. Ale i to je krátkozraké.“ (Kolářová, 2020)¹⁴.

V minulosti byli lidé trpící schizofrenií často krutě perzekuováni a podrobováni nelidskému zacházení, které by dnes bylo možné označit i jako zločin proti lidskosti. V této kapitole bychom si chtěli alespoň částečně zmapovat způsoby dobré psychologické péče o klienty se schizofrenií, následně se budeme zabývat okolnostmi podporujícími klientovo uzdravení (salutoprotektivními faktory) a dále prevencí návratu onemocnění. Na dané téma se díváme z úhlu pohledu případného budoucího klinického či poradenského psychologa.

Nikdo z nás nemáme recept či manuál pro život s nemocí, máme jen pomocná diagnostická kritéria v mezinárodních klasifikacích nemocí, ať již se jedná o evropskou normu MKN-10 (potažmo v brzké budoucnosti MKN-11) nebo o normu Americké psychiatrické asociace s názvem Diagnostický a statistický manuál duševních poruch v páté revizi (DSM-V). Získat jakýsi „návod na život“ pro naše klienty je velmi svízelné i z toho důvodu, že každá diagnostikovaná schizofrenie má jiný klinický obraz, tzv. „jinou tvář“ a nějaký postup je tedy možné vytvořit pouze na míru konkrétnímu klientovi (pacientovi), kterého psycholog (lékař) osobně více zná. To, že se téměř každá diagnostikovaná schizofrenie liší svým průběhem od ostatních (i v případě stejné formy) je pravděpodobně dáno také odlišnými obrannými mechanismy či spíše specifickým sociálním podhoubím, z kterého tato nemoc včetně speciálních obranných mechanismů vyrůstá.

¹⁴ Vítězství i prohry boje se schizofrenií otevřeně popisuje formou jisté autoterapie na svém blogu Alenina duše, kde můžeme vnímat také křehkost a citlivost autorky v jejím pohledu na sebe sama i svět.

Znovu se vracíme k respektujícímu, osobitému a lidskému přístupu ke klientovi, kterého máme právě před sebou. Uvědomujeme si, že existují významné limity při práci s klasifikačními systémy typu MKN-10 nebo DSM-V:

„Léčba každého jednotlivého pacienta musí být individuální, bez přímého a závazného zřetele ke stanovené diagnóze. Klinici, výzkumníci a studenti by se měli vyhýbat obecnému zařazování pacientů do skupin, např. „schizofreniků“. Stávající klasifikační systémy vypovídají pouze o části všech funkcí pacienta. Výzkumníci ani teoretici nesmějí předpokládat, že porucha diagnostikovaná podle klasifikačních systémů je vždy způsobena jedinou příčinou. V současné době diagnostikujeme většinou pouhé syndromy, které mohou mít více příčin. Duševní nemoci nabízejí více možností, jak na ně pohlížet, jak je zkoumat a jak jim rozumět.“ (Smolík, 1996, in Baštecká, 2003, 279).

Nesmíme se dopustit v praxi toho, že bychom postavili diagnózu nad člověka. Z Rosenhanových experimentů (přijímaných i kritizovaných) bylo patrné, že se pracovníci pokoušeli vykládat veškeré chování a slova hospitalizovaných „zdravých“ pacientů ve prospěch již stanovené diagnózy, kterou nechtěli zpochybnit. Posléze se v druhém experimentu (v té výzvě psychiatrické nemocnice, kterou Rosenhan přijal) pracovníci pokoušeli odhalit „podvodníky“ a tedy odmítli pomoci či hospitalizovat mnoho lidí, kteří je důvodně přišli žádat o pomoc. Na základě těchto experimentů byl přepracován do té doby patrně příliš vágní diagnostický manuál (nyní DSM-V) (Slater, 2019). Na výše zmíněné experimenty můžeme jistě nahlížet z různých úhlů pohledu, nicméně jako celek se nám jeví až nebezpečně zajímavé. Představujeme si, jak zoufalé musí být pokoušet se uniknout z nedobrovolné hospitalizace (což se mimo jiné dělo a děje v nedemokratických státech světa dodnes, že byli či jsou oponenti zavíráni na psychiatrii), jak zoufale se asi zdravý člověk snaží přesvědčit téměř všemocného lékaře o svém psychickém zdraví a normalitě a jak se mu v místě, kde někdy rozhodují jen klíče, přirozeně nevěří... Zamýšlíme se nad tím, jak tenká je ve skutečnosti hranice mezi normalitou a patologií a jak je snadné se na tomto ledu možná i nenávratně probořit...

Obecně se zdá, že je užitečnější stavět na tom, co je u klienta zdravé, co odolalo „spárům“ nemoci a podporovat to než se pouze věnovat symptomům nemoci. Pokud je to vzhledem ke klientově zdravotnímu stavu možné, paradoxně se tedy soustředíme více na oblasti, které fungují (kde má klient silné stránky, věci, které zvládá) než na oblasti, které

nefungují – těm věnujeme pozornost spíše jakoby mimochodem v momentě, když se k tomu vyskytne vhodná příležitost, nikoli jako by byly alfou a omegou všeho. A právě v tomto „zdravém jádru“ klienta nejvíce podporujeme, právě tuto oblast se snažíme co nejvíce zpevnit, prohloubit a rozvinout.

Psychologická péče o klienta se schizofrenií v našem pojetí zahrnuje termíny popisující jednání psychologa a jeho přístup ke klientovi – jedná se např. o navázání profesionálního (popř. terapeutického) vztahu, budování důvěry nebo o způsob komunikace s klientem. Právě těmito zdánlivě samozřejmými věcmi pečujeme o křehkou psychiku¹⁵ klienta, ošetřujeme případná traumata, remodelujeme jeho dosavadní mnohdy negativní sociální zkušenosti a v ideálním případě dopřáváme klientovi korektivní emoční zkušenost. Většinu zmíněných témat se budeme věnovat na následujících stránkách naší bakalářské práce (částečně zde již předjímáme také třetí kapitolu, která bude věnována psychoterapii schizofrenie – téma psychologické péče a terapie se zde nutně prolíná a nadále bude prolínat).

2.1 Přístup psychologa ke klientovi se schizofrenií

Problematiky přístupu pomáhajícího pracovníka ke klientům se schizofrenií jsme se již částečně dotkli v podkapitole o speciálních potřebách klientů. V této podkapitole se budeme věnovat již přímo tématu vztahování se psychologa ke klientovi.

Každý klient (lhostejno zda se schizofrenií či bez ní) velice dobře pozná, jakým způsobem k němu přistupujeme, zda jsme autentičtí, zda ho odsuzujeme a díváme se na něj jako na cizokrajné „zvíře“ v ZOO, na které máme diagnostické manuály, anebo zda ho vnímáme jako člověka, který je nám roven (Vymětal, 2004), který je utvořen ze stejné podstaty jako my (Baštecká, 2003) a dále zda se mu skutečně snažíme pomoci – jestli nám na něm záleží nebo nikoli. U klientů se schizofrenií se domníváme, že zmíněné platí ještě o to více: vycítí naše vztahování se k nim, vycítí, zda o ně máme skutečný zájem nebo ne...

Důležité je tedy navázat s klientem laskavý profesionální vztah s jasnými kompetencemi a hranicemi, který bude pro klienta i pro pomáhajícího pracovníka (v našem případě psychologa) bezpečný. Pro dobré navázání vztahu bývá klíčový zejména prvotní kontakt s klientem včetně dojmu, jaký z nás klientovi zůstane. S tím souvisí schopnost

¹⁵ Mohli bychom zde spíše – zcela nep psychologicky – napsat: pečovat „o křehkou duši“ či „o křehkou psyché“ klienta, jeví se nám to jako výstižnější...

získat či spíše postupně si budovat klientovu důvěru: přijímat ho a být na jeho straně, ačkoli to neznamená souhlasit se vším, co klient říká či dělá, rozhodně mu však nikdy nesmíme lhát ani podnikat jakékoli kroky bez klientova vědomí a souhlasu. Klíčová je naše vnitřní a vnější pravdivost vůči klientovi i laskavá autorita (Vymětal, 2004).

Přístup psychologa by tedy měl být podle našeho názoru vždy partnerský, tj. cítíme se být na jedné rovině s klientem. Nevystupujeme v roli experta na jeho situaci (zde je poslední instancí klient a jeho vnímání situace), pouze nabízíme jiný pohled na věc, snad z trochu jiného úhlu. Jsme tu abychom naslouchali tomu, co klienta trápí, akceptujeme ho přesně v místě, kde se právě vnitřně nachází. Ponecháváme mu svobodu, netlačíme ho k ničemu. Více klientovi nasloucháme, než mluvíme.

Dále se přístup psychologa ke klientovi bude pochopitelně lišit vzhledem k tomu, v jaké fázi onemocnění se klient aktuálně nachází. Např. aktuální poruchy vnímání (halucinace) a poruchy myšlení (bludy) se nebudeme pokoušet klientovi vyvracet ani v nich nebudeme klienta podporovat (Orel, 2020). Oba přístupy by klienta poškodily. Budeme-li klientovi jeho přesvědčení přímo vymlouvat, staneme se jen další součástí jeho paranoidního světa – budeme nepřátelé a již nedostaneme šanci klientovi jakkoli pomoci, bude se mít před námi na pozoru, neboť jsme spojenci postav, které mu chtějí ublížit (Orel, 2020). Naopak možná až blahosklonné potvrzování typu „to víte, že to tak je“ klientovi také nepomůže, protože ho nekotví ani vzdáleným způsobem k realitě (Orel, 2020). Můžeme se však stát vhodnou součástí reality klienta v tom smyslu, že budeme v roli majáku, který tu a tam lehce osvětluje cestu, nebo v roli „pozorovatele“ (který zkoumá, kde se klient vnitřně nachází a co se s ním právě děje, co prožívá) a podporovatele klienta (psycholog jako někdo, kdo dodává naději, že i přes aktuální těžké chvíle je možné mít se někdy v budoucnu lépe, je možné projít či probojovat se i temnotou a dojít na místo, kam dopadají paprsky světla...).

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

Role psychologa či psychoterapeuta je zde kromě podpory, naslouchání a vnímání klienta a jeho světa tedy ve funkci jakési spojky s vnějším světem, tj. mezi klientem a jeho současným imaginárním světem a také mezi klientem a reálným světem, kterému klient přestal ze zcela pochopitelných důvodů rozumět (Syřišťová, 1974). Je nutné tuto náhradní

realitu klientovi nezbořit, ale trpělivě se učit luštit významy jeho zdánlivě tajných kódů, které vždy odkazují ke klientovu předchozímu životu a událostem, které se v něm odehrály. To, proč klient přestal dočasně rozumět našemu světu se rozhodně nestalo mimoděk nějakým nedopatřením či nešťastnou náhodou (Syřišťová, 1974; podobně Pěč & Probstová, 2009). V klientově příběhu můžeme kromě minulosti zahlédnout i jeho současná trápení, situace a dilemata. Je však zapotřebí našlapovat velice zlehka a opatrně, asi jako na louce plné vlčích máků – divoce krásných, ale velice křehkých...

Rozhodně bychom se neměli jako profesionálové podílet na společenské stigmatizaci klientů, která je již tak značná (Látalová, 2013). Právě obavy z reakcí okolí jsou důvodem, proč mnozí lidé nevyhledají pomoc či ji nevyhledají včas. Různé předsudky i na straně lékařů a dále podstata samotného onemocnění schizofrenií jsou důvodem, proč se klientům s danou diagnózou někdy nedostává dostatečné zdravotní péče. Není to jen proto, že klienti mají obavy či nejsou pro péči o tělesné zdraví patřičně motivováni, ale jsou to i lékaři, kteří dle experimentů odmítají převzít takové klienty do své péče, a to i když dostanou informaci, že schizofrenie velmi dobře reaguje na medikaci (Banovská Motlová & Španiel, 2017). Je to takový začarovaný kruh – jak jsme již zmiňovali, včasná medikace první ataky spolu s komplexní psychosociální terapií významně snižuje možnost relapsu a tím také snižuje riziko poškození klienta. Včasná medikace další přicházející ataky opět snižuje riziko jejího akutního rozvoje se všemi zdravotními a psychosociálními důsledky, které to přináší. Zároveň ale klient, který se obává stigmatizace nebo již má tuto zkušenost ze strany blízkých lidí, spolupracovníků, zaměstnavatele, společnosti není motivovaný situaci řešit a pomoc včas vyhledat (Banovská Motlová & Španiel, 2017). Když se nad tím zamyslíme, zdá se, jako by před stigmatizací nebylo úniku – jakmile klient jednou vyhledá pomoc (či spíše v první fázi nemoci jeho okolí), hned se ocitne pro zdravotní pojišťovnu i pro celý systém, rodinu, spolupracovníky a okolí v určité kategorizační „škatulce“, kterou ne všichni pomáhající vnímají jako spíše pomocnou (natož někteří laici). Náhle, takřka přes noc, se člověk stává „pacientem“, ačkoli je možné, že „lčít“ by se případně měl či mohl spíše někdo jiný z jeho okolí, kdo má dojem, že je „zdravý“...

Specifikem přístupu psychologa ke klientům se schizofrenií se tedy zdá být (kromě navázání bezpečného vztahu s klientem, respektující komunikace a důvěry) především funkce zprostředkovatele mezi reálným a imaginárním světem, role průvodce a ochránce klienta (v případě paranoidní schizofrenie), a dále téměř nezatelné, velice opatrné postupné kotvení klienta k realitě (resp. bohatě postačí, pokud psycholog svým jednáním a

reakcemi klientovi nechává pootevřené dveře do reálného světa, pokud je klientovi alespoň zcela nezavře, jak si detailněji rozvedeme v třetí kapitole o psychoterapii schizofrenie). V následující podkapitole se zaměříme na salutoprotektivní faktory, které napomáhají k úzdavě klienta i k udržení remise.

2.2 Podpůrné faktory vedoucí k uzdravení

Obecně mezi salutoprotektivní faktory, které ochraňují klientovo zdraví či následně napomáhají jeho uzdravení, řadíme zázemí rodiny a přátel, omezení stresujících podnětů, zařazení oblíbených klientových aktivit včetně pohybu. Všímáme si, co by klienta mohlo zajímat (jaké informace, zájmy...). Můžeme se též vracet k tomu, co bylo předmětem jeho pozornosti v době před vypuknutím nemoci (Syřišťová, 1974). Podporujeme resilienci klienta a společně mapujeme jeho copingové strategie – nepříliš adaptivní strategie nahrazujeme vhodnějšími, které klientovi pomohou lépe zvládat zátěžové situace.

Zvláště silný vliv na klienta má jeho sociální zázemí, ať již se jedná o rodinu, přátele, proces vzdělávání, zaměstnání, partnerský nebo rodičovský vztah. Sociální kontext klienta má rozhodující význam pro další vývoj onemocnění – přispívá velkou měrou ke klientovu (ne)uzdravení. V ideálním případě se jedná se o pozitivní vazby k blízkým lidem, kde klient může zažívat přijetí, bezpečí, lásku. Částečně je možné případný nedostatek v dané oblasti kompenzovat přijetím a blízkým vztahem v rámci psychoterapie a takto saturovat potřeby klienta a napomoci k restartování jeho života (Syřišťová, 1974).

Je zapotřebí nenechat se vlákat rodinou či zdravotním systémem do pasti toho, že budeme „opravovat“ klienta, a to zejména v situacích, kdy je záhodno spíše přetvořit klientovo životní prostředí a podmínky k jeho životu (Baštecká, 2003) tak, aby pro něj byl život snesitelný, zajímavý a hezký. A je-li to nutné, znovu pomoci klientovi vytvořit si v sobě a poté i kolem sebe prostor bezpečí, kde může svobodně dýchat. Pomoci klientovi, aby opět viděl svět a mezilidskou komunikaci jako místo, které je do velké míry srozumitelné, předvídatelné i bezpečné. Pracovat spolu s ním na pozměnění jeho životních okolností dle jeho přání (např. studium, práce, přestěhování se, zastavení zraňujícího chování apod.).

Mezi podpůrné faktory v rámci komplexní psychosociální rehabilitace můžeme zařadit také terénní multidisciplinární týmy, kteří navštěvují klienta v místě jeho bydliště, denní stacionáře a chráněná pracoviště (Banovská Motlová & Španiel, 2017; Pěč & Probstová, 2009). V posledním zmiňovaném případě se jedná o místa pracovního tréninku

a rehabilitace – vynikající z hlediska toho, aby se klient mohl postupně vracet do pracovního procesu a zapojovat se znovu do sociálního života, aby měl smysluplné uplatnění a zaměstnání (Orel, 2020). Je však otázkou, zda tímto způsobem (chráněné dílny, denní pobytová centra, popř. svépomocné skupiny) nevytváříme izolovanou komunitu bez možnosti skutečného návratu do běžného pracovního a sociálního prostředí (Baštecká, 2003). To je podle našeho názoru velmi dobrý postřeh, že ve skutečnosti nedochází k opravdovému zařazení se do společnosti, ale k vytváření opuštěných enkláv mezi diagnostikovanými či aktuálně nemocnými klienty (Baštecká, 2003). Zároveň je však otázkou, zda by takto křehcí nemocní nyní zvládli často velice tvrdé a náročné pracovní prostředí včetně jeho pracovních i sociálních nároků a zda se vůbec jejich zdravotní stav stabilizuje¹⁶ natolik, aby se tam z chráněného prostředí mohli v budoucnu přesunout (což se může stát, ale také za celý život nemusí...). Spíše je podle našeho názoru důležité vytvořit co nejvíce podporující prostředí pro klienta (v rámci prevence nové ataky nemoci), takový doslova umělý ochranný „skleník“, nicméně postupně připravovat klienta na přechod do nechráněného běžného neumělého prostředí takovým způsobem, aby se uměl chránit sám, aby znal své klady i limity, aby znal hranice svého zdravotního stavu, aby dokázal vytvářet a vyhledávat vlastní zdroje podpory. Zahradník si ale musí být jistý tím, že klient situaci zvládne, že je vytrénovaný – metaforicky řečeno: není možné křehkou rostlinku poslat na mráz nebo nechat nádhernou nadějnou růži zničit tropickým vedrem... Psycholog by měl být stále ten, kdo o všem s klientem mluví, kdo se řídí kompasem klienta, ale zároveň se nebojí ukázat i jiný směr a pomoci při natáčení kormidla...

Podle našeho názoru zcela jistě není doporučeníhodný návrat do běžného pracovního provozu v době rekonvalescence po atace a na zvážení je to i mnohem později, neboť stres patří k rizikovým faktorům a spouštěčům nového vzplanutí onemocnění. Klient podle našeho názoru v době případného návratu do běžného pracovního prostředí již musí mít velmi dobře zvládnuté mechanismy zacházení se zátěží a stresem, dále schopnost odpočívat, relaxovat, naslouchat sám sobě a vlastním potřebám. Jako další bod též dáváme ke zvážení, zda je finanční ohodnocení klientů v těchto tréninkových pracovištích dostatečné – osobně jsme toho názoru, že je příliš nízké a někdy svádí k myšlence, zda lidé se zdravotním handicapem v jakémkoli smyslu nejsou spíše vykořisťováni (přestože je zřejmé, že je ve hře též nezanedbatelná ekonomická stránka, aby tato pracovní rehabilitace vůbec mohla fungovat – zabezpečení chodu organizace, mzdy pracovníků, kteří se o

¹⁶ Metaforicko-poeticky se nám chce spíše napsat „zda se jejich rány zacelí natolik, aby...“.

klienty starají, materiály apod.). Mnohé organizace také klientům umožňují částečný kontrolovaně chráněný kontakt s reálným prostředím běžného sociálního světa (např. tréninkové kavárny či restaurace), v kterém mohou načerpat podporu, zpětnou vazbu i nové sebevědomí za přispění mentorů, kteří je tímto procesem provázejí...

V neposlední řadě patří mezi salutoprotektivní faktory také zdravá životospráva, tedy např. dostatečný a nerušený spánek, schopnost relaxovat (je možné též využít Schultzův autogenní trénink nebo Jacobsonovu progresivní svalovou relaxaci, Baštecká 2003), strukturování dne (střídání činností, dostatek prostoru a volného času pro aktivní odpočinek u svých zájmů), péče o vlastní zdraví (nepodceňování zdravotních potíží a jejich včasné řešení s lékařem, Banovská Motlová & Španiel, 2017), vhodný pitný režim a zdravá výživa (dostatek vlákniny, vitamínů, minerálů). Inspiraci pro výživu klientů s psychózou můžeme hledat v zajímavé publikaci Kuchařka u psychóz, zaštitěné prof. Motlovou z 3. lékařské fakulty (lékařka s psychiatrickou specializací, která se na Univerzitě Karlově zabývá neurovědním výzkumem – mezi její odborné zájmy patří mj. právě klienti se schizofrenií).

2.3 Prevence relapsu

Na začátku této podkapitoly bychom chtěli opětovně zdůraznit klíčový význam prevence nového relapsu. Ošetřující lékař, psycholog či psychoterapeut by měli edukovat klienta a jeho blízké srozumitelnou formou¹⁷ nejen o onemocnění samotném (klinický obraz, medikace a další možnosti terapie, prognóza), ale především by je měli instruovat, proč je tak nesmírně důležité vyhnout se nové exacerbaci onemocnění a jaký způsob se pro daného klienta jeví za tímto účelem jako nejvhodnější. Společně pak mohou naplánovat jednotlivé kroky, jak relapsu zabránit, čemuž se budeme věnovat dále. Ihned po první zvládnuté atace by měla následovat intenzivní psychosociální rehabilitace klienta – je to cesta nejen k prevenci relapsu onemocnění, ale též k „zaručení“ co možná nejlepšího zdravotního stavu do budoucna (prognóza schizofrenie je za těchto okolností poměrně příznivá) (Bankovská Motlová & Španiel, 2017).

Zde bychom se rádi dopustili související etické vsuvky o povinné mlčenlivosti pracovníků v pomáhajících profesích. Pokud lékaři či psychologové poskytnou jakékoli

¹⁷ Je lépe mít připravené zásadní informace stručně a přehledně také v písemné podobě, aby se k informacím klient a jeho blízcí mohli později vrátit (ne vždy je zaručeno, že správně vnímají a nezkráceně uchovávají všechny podstatné informace, protože jsou aktuálně např. rozrušení, ve stresu, nebo protože odborník mluví příliš nesrozumitelně či rychle atd.). Podobně plán jednotlivých kroků prevence relapsu bude pro klienta i jeho rodinu snadnější sledovat, zkoumat a vyhodnocovat v písemné podobě.

osobní údaje o klientovi rodině či přátelům klienta, vždy by to mělo být až po souhlasu klienta – podle našeho názoru nejlépe písemném¹⁸. Tento zcela legitimní nárok povinné mlčenlivosti není „pouze“ etický, ale též právní: např. pro sociální služby je upraven § 100 z.č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a pro oblast zdravotnictví se jedná o § 51 z.č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Porušení povinné mlčenlivosti z nezákonného důvodu může mít i trestně-právní důsledky. To, co by nás ale mělo motivovat mnohem více než případný právní postih by dle našeho názoru měl být klientův prospěch, jeho důvěra a naše profesionalita. Zřejmě nenajdeme člověka, který by si přál svěřovat se se svými trápeními někomu, kdo při supervizi nebo na obědě s kolegy v restauraci řeší své klienty s osobními příběhy a dalšími identifikačními údaji včetně jména...

Jsme vázáni mlčenlivostí a ani v mezním okamžiku nemáme mandát ji porušit¹⁹. Má to své dobré důvody i z dalších hledisek, než je právo klienta poskytnout informace o svém zdravotním stavu pouze tomu člověku, kterému skutečně chce. Velmi totiž záleží na vztazích, jaké v rodině panují, na celkovém zdravotním stavu klienta, na jeho předběžném souhlasu po přijetí o tom, koho lze a koho nelze informovat o jeho zdravotním stavu apod. Dokonce ani kdybychom byli soudní znalci, nebudeme schopni během chvíle skutečně validně vyhodnotit spleť rodinných či přátelských vztahů klienta – zdá se tedy lepší za všech okolností někdy až téměř nelidsky mlčet než poskytnutím informací o zdravotním stavu klienta včetně diagnózy porušit zákon, etický kodex psychologů, důvěru klienta a také vzít na sebe zodpovědnost za případné zhoršení situace v rodině ve smyslu vytváření nové stigmatizace klienta, jeho případné odsuzování, posmívání, obviňování apod. Musíme si být též vědomi toho, že informace, které o klientovi poskytneme (přestože s jeho souhlasem), již nikdy nebudeme moci vzít zpět. Proto je důležité velmi dobře zvažovat, co řekneme, i jak to naformulujeme. Měli bychom se snažit spíše získávat spojení pro klienta, je-li to možné, nikoli rodinu polarizovat (popř. ještě více polarizovat).

S právě zmíněnou povinnou mlčenlivostí souvisí také respektující postoj pomáhajících pracovníků ke klientům. I v případě, že klient nemá náhled na svou životní situaci a je aktuálně ve špatném zdravotním stavu, měl by to být vždy on – rovnocenný partner lékaře nebo psychologa, který uděluje souhlas s poskytnutím svých osobních údajů

¹⁸ Dá se však předpokládat, že zvláště u paranoidní formy schizofrenie v akutní fázi bude klient podobnou situaci pravděpodobně interpretovat v rámci paranoidního vztahování se ke světu jako nepřátelský komplot proti němu...

¹⁹ Kéž by byla povinná mlčenlivost tak absolutní, jako je zpovědní tajemství. Pak by ani zákonný důvod nemohl nařídít, abychom porušili důvěru klienta, kterou v nás oprávněně složil...

i spolurozhoduje o hospitalizaci, pokud není bezodkladně život zachraňující (např. s výjimkou detenčního řízení, které je zdravotnické zařízení povinno zahájit ze zákona ve všech případech nedobrovolné hospitalizace bez souhlasu klienta).

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

Zabránit relapsu je možné více způsoby. Představme si nyní krátce český unikát v prevenci relapsu, založený na dlouhotrvajícím sledování zdravotního stavu klienta se specializací na zachycení prodromů, který mohou lékaři v České republice používat již od roku 2005 (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Jedná se o aplikaci ITAREPS, jejímž tvůrcem je lékař Filip Španiel působící jako vědecký pracovník v Národním ústavu pro duševní zdraví (NÚDZ) v Klecanech u Prahy. Na podkladě informací od klientů s psychickou nemocí výzkumníci připravili algoritmus, který je schopen efektivně předvídat zhoršení zdravotního stavu klienta až 8 týdnů před tím, než k relapsu skutečně dojde. Cílem je v mezičase tento proces zastavit takovým způsobem, aby k opětovnému propadu do nemoci nedošlo a také aby nebylo nutné klienta hospitalizovat. Situace se zpravidla řeší úpravou medikace. Celý projekt ITAREPS funguje na principu každotýdenního odesílání vyplněného dotazníku prostřednictvím mobilní SMS. V praxi to znamená aktivitu klienta se schizofrenií, který vždy jednou týdně spolu se svým blízkým člověkem vyplní krátký dotazník (10 bodů) vztahující se k prodromálním (časným

varovným) symptomům nemoci. Výsledek odešlou pomocí SMS do centrální databáze, kde je z těchto informací cestou algoritmu posouzeno aktuální nebezpečí relapsu. Pokud systém vyhodnotí, že u klienta existuje akutní hrozba návratu nemoci, automaticky uvědomí psychiatra, který se o klienta stará, aby mohl farmakologicky zasáhnout.

Tímto způsobem je možno znemožnit opětovný návrat nemoci až u 70 % klientů, což je úžasný výsledek pro klienty, kteří se vyhnou novému zhoršení zdravotního stavu pravděpodobně spojenému se zbytečnou hospitalizací (a evtl. v daném prostředí také s novou retraumatizací), ale je to velmi zajímavé i z hlediska nákladů vynaložených na další léčbu. Pokud stát, resp. celý systém důchodového a zdravotního pojištění včetně zdravotních pojišťoven nezajímá lidské psychosociální hledisko klienta, jeho rodiny a okolí, jistě by ho mělo zajímat alespoň nezanedbatelné hledisko ekonomické. Aplikace ITAREPS byla pozitivně přijata v zahraničí (Japonsko, Evropa), získala i několik cen, přesto však v ČR nemá na různých ustláno. Autor projektu v médiích i na webu NÚDZ opakovaně vyjadřuje frustraci z několikaletých průtahů a komplikací při schvalování využití aplikace u největší české zdravotní pojišťovny VZP, která (i podle veřejně dostupných informací z médií) neodmítá jednání, ale zároveň příliš nechce program proplácet (NÚDZ, 2021).

Obecně také k prevenci relapsu přispívá pravidelné užívání antipsychotik (včetně nevysazování medikace bez porady s lékařem ani neupravování léčebné dávky), dále pravidelné kontroly u ošetřujícího lékaře s psychiatrickou specializací a psychoterapie. Velmi důležité je také edukovat klienty, aby dokázali rozeznat blížící se ataku podle tzv. časných varovných příznaků (prodromů), které často zahrnují insomnii, špatnou koncentraci, neklid (klient začíná být nervózní, podrážděný a napjatý), paměťový deficit, klient má dojem, že se mu lidé posmívají a že je v centru jejich pozornosti, nedočkavost, absence chuti k jídlu, nezájem o setkávání se s dalšími lidmi apod. K dalším zdánlivě samozřejmým doporučením patří vyhýbat se stresu, respektovat určitá pravidla zdravého životního stylu (výživa, spánek, struktura dne) a vyvarovat se návykových a psychotropních látek (Bankovská Motlová & Španiel, 2017).

Jako velmi nadějně vnímáme to, že se relaps ohlašuje poměrně dlouhé období dopředu nejružnějšími charakteristickými změnami (prodromy) na úrovni těla (narušení cirkadiánního rytmu), prožívání i jednání, které lze – zvláště po již prodělané atace – relativně dobře zachytit. Zároveň se ale může stát, že se nemoc vrátí i přes dokonale přesné užívání antipsychotik – příčinou bývá buď podstata schizofrenie jako takové (aktuální

výkyvy v činnosti dopaminu) nebo např. stres či užívání drog (oboje má vliv na zdravotní stav klienta směrem k exacerbaci) (Bankovská Motlová & Španiel, 2017).

V této kapitole jsme se zabývali tématem zajištění optimální psychologické péče o klienty se schizofrenií. Popsali jsme si základy dobrého přístupu psychologa ke klientovi včetně povinné mlčenlivosti, dále jsme se věnovali salutoprotektivním faktorům v životě klienta a celou kapitolu jsme zakončili prevencí návratu onemocnění. V následující části bakalářské práce se zaměříme na (de)stigmatizaci klienta se schizofrenií, poté přesuneme naši pozornost na terapii tohoto onemocnění, a to zejména psychologickými prostředky.

3 TERAPIE SCHIZOFRENIE

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

Na úvod naší kapitoly si jen připomeňme, že v první linii boje proti schizofrenii stojí biologická léčba, a to zejména antipsychotika. Případně je možné zvolit u některých forem schizofrenie (např. nereagující na farmakologickou léčbu) také další způsoby biologické terapie, a to např. elektrokonvulzivní terapii prováděnou v celkové narkóze (Orel, 2020) nebo repetitivní transkraniální magnetickou stimulaci mozku (rTMS) (Dušek & Večeřová-Procházková, 2010). Donedávna byla antipsychotika používána také jako terapie kognitivních potíží klienta, avšak s malými účinky (Mohr, 2020). Další možností zůstávaly nelékové formy léčby jako je neurostimulace či kognitivní remediace. Nyní je v ČR od roku 2020 nově k dispozici lék lurasidon vylepšující kognitivní deficit u schizofrenie – kromě zjištěného kladného působení na plasticitu mozkových neuronů se jedná také o nezanedbatelné zkvalitnění fungování paměti a schopnosti učit se (Mohr, 2020). Lurasidon patří do kategorie antipsychotik s indikací pro terapii schizofrenie – konkrétně se jedná o antagonistu dopaminových a serotoninových receptorů (Hubeňák, 2020).

Nejsme však psychiatři, proto se nebudeme vydávat směrem biologické léčby, který přenecháme odborníkům s kompetencí preskripce psychofarmak a zaměříme se směrem psychologickým, či spíše přímo psychoterapeutickým. Jako psychologové-psychoterapeuti se s klienty se schizofrenií pravděpodobně setkáme především v nemocnici či v ambulanci klinického psychologa, dále také případně v poradenské praxi psychologa v rámci

doléčování schizofrenie a prevence relapsu, evtl. již v prodromálním stádiu nebo při první atace nemoci.

Pokud chceme klientům se schizofrenií efektivně pomáhat, musíme mít na zřeteli vždy nejprve normu, tj. co v dané oblasti znamená pojem psychického zdraví a jasně vědět, kde se klient od tohoto ideálu odlišuje. Je tedy nutné správně diagnostikovat to, co je „nemocné“, abychom mohli klientovi porozumět a zahájit proces uzdravování v podobě psychoterapie (Syřišťová, 1972). Podobně jako chirurg musí dobře vidět, co je třeba odstranit a jakým způsobem, aby bylo pacientovi lépe. Důležité je však nikdy neztrácet lidský přístup ke klientovi, kdy nám optika klinické psychologie bude pouze pomocným vodítkem, z kterého dokážeme poodstoupit a věnovat se dále klientovi bez expertského přístupu (kdy známe jeho situaci lépe než on sám a na vše máme patent) i bez doživotního zařazení do určité klasifikační škatulky s nápisem Beznadějný (a to ani tehdy, pokud by to tak skutečně na první pohled snad mohlo vypadat...).

V této kapitole se chceme nejprve věnovat tématu stigmatizace, které úzce souvisí s ochotou vyhledat odbornou pomoc již při prvních potížích (klient či za dopomoci jeho okolí), a dále velikou mírou přispívá nejen k uzdravení klientů, ale též k znovuzařazení do společnosti, která se na klienta nebude dívat úkošem a tzv. „skrze prsty“ jen kvůli tomu, že dostal diagnostickou nálepku. Měli by ho spíše podle našeho názoru ocenit za náročný boj s nemocí a být mu nápomocní, nikoli zbytečně odsuzovat (navíc zcela paušálně a naprosto nevinné...). Dále se dostaneme ke specifickým psychoterapiím u schizofrenie, k jejímu průběhu a také ke vhodným terapeutickým směrům a technikám. Začneme tedy percepcí klienta ze strany společnosti, pomáhajících profesí, rodiny, zaměstnavatele, kterou můžeme velice často označit termínem stigmatizace.

3.1 Vnímání klienta a jeho destigmatizace

V minulé kapitole jsme zmiňovali optimální péči o klienty se schizofrenií. K té podle našeho názoru patří též akceptující postoj pomáhajícího pracovníka, ať již jakékoli specializace (lékař se somatickou či psychiatrickou specializací, psychoterapeut, sociální pracovník, fyzioterapeut...), dostatek nezkreslených informací o schizofrenii a ujištění o tom, že zvláště klienti s paranoidní formou schizofrenie přijímají medikaci v plném rozsahu a dle dávkování lékaře.

Vnímání klienta se schizofrenií a jeho postavení ve společnosti je velmi zasaženo negativním obrazem schizofrenie kvůli statisticky velice málo pravděpodobným útokům. Je nám zřejmé, že lidé, kteří zažili útok ženy se schizofrenií před několika lety ve Žďáru nad Sázavou nebo při něm někoho blízkého ztratili, nemohou tento názor sdílet. Lze se jen velice těžko oprostít od tak bolavé vlastní zkušenosti s tragickým koncem. Nicméně statisticky jsou pachatelé trestných činů lidé z psychopatologického či psychiatrického hlediska „zdraví“ – resp. měli bychom spíše zdůraznit, že se jedná o pachatele nevidované v péči žádného zdravotnického zařízení psychologického či psychiatrického typu.

Naše volání po destigmatizaci těchto klientů též koresponduje s probíhající Národní psychiatrickou reformou. Je také v souladu se skutečností, jak velmi mohou podporovat zvládání života se schizofrenií i případné uzdravení právě dobré vyhlídky do budoucna – velký vliv na pocit pohody u klienta i na jeho zotavování může mít zejména schopnost neztratit důvěru a naději (Libman-Sokołowska & Nasierowski, 2013).

Kladli jsme si otázku, proč zrovna schizofrenie vyvolává tolik obav a váže se k ní tolik iracionálních předsudků, přestože agresivní chování spojené s trestnými činy se vyskytuje statisticky téměř zanedbatelně v porovnání se zdravou populací (Látalová, 2013; Orel, přednáška 6.3.2021). Dotazovali jsme se sami sebe, proč někdy i profesionálové (psychologové, lékaři...) projevují tak málo pochopení pro klienty s psychickými potížemi, proč je neváhají i veřejně označit za „zvláštní“ a „divné“ nebo proč je v některých zařízeních zdravotní péče sebemenší zmínka o „psychiatrii“ v lékařské zprávě kontraindikací k přijetí. Přemýšleli jsme též, čím to je způsobeno, že právě u schizofrenie dominuje biologická léčba, a to i v případech, kdy se tato empiricky ukazuje jako neúčinná – máme zde na mysli případy nemoci rezistentní vůči léčbě.

Zdá se nám to málo pochopitelné v kontextu toho, že o pravých příčinách schizofrenie nevíme, máme pouze různé teorie a hypotézy – přesto však psychoterapie plní ve vztahu ke schizofrenii funkci pouze podpůrnou (Orel, přednáška 6.3.2021).

V posledním zmiňovaném příkladu téměř absolutní dominance biologické léčby jsme prozatím dospěli pouze k závěru, že se na věc patrně díváme z odlišného úhlu pohledu – z více biologického pohledu (ze zkušenosti lékaře s lidmi se schizofrenií) a z více psychologického pohledu (snad budoucí psychologové), dále z rozdílného úhlu pohledu podle zažité fáze schizofrenie: akutní ataka (kde je zřejmé, že psychoterapie v tuto dobu nemá význam, teprve v případném klidnějším období, kdy bude již alespoň trochu působit medikace) a pozdější vývoj nemoci (tj. alespoň křehká stabilizace a remise, popř. alespoň světlejší chvíle či období při schizofrenii rezistentní vůči léčbě, kde je možné

pracovat s klientem více psychoterapeuticky a propracovat se nepřímo k jeho obranným mechanismům před zátěží a bolestí, kterou zažíval patrně již dávno před první atakou nemoci a jež ho také vedla k vytvoření těchto mechanismů). V této různosti pohledů se též může jednat o rozdílné zkušenosti s klienty se schizofrenií – v psychiatrické nemocnici patrně spíše s akutními atakami a pak posléze s případnou postupnou stabilizací, naproti tomu naše (uznáváme však, že zatím pouze dílčí) zkušenosti se více opírají (kromě odborné literatury, viz dále) o zkušenosti s klienty, kteří většinou již byli zaléčení a měli na své onemocnění náhled. Tedy v tuto chvíli již můžeme naplno využít psychoterapeutický potenciál, u kterého v případě compliance klienta předpokládáme schopnost postupně (velmi pomalu a opatrně) změnit něco hluboce bolavého v základu identity a osobnosti klienta se schizofrenií, jeho zážitky a konstruovat nové, bezpečné... Domníváme se, že tímto způsobem a přístupem zřejmě lze vést klienta krok za krokem k uzdravení či alespoň k minimalizaci relapsů, a tedy stabilní remisi...

Jinými slovy – nejsme naivní a nezříkáme se biologické léčby. Nicméně zvláště pokud tato léčba vůbec nepůsobí, zdá se nám v duchu komplexního přístupu ke klientovi snad ještě více než kdy jindy pravděpodobná psychosomatická hypotéza: není náhoda, že léky nefungují. Nemůže být příčina ještě někde jinde než např. v „pouze“ příliš dlouho volně rozvinuté nemoci, která nebyla včas zaléčena? Nemohou to být právě traumata v životě klienta, která brání ústupu psychotických příznaků a která logicky nereagují na léčbu a klientův stav tedy zůstává nezměněn? Necháváme tyto otázky ke zvážení. Naše stanovisko (ačkoli patrně bude rozporovatelné na medicínské úrovni) vychází přitom z úvah nad publikacemi výborné psychoterapeutky dr. Syřišťové a jejího náhledu na klienty ve smyslu psychózy jako obranných mechanismů v životě člověka, které nevznikly nahodile, ale mají souvislost s předchozími prožitky konkrétního klienta.

Také mobilní aplikace ITAREPS by snad mohla u někoho vzbudit pochybnosti, zda jsou klienti se schizofrenií vždy natolik stabilizováni, aby byli schopni vyhodnotit správně svůj zdravotní stav a případnou blížící se ataku. To nás přiznáváme se původně nenapadlo, ale když jsme se s touto námitkou setkali, rádi bychom k tomu sdělili několik bodů: i klienti, s kterými jsme se setkali v rámci stáže v tréninkovém zaměstnání²⁰, měli zpracovaný přesný plán kroků, jak postupovat v případě blížící se ataky – komu zavolat, jak se má chovat okolí, co je zapotřebí podniknout. Sami na sobě jsou již schopní přicházející ataku zpravidla včas poznat, instruováno je i jejich okolí (blízcí lidé, a v

²⁰Tedy klienti, o nichž jsme v dané době neměli informaci, zda používají i tuto mobilní aplikaci.

případě tréninkového zaměstnání též nadřízení). Také z výzkumu realizovaného u skupiny 145 klientů s chronickou formou schizofrenie a u 80 jejich rodinných příslušníků vyplynulo, že většina z nich je schopna rozpoznat již prodromální příznaky, nicméně nejednalo se o reprezentativní vzorek a nebylo tedy možné vyvodit z toho všeobecnou platnost – autoři proto doporučovali pokračovat v dalším zkoumání, neboť symptomy onemocnění se vyvíjejí (Herz & Melville, 1980). V tomto směru tedy můžeme za jejich pokračovatele považovat také vědce sdružené kolem unikátního vynálezu mobilní aplikace ITAREPS, která z našeho pohledu přináší výhody hned několikrát: za prvé v tom, že matematické algoritmy dokáží situaci poznat několik týdnů před atakou (a tedy je dost času zamezit jejímu vzniku v době, kdy ambulantně se léčící klient ještě má reálný náhled na svou situaci), za druhé klient nevyplňuje test sám, ale spolu se svým blízkým člověkem (tedy tím, kdo zároveň schizofrenií netrpí) a je tedy dvojnásobně dostatečně zaručena kvalita poskytnutých informací, a to i kdyby se již jednalo o hraniční okamžik těsně před atakou. Avšak jak jsme již zmínili – tím, že jsou algoritmy nastaveny tak dobře, systém již téměř dva měsíce dopředu rozpozná, že se situace klienta zhoršuje a včas pošle varovnou zprávu lékaři, který si pacienta může pozvat a kontaktovat i jeho blízké (pokud takto již mají s klientem nastavenou spolupráci) – může upravit medikaci a navýšit svou péči o klienta, aby se předešlo zbytečné hospitalizaci. A za třetí tento systém z našeho pohledu nejen šetří náklady na zdravotní péči, ale především zabraňuje dehumanizaci, necitlivému zacházení a případné další traumatizaci klienta při hospitalizaci v psychiatrické nemocnici s další rozvinutou atakou nemoci. Též si umíme představit model spolupráce, kdy někdo z blízkých (je-li to skutečně potřeba dle zdravotního stavu klienta) případně může pomoci klientovi s vyzvedáváním léku v lékárně i s dávkováním léku, aby byla jistota, že je klient skutečně ošetřen a nehrozí mu zbytečné zhoršení stavu. Jak jsme si uvedli jinde, ataka se přesto může vrátit, nicméně pak je naše výchozí pozice zdá se na zcela jiném místě, než když nová ataka poškodí klienta zcela nechráněného medikací...

Moc se přimlouváme za to, abychom i v našem oboru psychologie, v dalších pomáhajících profesích, na akademické půdě, v zařízeních pracujících s klienty se schizofrenií i v médiích nenačrtávali obraz klientů se schizofrenií jako téměř nesvéprávných jedinců (a to i kdyby krátkodobě po dobu akutní ataky mohli právě takto vlivem příznaků nemoci působit). Ani v případě, pokud by snad byli soudní cestou zbaveni svéprávnosti (někdy i na nátlak rodiny, a ne úplně vždy s dobrými úmysly), nepřipadá nám vhodné vykreslovat obraz klientů v podivných barvách, natož je označovat za údajně zvláštní a nebezpečné jedince. Domníváme se, že klienti se schizofrenií již mají sami o

sobě dostatek starostí a potíží s tím vrátit se po prodělané atace zpět do běžného života, snaží se o to ze všech sil, užívají medikaci či dochází na depotní injekce (a tedy je zde i zaručena stoprocentní kontrola užívání léčby²¹), tak se ptáme, proč jim to ještě ztěžovat...i proč vychovávat nové generace pomáhajících profesí, které se budou na tyto trpící lidi dívat optikou patřící do úplně jiného století...

Bude to však zřejmě ještě dlouhý proces, když se někteří pomáhající pracovníci stále ještě vztahují ke klientům se schizofrenií jako k osobám druhé kategorie, z pozice domnělé inferiority člověka se schizofrenií, bez respektu a vlídnosti, z pozice moci a síly (Pokluda, 2020). Velmi záleží na tom, jak se klienti se schizofrenií vztahují sami k sobě, jestli tyto předsudky i nepřívětivé jednání společnosti přijímají za vlastní a nakolik se s těmito postoji identifikují (Janoušková & Winkler, 2015). S vnitřním přijetím stigmatu nemoci se pojí také to, že se klient stahuje z přátelských vztahů a nevytváří nové, opouští svou práci či studium (případně i své další ambice i životní sny) a přechází do stavu nečinnosti a netečnosti (Ocisková et al., 2014).

Domníváme se též, že pokud se povede alespoň do určité míry odstranit ze společnosti i ze strany některých pracovníků v pomáhajících profesích stigmatizaci, bude snadnější i pro klienty se schizofrenií nestigmatizovat sami sebe, nebrat nemoc jako něco, co je diskvalifikuje v očích druhých. Autostigmatizační tendence klientů s duševními potížemi, zejména však se schizofrenií, jsou velkou překážkou na cestě k uzdravení. Pokud totiž klient stigmatizuje sám sebe, snižuje to jeho sebeúctu, dává sám sobě „nálepky“ a cítí se jako společenský nežádoucí osoba (Soroka, Słotwiński, Pawężka & Urbańska, 2020), což ho může dovést až do sociální izolace. Přitom právě uspokojivé sociální vztahy jsou významnou podporou na cestě k uzdravení. U schizofrenie zdá se je potřeba postupně a opatrně prolomit tyto různé tzv. „začarované“ kruhy, které klienta uzavírají do nemoci namísto postupu k uzdravení...

V následující podkapitole si načrtneme konkrétní účinné postupy a zásady v psychoterapii klientů se schizofrenií. Budeme zde primárně vycházet z bohatých zkušeností jedné renomované psychoterapeutky, jejíž péče o klienty a vzhled do jejich prožívání nám připadá fascinující.

²¹ V pomoci či kontrole užívání léků se jako pomoc ukazují též terénní týmy, které docházejí ke klientům domů a mohou přinejmenším dříve než lékař-psychiatr odhalit nestabilní zdravotní stav v čase mezi kontrolami a případně i odhalit neužívání léků. Především jsou však oporou klientovi v jeho přirozeném prostředí, mohou mu poskytovat cenné informace, poradenství, kontakty.

3.2 Specifika psychoterapie u schizofrenie

Při terapii klientů se schizofrenií musíme stále dbát na fakt, že jsou vnitřně velice křehcí s enormně malou schopností snášet zatížení či stres – proto je nutné podle toho modifikovat naše psychotherapeutické intervence (Syřišťová, 1974).

Během psychoterapie se snažíme o to, aby se klient krok za krokem mohl vymaňovat ze všeho, co ho znejišťuje a zúzkostňuje, neboť právě tyto elementy tvoří základ pro nejrůznější duševní nemoci (Syřišťová, 1974). Tato úzkost a nejistota jsou současně signálem zvyšující se tenze, delší čas trvající frustrace, intrapsychických konfliktů a nesvobodné závislosti, a dále jsou též jakýmsi lakmusovým papírkem ukazujícím pomáhajícímu pracovníkovi fakt, že klient ztratil či ztrácí důležité důvody, proč žít, že je stále méně pramenů, z kterých může nabírat motivaci a podporu pro jeho rozhodnutí zůstat v našem světě namísto vysněného imaginárního, ale i pro jeho rozhodnutí jestli vůbec dále žít... (Syřišťová, 1974).

Mezi velmi efektivní faktory psychoterapie klientů se schizofrenií řadíme např. to, že umožňuje klientovi zažít sám na sobě skutečnost naprosto bezpečného, důvěryhodného a laskavého mezilidského kontaktu (Syřišťová, 1974). Důležitým se zde jeví to, že je klient v tomto vzájemném profesionálním vztahu osvobozen od negativních emocí a zážitků, jako jsou konflikty, které nelze vyřešit. Může vyjít ze své opuštěnosti uprostřed lidí, z reálného či domnělého odmítnutí druhými a učit se opět někomu důvěřovat, být si ve vztahu jistý, cítit se v bezpečí, nebát se, zažívat porozumění a ocenění – taktéž může na těchto základech nově postavit svůj život, najít jeho smysl, stanovit si dosažitelné mety, na které se může ve svém životě zaměřit a v neposlední řadě též objevit a realizovat vlastní potenciál, např. ve smysluplném společenském uplatnění (Syřišťová, 1974). Tato doslova záchytná místa se mohou stát momentem restartu, kdy si klient bude v rámci psychotherapeutického vztahu postupně konstituovat jiný způsob života bez zatěžujících negativních emocí včetně obranných mechanismů a bude ve svém žití nacházet jinou či obnovenou škálu hodnot (tedy toho, co má pro klienta význam). Prostřednictvím výše zmíněných prožitků z psychotherapeutického vztahu, o který je možno se opřít (aniž by klient ztratil vlastní nezávislost a svobodu), lze také dojít k integraci duševního fungování klienta (Syřišťová, 1974).

Hlavně na začátku psychoterapie využíváme impulzů, které vycházejí z klientovy fantazijní reality nebo se tomu podobají: cílem je zde zbořit vnitřní či vnější zeď kolem klienta v podobě jeho uzavření se do sebe v dokonalé izolaci od okolní skutečnosti a poté

navázat s klientem psychotherapeutický vztah (Syřišťová, 1974). Především během tohoto úvodního stadia terapie musíme akceptovat klientovo nezlomné přesvědčení ve vztahu ke skutečnosti, kdy nedokáže diferencovat, co jsou fantazijní a co skutečné impulzy – jeho doslova odolnost vzhledem ke skutečnosti (Syřišťová, 1974). Proto pracujeme s klientovým vztahováním se vůči realitě prostřednictvím jeho systémů a imaginací – vycházíme zde ze zkušeností, že právě tato klientova percepce mívá kořeny v jeho skutečném životě, ať již v minulosti nebo v současnosti (Syřišťová, 1974). Předpokladem této práce je schopnost psychologa-psychotherapeuta zorientovat se v klientově fantazijním prostředí, dále znát a používat jeho výrazové prostředky, pochopit klientův styl přemýšlení apod. (Syřišťová, 1974). Důležitá sdělení klientů se schizofrenií jsou tradičně zašifrována pomocí symbolů a metafor – psychotherapeut se u každého klienta trpělivě učí diferencovat opravdu důležité kódy a jejich souvislost se skutečným životem klienta, s jeho životními okolnostmi atd. (Bruch, 1997; podobně Pěč & Probstová, 2009). V žádném případě však – zvláště na začátku procesu psychotherapie – klientovy výroky neinterpretujeme ani rozumově nevyvracíme a nepřevádíme je do naší, tedy „objektivní“ reality.

Velice důležitý je zde akceptující přístup pracovníka ke klientovi, kde soustředěně posloucháme a přijímáme klienta se vším, co nám říká, a to i kdyby to bylo zdánlivě sebenepochopitelnější (Syřišťová, 1974). Zejména u klientů s paranoidní schizofrenií se může jevit takový přístup jako pochybný a kontraproduktivní: nejen nevyvracíme bludná přesvědčení a neodporujeme jim, ale akceptujeme je jako skutečnou (či spíše snovou) alternativní realitu, a dokonce vstupujeme do klientova paranoiou zasaženého světa a přijímáme v něm konkrétní postavu či funkci. Rozhodně však není jedno, o jakou roli se jedná – nikdy např. nebudeme vystupovat v roli pronásledovatele klienta, ale spíše v roli jeho bodyguarda (toho, který ho chrání vlastním tělem), důvěrníka a budeme také fungovat jako zprostředkovatel či spíše jakýsi nárazník mezi klientem a jeho nepřáteli z paranoidního světa, kteří se mu v jeho pojetí snaží ublížit. Therapeut pak spolu s klientem plánuje strategii postupu vůči těmto imaginárním nepřítelům, čímž je možné desenzibilizovat klienta vůči jeho i druhé potenciálně ohrožujícím přesvědčením a imperativním halucinacím. V každém případě se jedná o vybalancování našich kroků ve světě klienta (který musíme znát a umět v něm „chodit“) spolu s otevřením dveří pro budoucí navrácení se klienta do objektivní skutečnosti. Minimálně se snažíme tyto dveře k návratu do „našeho“ světa klientovi nezavřít (Syřišťová, 1974).

Výstižný náčrt průběhu terapie spatřujeme u autorky, která má s klienty se schizofrenií bohaté profesní zkušenosti, které popsala takto:

„V procesu uzdravování nemocný sám proniká spleť divokého keře rozvitého bludu. Blud se tu zcela zřejmě nespokojuje s pouhým symbolizováním minulých zkušeností nebo přání do budoucna; v psychotickém rozlomu osobní historie vyvolává novou skutečnost, která je nikoli padělkem, ale esencí celé pacientovy situace. Těsné propojení mezi triptychem bludné zkušenosti a historií nemocného je zcela zřejmé.“ (Syřišťová, 1994, 67).

V průběhu psychoterapie nemůžeme odhlédnout od traumatických zážitků z klientova předchozího života, vztahujeme se však k němu ve světle klientova současného vnímání – z pozice toho, co klient právě prožívá, jaké jsou okolnosti jeho života (Syřišťová, 1974). Stále myslíme na to, že psychoterapeutický vztah s klientem se schizofrenií (zejména paranoidní a simplexní formy) nelze vytvořit běžnými formami terapeutického chování ani nástroji vycházejícími z reality. I nadále podporujeme v klientovi pocit jistoty a důvěry ve vztahu k terapeutovi (Syřišťová, 1974). Teprve po čase, který nelze obecně určit, můžeme velice jemně přistoupit k analýze klientova stavu. Předčasný bezprostřední rozbor situace by mohl znásobit klientovo úzkostné prožívání, znovu ho traumatizovat a v konečném důsledku jen zhoršit či rozšířit stávající projevy psychózy včetně jejích obranných mechanismů. Ani v pozdějších fázích psychoterapie tedy neprovádíme přímé analýzy traumatizujících zážitků, ale snažíme se je velmi opatrně a nepřímou integrovat tak, aby je klient mohl přijmout a zpracovat (např. novou interpretací) (Syřišťová, 1974).

Znovu bychom chtěli zdůraznit, že nesmíme klienta retraumatizovat rozebíráním toho, co bolestného v minulosti zažil. Můžeme se doslova dopustit jen rozboru, který je zároveň aktuálním přerámováním traumatu – toto přerámování by mělo vést k zpřístupnění zážitku pro klienta a dále k jeho akceptaci. Vhodné jsou tedy pouze takové analýzy, které spojují to, co klient prožívá a zakrývají místa způsobující klientovi největší bolest: je to prevence návratu nevědomých vnitřních procesů a obran, které se v minulosti podílely na vzniku psychózy a také v současnosti by mohly při nevhodně a nešetrně vedené psychoterapii způsobit u klienta ještě hlubší propad. Současně také hledáme klientovy záliby z období před propuknutím nemoci a snažíme se tímto způsobem přichystat základ, z kterého by krok za krokem docházelo k naplnění klientových potřeb (Syřišťová, 1974).

V následující podkapitole se zaměříme na související téma psychoterapeutických směrů a technik, které je vhodné uplatnit v psychoterapii klientů trpících schizofrenií.

3.3 Vhodné terapeutické směry a techniky

Terapii schizofrenie lze vést různými způsoby. Biologická léčba spočívá především ve volbě vhodného typu depotních, intravenózně či perorálně přijímaných antipsychotik, a v indikovaných případech dle klinického obrazu nemoci též zůstává možnost např. elektrokonvulzivní terapie, která mívá zpravidla výrazný léčebný efekt (Orel, 2020).

Kromě biologické léčby můžeme po odeznění někdy až dramatických obtíží klienta postupovat k uzdravení psychologickými prostředky, zejména psychoterapií (individuální a později také skupinovou, popř. partnerskou a rodinnou). Ta tvoří spolu s léky základ péče o klienta. Doplnkově můžeme využít též další vhodné aktivity a podpůrné terapie, např. arteterapii, bibliodrama, canisterapii, hippoterapii, relaxační techniky (imaginativní relaxace nebo již dříve zmíněný Schultzův autogenní trénink či Jacobsonovu progresivní relaxaci). Klientům můžeme doporučit také fytoterapii, muzikoterapii a taneční terapii (Orel, 2020). Nyní naši pozornost přesuneme k psychoterapeutickým směrům a technikám, které by mohly přinést úlevu, podporu a cestu ven z psychotických příznaků.

V pozadí schizofrenie mnohdy stojí traumatické zkušenosti, proto se přikláníme spíše k psychoterapeutickým směrům jako je např. Pesso-Boyden psychomotorická terapie (PBSP), na klienta zaměřená terapie Carla Rogerse nebo psychoanalytická psychoterapie (nikoli však původní psychoanalýza, kterou nedoporučuje pro její návraty k dětským kořenům a odkrývání dětských traumat Syřišťová, 1974). Podle našeho názoru by mohla být prospěšná i Gestalt psychoterapie, která člověka obrací k životu v přítomnosti nebo katatymně-imaginativní psychoterapie, která využívá schopnosti klienta představit si imaginární svět.

Příliš se nekloníme ke kognitivně-behaviorální terapii (KBT) (ač i toto je legitimní a doporučený způsob, jak pomáhat klientům se schizofrenií) z toho důvodu, že problém je podle našeho názoru mnohem hlubší a psyché schizofrenika mnohem křehčí, než aby bylo možné zvládnout jeho potíže pouhou postupnou expozicí a nacvičováním situací. Navíc dle našeho názoru KBT téměř snižuje člověka na úroveň cvičeného zvířete z psychologických experimentů v minulosti, které se „problematické“ chování v ideálním případě zvládne „přeučit“, aniž by se alespoň nenápadně, neohrožujícím způsobem a přiměřeně do hloubky zkoumalo jádro toho, co se děje a proč, že má klient právě tyto potíže. Zdá se nám, že tento způsob zacházení s klientem je příliš šablonovitý a pohybující se téměř výhradně jen po povrchu – zdá se nám, že je to až příliš (ačkoli právě toto by mohlo být i pozitivem, jakousi zárukou, že terapie nepůjde do potenciálně rizikových míst v hloubce klienta s psychózou).

Je to však pouze náš osobní názor. Naproti tomu je samozřejmě možné, že klient, u kterého je schizofrenie již více stabilizována, může mít z KBT prospěch, protože se bude učit pomalu vystavovat situacím, v kterých se cítí nejistý či pociťuje sociální fobii a bude se učit mechanismy, jak tuto zátěž zvládat či jak na sociální podněty adekvátně reagovat. Též může být přínosná strukturace situací a direktivnější přístup. Přesto se domníváme, že by KBT pro klienty se schizofrenií neměla být psychoterapie první volby (právě z důvodu emočních bolestí a traumat, která patrně vedla k disociaci od našeho světa), ač odborné publikace doporučují KBT i při schizofrenii, nebo dokonce právě při schizofrenii (Praško, 2007; Banovská Motlová & Španiel 2017).

Přes naše výhrady shledáváme jako velmi zajímavou KBT přímo se specializující na akutně probíhající symptomy schizofrenie včetně poruch myšlení (bludů) a vnímání (halucinací), které odolávají farmakologické léčbě s cílem odeznění či zlepšení této symptomatologie, což je částečně výzkumně podloženo (Pěč, 2009). Zde se nejprve mapují okolnosti a frekvence výskytu halucinací a bludů, dále se zkoumá jejich náplň a odezva u klienta v rovině jednání i pocitů. U poruch myšlení (bludy) se psychoterapeut snaží v první řadě narušit validitu méně podstatných komponent bludu, nabízí další možné výklady, snaží se transformovat vnitřní myšlenkové mapy navázané na toto nevyvratné přesvědčení a také hovoří s klientem o tom, jaký pro něj má daný blud smysl v rovině citů. U poruch vnímání (akustické halucinace) může psychoterapeut nabídnout dvě řešení: věnovat se zcela jejímu obsahu a snaze objevit zde význam (podobně i Syřišťová, 1974, jak uvidíme dále), nebo je možné zcela jednoduše odklonit pozornost klienta jiným směrem, např. k poslechu hudby, k četbě, dialogu (Pěč, 2009).

Domníváme se, že u každého klienta je volba psychoterapeutického směru a využití psychoterapeutických technik vždy na opatrném zvážení vzhledem k jeho individualitě, celkové anamnéze a současnému klinickému obrazu klientových potíží. Jak je známo, v psychoterapii působí hojivě především vztah s terapeutem, zvolený psychoterapeutický směr výcviku a techniky jsou překvapivě sekundární. V tomto směru se ukazují jako důležité i osobní sympatie mezi klientem a jeho terapeutem, které by rozhodně neměly hrát sekundární roli – terapeut by měl mít možnost vybírat si své klienty, protože jim v případě profesní náklonnosti dokáže být prospěšnější (Syřišťová, 1974).

Pokud snad právě nabýváme dojmu, že klientova situace není aktuálně řešitelná, můžeme vyzkoušet techniku „diváckého postoje“ (Syřišťová, 1974, 145), která se zakládá na respektu k reaktivitě klienta se schizofrenií: je pro něj mnohdy schůdnější umělecká cesta než řešení komplikací v realitě. V této technice dochází k přerámování náročné

situace (včetně halucinací a bludů) vykonstruováním odstupu od ní – jako by se jednalo o zajímavý vědecký experiment či divadelní představení, a nikoli o život klienta. Podmínkou je zde absence depersonalizace v klinických symptomech nemoci (rozhodně se nesmí jednat o dominantní příznak), dále také dostatečná intelektuální kapacita včetně dovednosti analýzy (Syřišťová, 1974).

Naše práce s klientem (konzultace či psychoterapie) by měla v konečném důsledku vést ke zplnomocnění a také k posílení klienta (Baštecká, 2003), nikoli ke vzniku trvalé nadměrné závislosti na pomáhajícím pracovníku. Ke zplnomocnění klienta dochází „spíše podporou; nároky, které na něj autonomie klade, jsou vyrovnávány péčí“ (Baštecká, 2003, 332). Vždy však je zapotřebí jednat ve prospěch klienta, nikoli ve jméno profesního či osobního „ega“ pracovníka... Zde může být velkou pomocí pravidelné reflektování vlastní práce s klienty, ať již formou sebereflexe, intervize s kolegy či supervize, avšak vždy za dodržení podmínky, že z toho, co řekneme, klienta nelze identifikovat a že ani naši kolegové nebudou náš příběh šířit dál. Klienta neidentifikuje pouze jméno, byli jsme byli svědky toho, jak se dokonce i na akademické půdě mluví o klientovi z jisté školy v jistém městě a v jistém ročníku studia, tedy není žádný problém dotyčného identifikovat. Musíme také počítat s tím, že naši kolegové mohou daného klienta znát, nebo ho mohou teprve při našich upřesňujících podrobnostech při supervizní či intervizní práci rozpoznat, a to je něco, čemu bychom se měli vyhnout...

Klient by si měl být vždy jistý, že udělal dobře, když nás vyhledal, že podobně jako výjimečná novinářka Sabina Slonková absolutně chráníme své „zdroje“, tedy to, co nám s důvěrou sdělili...a co také máme – kromě případů striktně vymezených zákonem – uchovat v naprosté mlčenlivosti. Domníváme se, že i skutečnosti dané zákonem bychom měli spolu s klientem ošetřit např. v tom smyslu, že teď musíme někam zavolat, nechceme říct nic, co by ho mohlo poškodit, řekneme jen toto a toto, co ze zákona musíme, zda je to pro něj v pořádku... Zní to naivně, to uznáváme, nicméně nemyslíme si, že by psycholog či psychoterapeut mohl něco s klientem v jeho životním příběhu vybojovat, pokud ho „podrazí“ za zády, pokud zneužije jeho důvěru jakýmkoli způsobem... Klient už mu ji podruhé nevěnuje nebo si to bude hodně rozmyslet, a v konečném důsledku může kvůli jednomu selhávajícímu či dokonce špatnému psychologovi zavřít na všechny ostatní, což může vést i k tomu, že se bude raději sám trápit, než by ještě někdy vyhledal odbornou pomoc, a to by podle našeho názoru byla velká škoda.

Důležitým předpokladem profesionálně zvládnuté kvalitní péče o druhé je také prevence vlastního vyhoření – tedy dobrá psychohygienu a péče pomáhajícího pracovníka

v první řadě o sebe, aby se následně mohl efektivně věnovat svým klientům. Psycholog musí mít sám své vlastní zdroje, z kterých čerpá radost, sílu, energii (vztahy, zájmy, životní postoj, spiritualita), aby tzv. „nejel z rezervy“ nebo ještě hůře sám sobě „na dluh“.

V této kapitole jsme se alespoň ve zkrácené podobě – nejsme prozatím psychoterapeuti – zaměřili na způsoby, jak nejlépe terapeuticky pečovat o klienty se schizofrenií, co jim pomáhá a co nikoli včetně důležitého společenského procesu destigmatizace, ke kterému mohou psychologové nemálo dopomoci svým vlastním jednáním i osvětou veřejnosti.

Nyní přecházíme k těžišti naší práce, což je drobná sonda pod pokličku práce klinických psychologů s danou klientelou. Nezbytným doplněním nám na této cestě bude související problematika stigmatizace klientů se schizofrenií, které jsme se již v průběhu psaní teoretické části opakovaně dotkli – budeme zkoumat znalosti, zkušenosti a postoje vybraného vzorku společnosti ve vztahu ke schizofrenii a ke klientům se schizofrenií.

VÝZKUMNÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

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

Cílem celé naší práce je nastínit psychologickou péči o klienty se schizofrenií včetně možností terapie, a to především psychologickými a psychoterapeutickými prostředky. Naším cílem je též podpořit destigmatizaci klientů se schizofrenií ve společnosti i mezi profesionály. K tomuto záměru jsme směřovali všechny předchozí stránky naší práce. Nyní se dostáváme k jejímu jádru, kterým je zcela konkrétní zmapování práce klinických psychologů s danou klientelou, budeme se zabývat jejich zkušenostmi s tím, co je klientům prospěšné a co nikoli.

Právě na včasném rozpoznání nemoci, její včasné medikaci a celkové komplexní psychosociální terapii velice záleží další prognóza a průběh nemoci. I proto se domníváme, že je úkolem psychologů a psychoterapeutů přispívat ke zdravému chápání péče o psychické zdraví, k prevenci a včasnému zachytu potíží a též by měli zabránit stigmatizaci nemocných. Zdá se nám to jako začarovaný kruh: člověk, který velmi dobře vnímá předsudky ve společnosti i v jeho nejbližším sociálním okolí (rodina, práce, přátelé, známí...) přece nepůjde dobrovolně a včas k psychologovi, natož k psychiatrovi. Nenechá si nalepit oficiální nálepkou. Nebude to vnímat jako pomocnou kategorii z diagnostického manuálu, ale jako vyřčení nezvratného rozsudku, jako potvrzení vlastní „divnosti“ a „špatnosti“, jako něco, co je potřeba tajit. Návštěva odborníka je pak logicky něčím, čemu je zapotřebí se vyhýbat, dokud to jde. Tím se však oddaluje včasné diagnostikování nemoci i její adekvátní terapie – to však klienta sekundárně poškozuje (v případě schizofrenie citelně v prognóze a vývoji onemocnění) a začarovaný kruh se uzavírá. Podobné to může být, pokud klienta od další léčby (ve smyslu medikace i psychoterapie) odradí špatná zkušenost s profesionály poskytujícími péči – např. necitlivý přístup, nezáměr klientovi skutečně pomoci, stigmatizující předsudky, syndrom vyhoření, špatná zkušenost a bezmoc prožitá v nedobrovolné hospitalizaci či jinak zraňující chování profesionálů. Právě tomu bychom chtěli zabránit či na to alespoň poukázat. Jistě to je téma ne nové, ale opakovaně

diskutované, zdá se však, že to na reálním zlepšení péče o tyto klienty v horizontu desetiletí příliš věci nemění. Nechceme však paušalizovat, vždy záleží na individuálním přístupu pracovníka i na celkovém pracovním klimatu v daném zařízení.

Jedná se nám tedy o získání cenných informací o práci klinických psychologů s klienty se schizofrenií a o jejich zkušenosti s nimi. Zcela konkrétně vyjádřeno chceme prozkoumat: Jak můžeme nejlépe psychologicky a psychoterapeuticky pomáhat klientům se schizofrenií? Co se osvědčuje? V následující kapitole se budeme věnovat definování typu našeho výzkumu a použité metodě.

5 TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY

V České republice jsme v roce 2019 zaznamenali celkem 31 932 klientů se schizofrenií (ÚZIS, 2021). Dle největší české zdravotní pojišťovny VZP bylo v letech 2017 až 2019 nejvíce peněz vydáno na léčbu schizofrenie. Pojišťovna také uvádí počet výhradně svých klientů se schizofrenií za rok 2019 celkem 35 993 (VZP, 2020), což je o více než 4 000 vyšší číslo, než je dle ÚZIS celorepublikový počet nemocných se schizofrenií v daném roce. Organizace Green Doors, která se zabývá podporou života i pracovního uplatnění klientů s duševním onemocněním včetně schizofrenie, uvádí 1–1,5 % klientů se schizofrenií v populaci (Green Doors, 2021). To koresponduje s obecně přijímanou informací, že počet klientů se schizofrenií se ve společnosti pohybuje přibližně kolem 1 %.

V naší práci jsme zvolili jako typ výzkumu deskriptivní studii zaměřenou na zkušenosti klinických psychologů s poskytováním péče klientům se schizofrenií v několika důležitých oblastech, a to zejména dotýkající se optimální a kontraproduktivní péče o klienty se schizofrenií, jejich případných speciálních potřeb, dále způsobu navázání důvěry s klientem trpícím paranoidní a simplexní formou schizofrenie, možností pomoci klientům bez sociálního zázemí, prevence relapsu, vytváření efektivních copingových strategií u klienta či způsobu zvládnání případných agresivních či autoagresivních projevů klienta.

Pro výzkum byla vybrána metoda dotazníkového šetření na online platformě s využitím dotazníku vlastní konstrukce, který vycházel z oblasti našeho zájmu o dané téma schizofrenie a klientů se schizofrenií. V případě dotazníku určenému pro klinické psychology a psychology ve zdravotnictví v předatestační přípravě jsme naše dotazy zaměřili ke zjišťování jejich zkušenosti s klienty se schizofrenií – bylo použito celkem 15 položek otevřeného formátu. Zajímali jsme se také o základní sociodemografické údaje o probandech (typ výcviku, zda se jedná o klinické psychology či psychology ve zdravotnictví v předatestační přípravě, délka praxe s klienty se schizofrenií). Přesné znění dotazníku naleznete v příloze č. 3.

Pilotní studie nebyla provedena, nechtěli jsme – zvláště v dnešní době pandemie – obtěžovat potenciální respondenty s vyplňováním dotazníku dvakrát. Reverzní položky

nebyly zavedeny, neboť se jedná o otevřené položky a dále náš dotazník nedosahuje takového rozsahu, aby zavedení reverzních položek mělo smysl. Navíc jsme také spoléhali na profesionalitu a pravdivost psychologů, s kterou budou dotazníky vyplňovat.

Naším cílem bylo vytěžit od respondentů maximum zajímavých odpovědí na jednotlivé položky dotazníku a též maximum jejich zkušeností. Chtěli jsme tedy získat co nejvíce informací, které by nám nezodpověděly uzavřené otázky v dotazníku spolu s úzce vymezenými předem danými odpověďmi, proto jsme záměrně zvolili otevřené otázky. S tím souvisí formulace našich výše uvedených charakteristik ke zkoumání i cílů (spíše než hypotéz), kterých chceme ve svém výzkumu dosáhnout, což v případě výzkumu u klinických psychologů pokládáme za analogii k ověřování hypotéz, a nebudeme je proto stanovovat samostatně. Naším cílem je tedy získat od klinických psychologů cenná data, jejich profesní zkušenosti.

Psychodiagnostické testy nebyly použity. V následující kapitole se zaměříme na postup při shromažďování dat a také si přiblížíme oba výzkumné soubory.

6 SBĚR DAT A VÝZKUMNÝ SOUBOR

V období od 3. března do 21. března 2021 jsme realizovali dotazníkové šetření prostřednictvím online platformy Google Form u klinických psychologů a psychologů ve zdravotnictví v předatestační přípravě.

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

Inspirací pro vybrání právě těchto zdravotnických zařízení nám byla především zdravotnická statistika z roku 2018 (ÚZIS, 2019), částečně i její pokračování, které tvoří databáze Národní psychiatrický portál (ÚZIS, 2021) a dále též internetový vyhledávač. Z výše uvedeného klíčového seznamu (ÚZIS, 2019) jsme do výzkumu zařadili až na tři výjimky pouze lůžková zařízení, která pečují o dospělé klienty se schizofrenií (18-99 let) a zároveň nejsou primárně určena pro „děti a dorost“ či pro „závislosti na návykových látkách“. Je nám známo, že se u schizofrenie objevují též duální diagnózy v kombinaci s požíváním omamných a psychotropních látek, v tuto chvíli jsme se však zajímali pouze o příslušná oddělení psychiatrických nemocnic a dále o psychiatrická oddělení městských i fakultních nemocnic, nikoli tedy o zařízení primárně určená pro detox či léčbu závislosti, ačkoli se nepochybně týkají i některých klientů se schizofrenií. Chceme totiž získat především informace o schizofrenii v její „krystalické“ podobě, neovlivněné duální diagnózou. Dále jsme z výše uvedeného seznamu vyřadili předem také jedno zdravotnické zařízení, které svou cílovou skupinou i definováním služby spadá spíše do gesce zákona o sociálních službách, tzv. Domov se zvláštním režimem určený klientům s demencí (jednalo se o zařízení Topas Škvorec, výjimečné spojením zdravotních a sociálních služeb pro seniory s demencí).

Kontakty na klinické psychology jsme následně vyhledávali na webových stránkách zdravotnických zařízení. Pokud jsme na webu nenalezli emailové adresy na jednotlivé psychology, oslovovali jsme jejich nadřízené (vedoucí psychology a psychiatry, v jednom případě jsme byli v kontaktu též s vedením nemocnice) s prosbou o přeposlání našeho emailu a vyplnění dotazníku, popř. jsme naši prosbu zaslali na uvedený kontaktní email do sekretariátu. Celkem jsme oslovili 36 zařízení, jejich seznam naleznete v příloze č. 4. Dopustili jsme se však tří výjimek nad rámec oslovování psychologů, jak jsme již zmínili na začátku předchozího odstavce: když jsme oslovovali psychology v PN Bohnice, napsali jsme při té příležitosti také na oddělení duálních diagnóz. Druhá výjimka byla FN Bohunice, kde jsme mezi oslovené psychology zařadili též psycholožku, které se věnuje dětské a dorostové psychiatrii, a to z toho důvodu, že je ze stejného zařízení a může nám případně popsat klienta mezi 18-19 lety. Třetí výjimka spočívala v tom, že jsme jako poslední zařízení oslovili ještě klinickou ambulanci v nemocnici v Karlových Varech, přestože zde není lůžkové oddělení psychiatrie – chtěli jsme pokrýt také tento kout České republiky. Celkem jsme tedy získali 14 validně vyplněných dotazníků – z výzkumu jsme nemuseli nikoho vyřadit. Základní charakteristiky souboru naleznete níže v tabulce č. 3. Objevili jsme zde však veliké výkyvy a rozdíly, které způsobuje zejména praxe jediné ve výzkumu přítomné klinické psycholožky s atestací, jejíž délka praxe s danou klientelou trvá již 25 let.

Pohlaví	Počet	Doba péče – průměr (v letech)	Minimum	Maximum	Směr. odchylka
Muži	2	1,5	1	2	0,71
Ženy	12	6,96	1	25	6,38
Celý soubor	14	6,18	1	25	6,2

Tabulka č. 3 – Deskriptivní charakteristiky souboru klinických psychologů dle pohlaví a průměrného počtu let věnovaných péči o klienty se schizofrenií

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

6.1 Etické hledisko a ochrana soukromí

Participantů byli předem informováni o tom, že mohou během vyplňování dotazníku kdykoli z výzkumu bez uvedení důvodu odstoupit (tuto možnost však nikdo z nich nevyužil). Dále jim byla poskytnuta záruka, že výsledky jsou anonymní a budou v této anonymní podobě použity výhradně ve veřejně přístupné diplomové práci. Respondentům byl také nabídnut emailový kontakt na nás v případě, že by měli jakékoli nejasnosti. Participantů následně svým souhlasem ve speciální kolonce dotazníku potvrdili, že se z jejich strany jedná o dobrovolnou účast ve výzkumu, souhlasí se zpracováním jimi poskytnutých informací v anonymní podobě ve veřejně přístupné práci a dále také potvrdili, že jsou si vědomi toho, že mohou kdykoli odstoupit z výzkumu během vyplňování dotazníku. Pozdější možnost vyřazení dat z výzkumu participantům nebyla nabídnuta, protože u každého našeho výzkumu existuje jeden univerzální odkaz na online platformu bez využití identifikačního kódu, a tedy se jedná o skutečně anonymní prostředí, ačkoli využíváme platformu Google Form.

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

V této kapitole jsme si představili proces sběru dat i výzkumný soubor, věnovali jsme se také etickému hledisku výzkumu. Nyní přecházíme k samotnému procesu vyhodnocování shromážděných dat.

7 PRÁCE S DATY A JEJÍ VÝSLEDKY

Jak jsme již zmiňovali, nechtěli jsme ztratit cenná data, proto jsme v dotaznících vlastní konstrukce použili výhradně otevřené otázky, z kterých můžeme vytěžit mnohem více informací. Získaná data jsme následně dle jejich významu převáděli na kvantitativní údaje, které lze vyhodnocovat statisticky. Za tímto účelem jsme používali program Statistica i ruční výpočty, neboť se jedná o vzorek čítající pouze 14 respondentů.

V případě vynechání položky během testových otázek jsme odpovědi nedoplňovali. Z charakteru výzkumu je patrné, že se jednalo o položky typu MNAR (Dostál, 2020), kde nemůžeme odpověď snadno doplnit či implikovat. V takovém případě jsme tedy položky nechali nevyplněné a použili jsme pro vyhodnocení dotazníku pouze ostatní odpovědi, které nám respondent vyplnil. Nicméně chybějící položky byly zcela okrajové – většina respondentů i při náročných otevřených otázkách vyplnila veškeré potřebné údaje. Ve výzkumu byly vynechány vždy 1-3 položky pouze u tří respondentů z celkového počtu čtrnácti, byla by proto škoda jejich odpovědi na všechny ostatní otázky nevyužít. Zároveň se však jedná o otázky takového charakteru (péče o klienty se schizofrenií ze zkušenosti psychologů), které nelze z naší strany efektivně nahradit.

Nyní se budeme věnovat vyhodnocení dat z výzkumu u vzorku populace klinických psychologů pracujících s klienty se schizofrenií.

7.1 Dotazník péče o klienty se schizofrenií – vyhodnocení

Jednalo se o dotazník administrovaný online formou klinickým psychologům z převážně lůžkových zařízení péče o dospělé klienty se schizofrenií v rámci ČR. Připomínáme, že se z 36 oslovených zařízení zúčastnilo celkem 14 respondentů – z toho 2 muži a 12 žen. Zajímavý byl také poměr klinických psychologů a psychologů ve zdravotnictví v předatestační přípravě – bylo to přesně 1:13. Co se týká času stráveného s klienty se schizofrenií, jednalo se o zkušenosti pohybující se od jednoho roku do čtvrt

století. Jak již bylo uvedeno u tabulky č. 3, průměrný údaj se nám díky této odlehle hodnotě (25 let praxe) vychýlil. Pokud bychom ji nezapočítávali, získali bychom u zbylých kolegů průměrný počet roků zkušeností s dospělými klienty se schizofrenií zcela odlišný, a to 4,73 – v tomto případě se jedná výhradně o psychology ve zdravotnictví v předatestační přípravě (muže i ženy společně), jak ukazuje tabulka č. 4.

Soubor	Počet	Průměr	Minimum	Maximum	Směr. odchylka
PvZ	13	4,73	1	11	3,14

Tabulka č. 4 – Deskriptivní charakteristiky souboru psychologů ve zdravotnictví (PvZ) – průměrná doba praxe s klienty se schizofrenií (v letech, po vyřazení outlierové hodnoty)

Mezi kolegy, kteří vyplnili náš dotazník, se objevily celkem čtyři psychoterapeutické výcvikové směry. Jednalo se o Gestalt, Rogerse (psychoterapie zaměřená na klienta, PCA), integrativní směry psychoterapie a o KBT. Nejčastějším typem výcviku je KBT (5 respondentů), v těsném závěsu Gestalt (4 respondenti), integrativní psychoterapie (3 respondenti) a rogeriánská psychoterapie (2 respondenti). Polovina respondentů je aktuálně frekventanty psychoterapeutického výcviku – 3 kolegové v KBT, 2 psychologové v Gestaltu a po jednom v PCA a v integrativní psychoterapii.

Za poslední rok se kolegové setkávali se širokou paletou typů schizofrenie, prakticky se všemi – dominovala však nepřekvapivě nejčastější forma, a to paranoidní schizofrenie. Zajímavým doplněním byla diagnóza akutní polymorfní psychotická porucha se symptomy schizofrenie, s kterou se setkal jeden z kolegů. Nárůst onemocnění schizofrenie (první ataka či relaps) v souvislosti s pandemií však pozorovali pouze 2 psychologové z dvanácti, 8 psychologů větší mírou onemocnění nepozorovalo a 4 kolegové uvedli, že situaci nedokážou posoudit. Objevily se též zajímavé informace o nárůstu toxických psychóz pod vlivem užívání návykových látek i o akutních psychotických atakách neschizofrenního původu. Jeden z kolegů také uvedl, že díky moderní šetrné léčbě psychofarmaky nepozoruje nárůst schizofrenie.

Mezi speciální potřeby klientů se schizofrenií respondenti zařadili tyto následující: potřeba bezpečí, přijetí a důvěry, klid, udržení bazálních potřeb (zejména cigarety, káva), dobře strukturované prostředí (denní režim, více strukturovat v kontaktu s klientem), psychoedukace kvůli snížené komplianci, potřeba aktivizace z důvodu negativní symptomatologie, výrazná potřeba následné péče v závislosti na postpsychotické deterioraci – zajištění návazných služeb a připravení zázemí před propuštěním klienta

(např. centra duševního zdraví a další organizace), nácvik sociálních dovedností, kognitivní rehabilitace, potřeba socializace a hledání způsobů znovu začlenění do běžného života (chráněné bydlení, dílny), potřeba opory v rodinném prostředí, sociálně pracovní potřeby (např. omezení při zaměstnávání – klient nesmí pracovat na nočních směnách), edukace a podpora rodiny klienta, větší potřeba budování důvěry, podpora při vyřizování invalidního důchodu, získání náhledu na nemoc a kotvení v realitě. Zdá se, že v tomto zhuštěném seznamu potřeb je obsaženo vše či téměř vše důležité.

Na dokreslení tématu speciálních potřeb klientů se schizofrenií uvádíme ještě k zamyšlení tři doplňující vyjádření našich respondentů: „*Záleží na fázi onemocnění, v akutní fázi (klienti) potřebují jiné věci než v remisi, kdy někteří fungují zcela samostatně, je to velice individuální.*“, „*Každý člověk má speciální (individuální) potřeby.*“ či „*Speciální potřeby snad ani ne, spíš speciální přístup ke svým potřebám.*“

Našich probandů jsme se dále dotazovali, jakým způsobem se jim daří vybudovat důvěru u klientů s paranoidní schizofrenií a jakým způsobem se přiblížit ke klientům trpícím simplexní formou schizofrenie. Odpovědi byly opět velice zajímavé, jak si detailně zhodnotíme v následujících dvou odstavcích.

U paranoidní formy schizofrenie se shodlo celkem 13 respondentů, že pro ně komunikace s těmito klienty včetně vybudování důvěry zpravidla nepředstavuje žádné potíže. Z tohoto celkového počtu jeden respondent ve vysvětlujícím komentáři k danému tématu připustil, že se mu komunikace daří v závislosti na osobě klienta (s někým lépe, s někým hůře), další respondent uvedl, že je to trochu těžší než s lidmi, kteří netrpí paranoidní schizofrenií, jiný respondent nám sdělil, že se jedná o velmi individuální proces, ve kterém záleží např. na tom, vůči komu je paranoia nasměrována a poslední respondent se domnívá, že se mu tato spolupráce daří „*bez potíží, jako s ostatními pacienty*“. Jeden ze čtrnácti respondentů tuto položku z neznámého důvodu, který nemůžeme zpětně zjistit, zcela vynechal. Mezi obecná doporučení pro komunikaci s klienty s paranoidní formou schizofrenie a k navázání jejich důvěry vyplynula z výzkumu důležitost srozumitelné komunikace včetně zpomaleného tempa, dále se jako klíčový jeví též přístup, který přijímá klientovy příznaky a prožitky („*akceptující postoj*“) a také dialog, kde se snažíme o porozumění současné situaci klienta a zároveň nevyvracíme jeho přesvědčení (zvláště ne ze začátku spolupráce). Jako nosný se ukazuje „*autentický zájem a odhodlání pomoci*“ i „*postupná edukace o onemocnění*“, např. formou opatrného a srozumitelného vysvětlení klientova zdravotního stavu na modelovém příkladu a dosažení jeho náhledu na situaci postupně. Součástí lidského přístupu ke klientovi je např.

projevovat zájem o něj a empaticky reagovat na to, co klient prožívá. Jeden z respondentů k tomuto tématu ještě dodal: „*Projevit zájem o pacienta, nikoliv o nemoc*“, na což je podle našeho názoru důležité nezapomínat, že klient stojí nad nemocí, nikoli nemoc nad ním. Pro navázání a udržení dobrého kontaktu s klientem se zdá být kromě srozumitelnosti důležitá také otevřenost vůči klientovi, „*kontejnování dysforie a zpracování obav*“, „*říkat věci narovinu, nenechávat prostor pro domýšlení, jasně odpovídat na otázky a pochybnosti*“ a též „*postupovat klidně, klienta nikam netlačit*“. Jedna respondentka uvedla jako výhodu, že se s klienty setkává na akutním oddělení v rámci volnočasových aktivit, kde spolu vytvoří určitý typ vztahu, v kterém lze pokračovat v následné ambulanci péči v denním stacionáři, kde již tuto psycholožku znají a vídají se s ní nejčastěji.

U simplexní formy schizofrenie tři respondenti z celkového počtu čtrnácti uvedli, že neví, jakým způsobem se přiblížit k takovému klientovi či s tím nemají zkušenosti, jeden respondent vynechal odpověď a jeden se domnívá, že je simplexní schizofrenie natolik specifická, že se k těmto klientům příliš přiblížit nedá. Od devíti zbývajících respondentů jsme získali zajímavé tipy, jak s takovým klientem pracovat – např. že kontakt lze navázat prostřednictvím neverbálních technik, dále jednoduchým a srozumitelným projevem, navázáním na klientovy zájmy. Akcentován zde byl opatrný pozvolný trpělivý přístup, aby se klient necítil ohrožený. Kromě trpělivosti je zapotřebí také empatie, akceptace a ocenění klienta (i za malé zlepšení či snahu), pomalé tempo bez tlaku, schopnost naslouchat mu a nabízet oporu. Jeden z respondentů se domnívá, že lze kontaktovat klienta stejným způsobem jako u paranoidní formy schizofrenie, je zde však zapotřebí více trpělivosti a také jasnější komunikace, na což navazuje další respondent se svou zkušeností, že s klienty se simplexní formou lze podle něj navázat kontakt jako s klienty s jinými formami schizofrenie. Mezi další doporučení patří důraz na individualitu klienta spolu se zmapováním jeho potřeb i cílů léčby, mezi kterými hledáme vhodný styčný bod či to, že by terapeut neměl mít velké nároky.

Nyní přecházíme k obsáhlému tématu optimální péče o klienty, tedy v čem tato péče dle oslovených psychologů spočívá, co se jim osvědčilo v psychoterapii schizofrenie i v prevenci relapsu, jakým způsobem můžeme klientovi pomoci ve vytváření efektivních copingových strategií a také co je v péči o klienty se schizofrenií kontraproduktivní. Dotýkáme se zde samotného jádra naší bakalářské práce.

Na položku ohledně nejlepší možné péče o klienty odpovědělo celkem třináct respondentů, jeden respondent položku zcela vynechal. Zde bychom mohli konstatovat, že došlo k naprosté shodě mezi respondenty, lišila se pouze míra akcentu na určité aspekty

péče o klienty a též se lišila míra rozepsání se o daném tématu. Ve všech případech však bylo v základě jejich odpovědi obsaženo totéž – jedná se o zastřešující pojem komplexní multidisciplinární péče. Tento komplexní přístup a spolupráce zahrnují např. farmakoterapii a psychoterapii, systém návazných zdravotních a sociálních služeb (centra duševního zdraví – CDZ, stacionáře atd.) i respekt. Nyní výše uvedené stručné informace zcela konkrétně rozvedeme. Naši respondenti jsou přesvědčení, že optimální péče o klienty se schizofrenií spočívá v *„kvalitním terapeutickém vztahu, dobré adherenci k léčbě, komunitní podpoře“*, dále v *„nastavení kvalitní farmaceutické léčby“* včetně depotního zajištění a spolupráce s psychiatrickou ambulancí. Jako optimální péče o klienty je též vnímána sociální rehabilitace a resocializace (včetně *„socializace s lidmi, kteří mají obdobné problémy“* a včetně chráněného bydlení a práce, pokud je klient potřebuje), psychoedukace klienta i jeho rodiny nebo mít možnost požádat o pomoc sociálního pracovníka v případě řešení sociálně právních otázek ohledně sociální zabezpečení. Velice přínosným shledáváme apel jednoho z respondentů na správnou diagnostiku nemoci – upozorňuje, že *„ne každý psychotický stav je schizofrenie“* i kladení důrazu zase jiného respondenta na *„hodně respektu“*, který se projevuje také tím, že ke klientům přistupujeme *„jako k lidem, ne jako k diagnóze“*, dále hledáme klientovy vlastní zdroje podpory, budujeme s ním vztah důvěry, edukujeme ohledně varovných příznaků relapsu a jeho prevence. Závěrem můžeme ještě zmínit, že se jedná o potřebu dlouhodobé péče o klienta a silnou míru jeho podpory včetně posilování kontaktu s realitou, což se neobejde bez komplexní týmové péče o klienta. Součástí této péče může být dle jednoho respondenta též podpůrná psychoterapie, projeví-li o ni klient zájem a je-li jeho zdravotní stav kompenzovaný.

Dalším bodem, který nás u respondentů zajímal, bylo to, co se jim osvědčilo v psychoterapii schizofrenie. Dva respondenti uvedli, že psychoterapii neposkytují, nemají tedy v tomto směru s klienty zkušenosti, jeden respondent odkazoval na informace, které napsal v předchozích položkách (*„viz výše“*) a jeden respondent položku zcela vynechal. Odpovědi zbývajících deseti respondentů se lišily dle jejich profesních zkušeností a psychoterapeutického zaměření. Nechtěli bychom zde zkušenosti, které zazněly v dotaznících, příliš kategorizovat, abychom nepřišli o cenné informace, proto je necháváme zaznít v téměř původní neupravené podobě. Psychologové, kteří klientům se schizofrenií poskytují psychoterapeutickou péči, jako prospěšné v terapii uváděli např. *„vytvoření bezpečného prostředí, práce s ranými traumaty, pokud je na to pacient dostatečně stabilní“*, dále se objevilo konstatování o využívání na klienta zaměřeného

přístupu (PCA), který je respondentce velmi užitečný právě v práci s klienty se schizofrenií, neboť – jak poznamenává – u psychického onemocnění „*je nutná kvalitní empatie a přijetí*“. Z celkového počtu deseti respondentů, kteří nám validně zodpověděli tuto položku, se šestkrát objevily výpovědi vztahující se ke kognitivním procesům klienta: dva respondenti uvedli jako prospěšný metakognitivní trénink, jeden respondent zmínil pouze kognitivní trénink a jeden respondent psal o „*práci s myšlenkami*“ bez bližšího upřesnění. Výslovně také jednou zazněla důležitost „*postupné práce s halucinatorní či bludnou symptomatikou*“ a též jedenkrát se objevila technika „*periferního dotazování k narušení bludu*“. Dále celkem pět respondentů z deseti připomnělo ve svých výpovědích postupnou edukaci klienta o jeho onemocnění, např. v souvislosti s prevencí relapsu. Čtyři z deseti respondentů také pojmenovávají jako důležitý rozhovor s klientem formou naslouchání, poskytování podpory či podpůrné psychoterapie. Součástí tohoto rozhovoru by měly být – kromě vytvoření vztahu s klientem – také kvality typu „*srozumitelnost, nezlehčování*“ či „*trpělivost, důslednost*“. Dva z deseti respondentů vnímali jako důležitý nácvik sociálních dovedností a jednou se také objevila významnost „*pohybové rehabilitace*“. Jako ojedinělé, ale přesto velmi zajímavé náměty můžeme zmínit zapojení „*pozitivní aserce, krátkodobé plánování, zaměření na zdravé stránky eventuálně talent (malování, psaní, hudba atd.)*“, začlenění peer konzultantů z řad klientů, jejichž zdravotní stav je stabilizovanější a kteří zároveň dokážou ostatním přiblížit vlastní empirii se schizofrenií. Jednomu respondentovi se také osvědčila „*KBT struktura práce zaměřená na řešení problémů*“.

Položku věnovanou prevenci relapsu vyplnil plný počet respondentů, každý z nich formuloval za sebe více doporučení. Mezi nejčastěji zmiňované pojmy patřila spolupráce s odborníky a edukace klienta (každé z těchto dvou témat se objevilo shodně v devíti odpovědích z celkového počtu čtrnácti respondentů), těsně za tím následovalo užívání medikace, které bylo zaznamenáno celkem v sedmi případech (z toho 2x byla výslovně zmíněna možnost depotních injekcí). Nyní si tyto – dle frekvence výskytu ve výzkumu – klíčové pojmy prevence relapsu probereme detailněji, a to s výjimkou medikace, u níž nebyly uvedeny žádné další doplňující komentáře.

Respondenti poukazovali celkem v devíti dotaznících na nutnost kontinuální spolupráce s odborníky – výslovně se zde celkem 4x objevilo zjišťování i pozorování prodromálních symptomů a jejich znalost v obecné rovině i v klientově zcela konkrétní rovině jeho vlastních prodromálních symptomů. Zde si tuto informaci vykládáme jako

zjišťování varovných příznaků onemocnění (obecného či specifického charakteru) ze strany odborníků, nikoli ze strany klienta, jak si zmíníme později.

V kontextu této spolupráce s pomáhajícími odborníky se 9x objevila důležitost navázání kvalitního profesního vztahu s pomáhajícím pracovníkem (psychoterapeutem či psychiatrem), ke kterému má klient důvěru – ta však byla výslovně připomenuta pouze v jednom případě z devíti. Objevovaly se zde výpovědi akcentující *"kvalitní terapeutický vztah"* či *"dobrý vztah s lékařem a terapeutem"* nebo např. stručná vyjádření typu *"dobrý ambulantní psychiatr"* či *"dobrá spolupráce s psychiatrem"*, *"pravidelné kontroly v psychiatrické ambulanci"*. Také můžeme zmínit úzce související schopnost *"vyvarovat se rizikových faktorů"* a také nutnost mít vytvořený plán pro případ krize (celkem 2x byl zmíněn *"krizový plán"*, jednou s dovětkem *„podle čeho si všimne, že to přichází a co tu chvíli dělat"*). Nalezli jsme také doporučení *"znát své limity, znát časné varovné příznaky a co s nimi dělat, režim"* (1x). Mezi další doporučení patřil *"kvalitně vytvořený náhled"* či *"náhled na nemoc a citlivost ke změnám v prožívání"* (celkem 2x) a také *"sledovat varovné příznaky"* (celkem 2x), což jsme z kontextu operacionalizovali jako odbornou kontrolu pomáhajícími pracovníky, jak jsme již zmiňovali v předchozím odstavci.

Do této spolupráce s odborníky patří kromě ambulantních psychiatrů též multidisciplinární týmy tzv. Center pro duševní zdraví (výslovně byla tato *"CDZ"* zmíněna ve dvou případech), která byla zřízena v důsledku psychiatrické reformy Ministerstva zdravotnictví a též další návazné sociální služby (jedenkrát výslovně *"kontakt se sociálními službami"*), což představuje např. chráněná pracoviště (nejrůznější dílny) nebo chráněné bydlení (Orel, 2020). Ze zdravotního pojištění je též možné hradit doléčování v rámci ambulantních či lůžkových denních stacionářích či psychoterapii (respondenti zde jedenkrát výslovně uvedli stacionář pro tyto klienty a 1x psychoterapii). Právě zmiňovanou část výzkumu bychom mohli shrnout zcela stručně pod pojem informovanost klienta nejen o nemoci samotné (edukace), ale též o návazných službách, což lze též popsat slovy respondenta z výzkumu *"vědět, kam se obrátit"*.

Naznačili jsme, že se téma edukace (či též psychoedukace) klienta objevilo celkem 9x. Nalezeno bylo ve smyslu edukace klienta o prevenci relapsu a varovných příznacích v prodromálním stádiu, dále též ve smyslu edukace nejen klienta, ale i jeho rodiny. S tématem edukace úzce souvisí také schopnost psychologa či psychoterapeuta vést klienta k náhledu na jeho nemoc, doslova *"pěstovat náhled na chorobu a citlivost ke změnám v prožívání"* a tedy i senzitivitu k výskytu varovných příznaků.

Často frekventovaným slovem byla též podpora v mnoha významech (rodiny, okolí, odborníků). Tato problematika se objevila samostatně (tj. nad rámec již výše popsanych informací o nutnosti dobré spolupráce s odborníky a navázání kvalitního profesního vztahu mezi terapeutem a klientem) celkem 6x. Jednalo se o obecný popis "*podpůrného prostředí*" (2x), dále o podporu blízkých lidí slovy "*dobré vztahy a podpora rodiny*" či "*podpora okolí*" (2x). Také jsme se zde setkali s doporučením jednoho respondenta posilovat spolupráci klienta na jedné straně a o srozumitelný jednotný postoj podporujících odborníků na druhé straně, což shledáváme jako velmi cenné. Celkem 2x byla též zmíněna abstinence bez uvedení konkrétní návykové látky, můžeme se však důvodně domnívat, že se jedná o jakékoli užívání psychoaktivních látek (zejména drog včetně marihuany), neboť se mohou stát spouštěčem onemocnění či zhoršovat jeho průběh i prognózu.

Tuto část výzkumu ohledně možností, jakým způsobem zabránit novému vzplanutí onemocnění bychom chtěli uzavřít posledními doporučeními, která zazněla od našich respondentů. Ve dvou případech se objevila zmínka o dobrém začlenění klienta v životě i v komunitě (např. "*být dobře zapojen do základních životních rolí a do společnosti*") a dále zcela pochopitelné doporučení ohledně "*zdravého životního stylu*" klientů, který bude obsahovat "*klid, nezáěžové aktivity*" či "*snížení stresových situací*" (výslovně se k tomuto tématu vyjádřili dva respondenti). Též celkem 2x ve výzkumu zazněl též odkaz na pravidelný "*režim*" klienta, kdy bude mít "*každodenní činnosti*".

Našich respondentů jsme se také dotazovali, jakým způsobem můžeme pomoci klientovi ve vytvoření efektivních copingových strategií. V tomto případě položku zodpovědělo celkem 13 respondentů, jeden z nich však pouze odkazoval na svou odpověď ohledně prevence relapsu. Poslední čtrnáctý respondent odpověď na danou položku z neznámého důvodu zcela vynechal. Novou relevantní odpověď jsme tedy získali celkem od dvanácti respondentů. Výsledky částečně kopírují předchozí téma prevence relapsu, neboť právě schopnost zvládat stres patří k protektivním faktorům, které brání vzniku nové ataky nemoci. V odpovědích respondentů se objevila důležitost praktického postupného nácviku (celkem 7x), např. sociálních kompetencí (toto téma v dotazníku zohlednili dva respondenti), asertivity (1 respondent) či procvičování copingových strategií během péče navazující na hospitalizaci (1 respondent).

Respondenti vyjmenovávali též v různých obměnách psychoterapii, např. 1x „*skupinová psychoterapie*“, 1x „*dlouhodobá psychoterapie*“, 1x „*individuální psychoterapie*“, 2x „*psychoterapie*“ bez uvedení bližších podrobností, jako je zamýšlený

časový rozsah či forma. Individuálně byly nalezeny též další související pojmy jako je „*posilování*“ (1x), „*náhled*“ (1x).

Velice často se opakovalo doporučení edukace o onemocnění (celkem 7x), např. ve smyslu klienta „*edukovat o dalších strategiích, nacvičovat je*“. Dalším doporučením bylo hledat a podporovat vlastní zdroje klienta (celkem 3x). Zde se jednalo např. o „*hledání konkrétních zdrojů v jeho životě, co funguje, o co se dá opřít, co dříve fungovalo a dalo by se na to navázat...*“. Objevilo se také destigmatizační vyjádření, že to je „*jako s kýmkoliv jiným – probrat zdroje, jaké strategie využívá*“. Zachytili jsme též téma pravidelnosti a denního režimu (např. formou „*rehabilitace denních aktivit*“ či „*podporou v nastavení režimu*“), dále „*sociálního zajištění v rámci sociálních služeb*“ a „*zapojení rodiny*“. Vybíráme zde důležité informace z obsáhlejších výpovědí tří respondentů, které shledáváme jako velmi cenné. V první je zdůrazněno pojmenování reálného stavu věcí a zjišťování zakázky klienta, na které lze následně pracovat („*Nebát se pojmenovat problém, zjistit co daný člověk potřebuje a systematicky pracovat na jejich rozvoji*“). V další odpovědi se nad rámec již výše souhrnně zmíněných informací objevuje téma podpory a pomoci ze strany psychologa vůči jeho klientovi („*podpora v tom, co dělá a pomáhat mu, jít vzorem, dávat konkrétní příklady pro praktický život*“). V poslední výpovědi je kladen důraz na praktické hledisko, které úzce souvisí s již dříve zmíněnými nácviky specifických situací, které pro klienta představují určitou zátěž („*s pacientem se musí probírat důkladně jednotlivé konkrétní situace a jak to mohl lépe zvládnout a co by příště mohlo fungovat. Čím víc praktičtější a názornější tím lépe. Vysvětlovat jim něco všeobecně nemá smysl.*“).

Dotazovali jsme se též respondentů, co pokládají za kontraproduktivní při péči o klienty. Položku zodpovědělo relevantně celkem 12 respondentů, jeden respondent položku proškrtl a jeden respondent napsal pouze „*nevím*“. V odpovědích se projevila rozmanitost respondentů a jejich invence, neboť se shodná vyjádření opakovala pouze výjimečně (např. „*příliš direktivní přístup*“ se objevil 2x, tlak na klienta 3x, nedůvěra pracovníka v klienta celkem také 3x – z toho výslovně „*nedůvěra*“ 2x a 1x se jednalo o „*snižování kompetencí klienta*“, které domníváme se s nedůvěrou vůči klientovi velice úzce souvisí). Výsledky jsme přehledně shrnuli do tabulky č. 5, kterou naleznete na další straně.

Faktory na straně odborníků	Faktory na straně klienta a jeho rodiny
Nátlak (nucené ke spolupráci, k léčbě, k sebeotevření, vyvolávání strachu)	Zhoršená spolupráce s rodinou (např. hyperprotektivní přístup nebo psychiatrická heredita)
Nedůvěra vůči klientovi	Nedůvěra v odborníka
Snižování kompetencí klienta	Komplexní absence spolupráce s rodinou
Vysoká emoční expresivita	Odmítání medikace
Stigmatizace klienta	Bagatelizace nemoci
Příliš direktivní přístup	Chování ke klientovi jako k dítěti
Odmítání medikace	Bagatelizace užívání návykových látek
Přílišné nároky a očekávání	Přílišné nároky a očekávání
Bagatelizace nemoci	Vysoká emoční expresivita
Nedostatečné znalosti klinické psychologie	Stigmatizace
Stigmatizace	
Bagatelizace užívání návykových látek	
Chování ke klientovi jako k dítěti	
Příliš rychlé vstupování do blízkosti	
Přesvědčování klienta (např. o jeho psychické nemoci)	
Složitost komunikace a práce	
Farmakoterapie bez dalších složek péče	
Psychodynamické interpretace v psychoterapii („odkrývající terapie“)	
Špatné načasování zařazování intervencí	
Předčasná dimise klienta (riziko nedoléčení)	
Zanedbání edukace klienta o jeho nemoci	
Přílišné analyzování	
Rozvolňování kontaktu s realitou	
Omezená nabídka chráněného bydlení	

Tab. č. 5: Péče, která klientovi škodí (kontraproduktivní faktory)

V předchozích odstavcích jsme se zabývali nejlepší možnou péčí o klienta ve všech směrech, které naše respondenty napadly. Nyní přecházíme ke zbývajícím třem tématům našeho výzkumu u psychologů pečujících o klienty se schizofrenií, a to jsou klienti bez zázemí rodiny a přátel, práce s případnou agresivitou klientů a v neposlední řadě také dobrá péče psychologa o sebe sama jakožto prevence syndromu vyhoření.

Jsme si vědomi toho, že právě sociální ukotvení, podpora a zázemí pomáhají klientům boj s nemocí nevzdat a velkou měrou přispívají k uzdravení. Dotazovali jsme se proto respondentů, jakým způsobem je možné pomoci klientovi, který toto zázemí či oporu rodiny a přátel postrádá. Celkem danou položku zodpovědělo 12 respondentů, 2 ponechali položku nevyplněnou. Pro respondenty je klíčová návaznost na sociální a zdravotní služby (12 respondentů) následující po hospitalizaci klienta, které mohou splnit účel klientova externího podpůrného systému a do určité míry tak suplovat absenci přátelského a rodinného prostředí. Nezbytnou složkou péče o klienta bez zázemí je „*těž edukace k vytvoření náhledu*“ (zmíněna celkem 2x), „*medikace*“ (1x), „*psychoterapie*“ (2x, z toho jednou byla zmíněna konkrétně skupinová psychoterapie) i „*peer*“ pracovníci (1x).

Probandů jsme se též dotázali, zda se setkávají u klientů se schizofrenií s agresivním chováním, případně na frekvenci těchto projevů. Na tuto otázku odpovědělo všech 14 respondentů, z toho 10 se s nějakou formou agresivního chování převážně verbálního charakteru u klientů se schizofrenií setkalo, zbývající 4 respondenti se s agresí u klientů se schizofrenií vůbec nesetkali. Jde však o míru tohoto chování a o fázi schizofrenie (především úvodní ještě nezamedikovaná ataka), která se podílí na jejím vzniku. Dle sdělení některých respondentů ukazuje, že frekvence setkávání se s agresivním chováním klientů závisí také na typu služby, ve které respondent pracuje (např. na příjmovém oddělení k podobnému chování vlivem akutního psychotického stavu dochází častěji než jinde). Práce s případným agresivním jednáním během psychotické ataky či práce s agresí, kterou klient směřuje sám k sobě spočívá dle respondentů především ve farmakologickém působení a následném psychoterapeutickém prozkoumání momentů, které vedou k rozvoji schizofrenní ataky s cílem najít způsoby, kterými lze atace zabránit. Osvědčují se také techniky deescalace. Někdy je však nutné „v případě akutního stavu omezující prostředky“. Jeden respondent nám sdělil, že ve chvíli, kdy začnou působit psychofarmaka, agresivní tendence většinou vymizí. Pokud by se však jednalo o klienty rezistentní vůči antipsychotikům, pak by v případě přetrvávání agrese bylo toto jednání směřováno především autoagresivně, následně by bylo vhodné pracovat v psychoterapii s akustickými halucinacemi (hlasy, které klientovi nařizují sebepoškození) a podporovat klienta psychoterapeuticky. Další respondent nám sdělil svou zkušenost úzkostí u klientů, které řeší kombinací psychoterapie a medikace. Jiný respondent přidal svou zkušenost zapracování zcela výjimečně užití slovní agrese klienta v psychoterapii, kde se povedlo klienta přivést k náhledu na situaci (skutečná příčina hněvu), načež se terapeutovi omluvil. Tento respondent též doporučuje „*podporu v otevřené komunikaci na skupinové terapii*“.

Jeden z probandů nám také sdělil svůj postřeh z praxe – setkává se dle svých slov s agresí klientů „málokdy, pouze na začátku při vypuknutí ataky, kdy se cítí být ohroženi, načež mohou navázat potřebou ochránit se a tím být agresivnější vůči okolí“.

Nyní se dostáváme k poslední položce dotazníku a tou je prevence syndromu vyhoření na straně pomáhajícího pracovníka. Celkem 13 respondentů otázku zodpovědělo, jeden respondent neodpověděl (zde se domníváme, že se mohlo jednat i o příliš osobní otázku na péči o sebe sama). Z jejich rozmanitých a inspirativních výpovědí jsme sestavili tabulku č. 6, která přehledně zobrazuje jakési kotvy, které mají pro respondenty protektivní funkci a pomáhají jim předejít celkovému vyčerpání v syndromu vyhoření.

zájmy mimo práci – sport, hudba, venčení psa
kvalitní vztahy (partner, rodina, "přátelé z jiných oborů, i když mě psychologie a psychiatrie velmi baví")
zdravý životní styl (duševní hygiena, spánek, relaxace a dostatek odpočinku)
hranice mezi prací a volným časem ("zavřít za prací dveře, nezaobírat se jí ve volném čase")
Vzdělávání
rozmanitost práce, půlený úvazek, teambuilding, supervize a intervize
ticho a klid
rozvíjet se v dovednostech, které přináší rychlý a viditelný výsledek
individuální terapie, sebereflexe
aktivní trávení volného času, a to věcmi, které nesouvisí s psychologií
"dělat si drobné radosti a mít se neustále na co těšit"

Tabulka č. 6 – Prevence syndromu vyhoření u psychologů

V této podkapitole jsme se věnovali detailnímu vyhodnocení výzkumu dat, která jsme získali od klinických psychologů či od psychologů ve zdravotnictví v předatestační přípravě. Pokryli jsme témata optimální péče o klienty, navázání profesního vztahu důvěry u klienta (speciálně s paranoidní a simplexní formou schizofrenie), popsali jsme si vhodný komunikační styl s klienty se schizofrenií včetně osvědčených postupů v psychoterapii schizofrenie, dále při prevenci relapsu a vytváření efektivních copingových strategií. Dále jsme si vymezili, jaké jednání je v péči o klienty se schizofrenií kontraproduktivní. Poslední blok našeho výzkumu byl věnován tématům pomoci klientovi s absencí zázemí rodiny a přátel, dále možnostem frekvence výskytu i zvládnutí případné agresivity u klienta, a to ať již je směřována dovnitř klienta (sebepoškozování, suicidální tendence) či navenek (případná agresivita). V neposlední řadě jsme od kolegů zjišťovali také jejich způsoby sebepéče, a tedy i prevence syndromu vyhoření. V následující podkapitole přecházíme ke zkoumání názorů, postojů a zkušeností získaného vzorku veřejnosti ohledně klientů se schizofrenií i ohledně onemocnění samotného.

8 DISKUZE

V naší práci jsme se v teoretické i ve výzkumné části zabývali operacionalizací optimální psychologické péče o klienty se schizofrenií a možnostmi terapie.

Při získávání vzorku probandů do výzkumu jsme měli ambici získat téměř reprezentativní výběr z předem stanovených kritérií, neboť jsme oslovili všechna nám známá zdravotnická zařízení lůžkové psychiatrické péče v ČR (psychiatrické nemocnice, oddělení psychiatrie v nemocnicích), kde působí kliničtí psychologové či psychologové ve zdravotnictví v předatestační přípravě, kteří pečují o dospělé klienty se schizofrenií bez duální diagnózy. Vycházeli jsme z představy, že právě tam se psychologové nejvíce a v nejrozmanitější formě setkávají s klienty se schizofrenií různého klinického obrazu, průběhu i prognózy. S prosbou o vyplnění dotazníku jsme obeslali celkem 36 zařízení, a tedy jsme patrně obsáhli celý či téměř celý soubor lůžkových klinických psychologů a psychologů ve zdravotnictví v přípravě na atestaci dle našich předem zvolených kritérií, která byla uvedena výše. Nicméně návratnost dotazníků od psychologů – zaměstnaných v době pandemie pravděpodobně zcela jinými starostmi – byla nižší, než jsme očekávali: činila celkem 14 dotazníků.

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

Rovněž shledáváme jako velmi zajímavé, že na různé typy otevřených otázek v položkách dotazníků byly často velice podobné odpovědi. Vysvětlujeme si to tak, že jsme se dobrali jádra optimální péče o klienta, že stále kroužíme kolem obdobných témat i obdobných počtů respondentů, kteří dané téma pokládají za nosné v péči o klienty.

Domníváme se tedy, že náš cíl prozkoumat nejvhodnější péči o klienty se schizofrenií a zabývat se též možnostmi terapie. podobných témat a podobného počtu respondentů, kteří jsou o daném chování přesvědčeni, a tedy že náš cíl byl splněn.

Z nashromážděného vzorku doporučení a zkušeností klinických psychologů či psychologů v předatestační přípravě lze vycházet v praxi při psychologické péči o klienty se schizofrenií. Je též možné tato doporučení dále zkoumat, doplňovat i případně modifikovat. Domníváme se, že by bylo do budoucna zajímavé výzkum obohatit o srovnání se zahraniční zkušeností psychologů a psychoterapeutů pečujících o tyto klienty v zemích blízkých našemu sociokulturnímu kontextu, např. v Rakousku.

Jako limit výzkumu také vnímáme částečně rozsah souboru, který jsme očekávali větší. Zdůvodňujeme si to tím, že jsou psychologové v dnešní době pandemie snad ještě více zaměstnáni péčí o klienty než jindy – zřejmě tedy neměli čas nebo chuť odpovídat, a zejména ne na dotazník s převažujícími otevřenými otázkami, které nutí více přemýšlet. Také návratnost dotazníků je obecně nízká, zřejmě se to tím spíše projeví v době pandemie. Nicméně domníváme se, že výpovědní hodnota informací získaných od klinických psychologů převyšuje kvantitu, a to i když se pohybujeme na poli kvantitativního výzkumu. Vycházíme přitom z nasycení vzorku u homogenní populace klinických psychologů: „*Čím homogennější je výchozí populace, tím menší výběr stačí na to, aby dostatečně tuto populaci reprezentoval.*“ (Ferjenčík, 2010, 115). Dále vycházíme také z nasycení vzorku populace dle vlastních, předem stanovených kritérií pro výběr respondentů do výzkumu, který je následně možné považovat za reprezentativní výběr ze stanovených kritérií.

Pilotní studie nebyla provedena – nechtěli jsme však klinické psychology zatěžovat dvojným vyplňováním. Snad jsme též mohli zvolit delší časový úsek k vyplnění dotazníků, nicméně časový rozsah realizace výzkumu od 3. března do 21. března 2021 shledáváme jako dostatečný – jedná se o celkem 19 dní. Od té doby nám již žádný další vyplněný dotazník od psychologů nepřišel. Také dotazník bylo možné vytvořit kratší dotazník či zvolit dotazník s uzavřenými otázkami, které je možné rychleji a jednodušeji vyplnit, nicméně takto bychom přišli o mnoho cenných informací, jejichž získání byl náš cíl.

Nenapadlo nás žádat o souhlas s provedením výzkumu vedení jednotlivých zařízení, neboť jsme se nedotazovali na informace o zařízení či informace kazuistického charakteru, ale o anonymní informace psychologů a jejich přímých nadřízených (vedoucích psychologů či psychiatrů). Pouze v případě jedné nemocnice se nám stalo, že

nám odpověděli s tím, že je potřeba požadovat souhlas náměstkyně, což jsme obratem učinili.

Bylo by také zajímavé hledat případnou korelaci mezi směrem psychoterapeutického výcviku (nebo počtem roků praxe s klienty se schizofrenií) a odpověďmi v dotazníku. Také bychom mohli zkoumat případnou závislost mezi odpověďmi respondenta a typem oddělení, na kterém aktuálně pracuje, nicméně druhou zmíněnou informaci však z důvodu anonymity nevíme, pouze pokud nám ji respondent sám chtěl sdělit, což se stalo velice výjimečně ve třech případech, a není tedy možné z toho nic dovozovat.

Námět práce však nelze v bakalářské práci zcela vyčerpat, velmi ráda bych se tomuto či souvisejícímu tématu případně věnovala ještě více a hlouběji v magisterské práci.

9 ZÁVĚR

Naším cílem bylo v teoretické i výzkumné části operacionalizovat optimální psychologickou a psychoterapeutickou péči o dospělé klienty se schizofrenií. Tento cíl jsme se snažili naplnit prostřednictvím rešerší odborné literatury a také provedením výzkumu u klinických psychologů a psychologů ve zdravotnictví v předatestační přípravě, který byl zaměřen na jejich zkušenosti s danou klientelou. Počet respondentů (N = 14) byl nižší, než jsme očekávali – nicméně přestože se pohybujeme na poli kvantitativního výzkumu, jedná se nám primárně o poskytnutí kvalitních informací a zkušeností ze strany respondentů, nikoli primárně o jejich množství. Domníváme se proto, že náš cíl byl splněn.

Na základě výzkumu můžeme v obecné rovině konstatovat, že dle respondentů spočívá optimální péče o klienty se schizofrenií v edukaci klienta i jeho rodiny o onemocnění, dále v praktických nácvicích situacích, v kterých se klient cítí nejistý včetně nácviku asertivního vystupování. Jedná se o zplnomocňování klienta, posilování jeho kompetencí, poskytování podpory i o důvěru v klienta. Velice důležitou součástí péče o klienta je multidisciplinární spolupráce včetně kvalitní spolupráce s rodinou klienta, dále neoddělování farmakoterapie a psychoterapie, systém návazných sociálních a zdravotních služeb i respekt vůči klientům. Jeden z respondentů k tématu péče o klienta se schizofrenií poznamenal: „*projevit zájem o pacienta, nikoliv o nemoc*“, což koresponduje s naší tezí neřívat se na klienta pouze skrze optiku klinické psychologie, ale především jako na člověka, který potřebuje naši podporu.

Mnoho dalších poznatků z odborné literatury včetně dalšího provedeného výzkumu u převážně laické veřejnosti bohužel nebylo možné již do naší práce zařadit – plánujeme se však tomuto tématu věnovat i v případné navazující magisterské práci a zařadit tyto další odborné a velmi zajímavé informace zde.

10 SOUHRN

Schizofrenie je nejdůležitější psychické onemocnění, které řadíme do spektra psychóz. Tradičně bývá spojeno s dopaminergní dysbalancí (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Jedná se o nemoc „*sta tváří*“ (Orel, 2020, 208), která má pokaždé odlišnou podobu klinického obrazu i průběhu včetně zcela specifických symptomů.

V první kapitole bakalářské práce jsme se věnovali osobě klienta, který trpí schizofrenií. Rámcově jsme si vymezili nejdůležitější pojmy vztahující se k dané tématice (onemocnění schizofrenie, její fáze a formy) a popsali jsme si některé ze speciálních potřeb klienta se schizofrenií. Následující dvě kapitoly již budou akcentovat téma naší práce, tj. psychologickou péči o klienty včetně možností terapie.

Druhá kapitola je zaměřena na psychologickou péči o klienta, zejména na partnerský a akceptující přístup psychologa ke klientovi se schizofrenií, na proces navázání důvěry, dále na salutoprotektivní faktory přispívající k uzdravení i udržení remise a v neposlední řadě jsme se zaměřili na prevenci relapsu, a to formou individuálního plánu kroků pro fázi klidu i pro případné zhoršování zdravotního stavu. Také jsme se zmínili o mobilní aplikaci ITAREPS, která je schopná na základě pravidelných informací o klientově zdravotním stavu na základě matematických algoritmů až 8 týdnů předem předvídat budoucí zhoršení klientova zdravotního stavu, které se dá včasnou medicínskou intervencí (úprava medikace) zvrátit v klientův prospěch bez redundantní hospitalizace i bez rizika retraumatizace či zhoršení kognitivního deficitu vlivem naplno propuklé nové ataky nemoci (Španiel, 2006).

V třetí kapitole jsme se zabývali terapií klientů se schizofrenií, k níž nerozdílně patří vnímání klienta bez stigmatizačních aspektů, dále jsme se věnovali specifikům v psychoterapii poskytované klientům se schizofrenií a parciálně též konkrétním terapeutickým směrům i technikám. Doplnkově jsme zmínili také další podpůrné terapie, jako je např. arteterapie nebo canisterapie.

Ve výzkumné části jsme zjišťovali od klinických psychologů, kteří pracují na lůžkových odděleních, jejich zkušenosti s klienty se schizofrenií. Jednalo se o výzkum reprezentativního charakteru dle zvolených kritérií. Hlavním kritériem pro oslovení bylo

vybrat ze zvoleného seznamu zařízení psychiatrické péče (ÚZIS, 2018) všechna zařízení, která je možné zařadit do kategorie „lůžkové zařízení pro dospělé klienty se schizofrenií ve věku 18-99 let“ a zároveň se nejedná o oddělení zaměřené primárně adiktologicky. Jako výzkumnou metodu jsme využili dotazník vlastní konstrukce. Dotazovali jsme se klinických psychologů a psychologů v předatestační přípravě v psychiatrických nemocnicích a na psychiatrických odděleních „somatických“ nemocnic – celkem bylo osloveno 36 zařízení, vyplněno bylo celkem 14 dotazníků.

Celá bakalářská práce byla věnována optimální psychologické péči o klienty se schizofrenií a dále možnostem terapie této – pro studující zajímavé, ale pro klienty a jejich blízké zpravidla velmi těžké nemoci. Zaměřili jsme se na aspekty, které klientům pomáhají i na ty, kterým je lépe se naopak vyhnout. Respondenti jsou přesvědčení, že optimální péče o klienty se schizofrenií spočívá např. v multidisciplinární spolupráci, spojení farmakoterapie a psychoterapie, v systému návazných sociálních služeb, v zázemí rodiny a přátel, v projevování respektu. Jeden z respondentů k tématu péče o klienta se schizofrenií poznamenal: „*projevit zájem o pacienta, nikoliv o nemoc*“, což koresponduje s naší tezí neřít se na klienta pouze skrze optiku klinické psychologie, ale především jako na člověka, který potřebuje naši podporu.

U schizofrenie se z jednoho úhlu pohledu setkáváme s fascinujícími možnostmi vždy zcela originálního fantazijního světa, jehož nevědomým cílem je ochraňovat klienta a zabránit zhroucení jeho psychiky v důsledku nepříznivých událostí či okolností (Syřišťová, 1974). Na druhé straně spatřujeme riziko opakovaných relapsů nemoci a včasného nerozpoznání a nemedikování nemoci, které může vyústit až do situací v krajním případě ohrožujících zdraví a život klienta i jeho okolí. Toto potenciální nebezpečí je však ve srovnání s kriminalitou zdravé populace statisticky zcela zanedbatelné (Orel, přednáška 6.3.2021). Přesto však celá tato nemoc i strach z případného agresivního chování vede ke vzniku neopodstatněných obav a předsudků, jejichž výsledkem je celospolečenská stigmatizace nemocných schizofrenií (Látalová, 2013; Ocisková et al., 2014), která působí třemi směry. Za prvé tato skutečnost stigmatizace projevuje v horším přístupu ke zdravotní péči (ze strany lékařů, Pokluda, 2020) a též v prognóze uzdravení ze schizofrenie (Libman-Sokołowska & Nasierowski, 2013). Za druhé odmítnutí společností, přáteli či rodinou vede k sebestigmatizaci, což má za následek snížení sebevědomí atd. a dále ztěžuje proces zotavování se z nemoci (Libman-Sokołowska & Nasierowski, 2013). V neposlední řadě tato společenská stigmatizace vede k obavám z vyhledání odborné pomoci a také k jeho odkládání, čímž se pomyslný kruh kolem této nemoci uzavírá. Zejména profesionálové

(psychologové a psychoterapeuti, lékaři, sociální pracovníci, rehabilitační pracovníci a zdravotní sestry) by se měli vyvarovat všeho, čím by mohli přispět k retraumatizaci a stigmatizaci klientů.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY

- Bankovská Motlová, L. et al. (2011). *Kuchařka pro nemocné psychózou*. Praha: Psychiatrické centrum.
- Bankovská Motlová, L., Španiel, F. (2017). *Schizofrenie. Jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. Praha: Mladá fronta.
- Baštecká, B. et al. (2003). *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál.
- Bruch, H. (1997). *Základy psychoterapie*. Praha: Triton.
- Dostál, D. (2020). *Psychometrie – prezentace*. Olomouc: Katedra psychologie FF UP.
- Dušek, K., Večeřová-Procházková, A. (2010). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada.
- Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.
- Green Doors (nedat.). *O schizofrenii*. Získáno 11. března 2021 z <https://www.greendoors.cz/cs/schizofrenie-psychoza-a-dusevni-onemocneni/#o-schizofrenii>.
- Hartl, P., Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Herz, M. I., Melville, C. (1980). *Relapse in schizophrenia*. The American Journal of Psychiatry, 137(7), 801-805. <https://doi.org/10.1176/ajp.137.7.801>.
- Hubeňák, J. (2020). *Lurasidon v léčbě schizofrenie: kazuistika*. Český a slovenský Psychiatr, 116(5), 248-250. Získáno 16. března 2021 z <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=1358>.
- Janoušková, M., Winkler, P. (2015). *Stigma a psychiatrie*. Psychiatrie 19(1), 30-36.
- Konířová, A. (2020). *Alenina duše. Sdílení života s duševním onemocněním a terapie sdílením*. Získáno 1. prosince 2020 z <https://aleninaduse.cz/ozivotealeny/samaritanka/>.
- Látalová, K. (2013). *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada.

- Libman-Sokołowska, M., Nasierowski, T. (2013). *The importance of hope in coping with schizophrenia*. *Psychiatria Polska*, 47(5), 933–946. Získáno 13. března 2021 z http://strona.ppol.nazwa.pl/uploads/images/PP_5_2013/933LibmanSokolowskaPsychiatrP015_2013.pdf.
- Mohr, P., Látalová, K., Masopust, J. (2012). *Varovné příznaky relapsu schizofrenie a bipolární poruchy*. *Český a slovenský Psychiatr*, 108(3), 122–130. Získáno 21. února 2021 z <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=802>.
- Mohr, P. (2020). *Vliv lurasidonu na kognitivní funkce u schizofrenie*. *Český a slovenský Psychiatr*, 116(6), 302-308. Získáno 21. února 2021 z <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=1367>.
- Motlová, L., Koukolík, F. (2004). *Schizofrenie: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén.
- NÚDZ (tiskový mluvčí Červenka, J.) (nedat.). *Nová studie: V Česku jsou stovky pacientů se schizofrenií hospitalizováni 10 i 20 let. Ve vyspělých zemích je trend přesně opačný*. Tisková zpráva. Získáno 22. února 2021 z <https://www.nudz.cz/files/pdf/tz-v-cesku-schizofrenici-hospitalizova-ni-i-20-let.pdf>.
- Ocisková, M., Praško, J., Vrbová, K., Kamarádová, D., Jelenová, D., Látalová, K., Mainerová, B., Sedláčková, Z., Ticháčková, A. (2014). *Stigmatizace a sebestigmatizace u pacientů se schizofrenií*. *Český a slovenský Psychiatr*, 110(5), 250-258. Získáno 14. března 2021 z <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=980>.
- Orel, M. (2020). *Psychopatologie*. (3. vydání) Praha: Grada.
- Pěč, O. (2009). *Psychoterapie u psychóz*. *Psychiatrie pro praxi*, 10(2), 76-78. Získáno 22. března z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/02/05.pdf>.
- Pěč, O., Probstová, V. (eds.) (2009). *Psychózy (psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče)*. Praha: Triton.
- Plháková, A. (2020). *Dějiny psychologie*. Praha: Grada.
- Pokluda, J. (2020). *Schizofrenie v českém prostředí: diskurzivní analýza výpovědí o schizofrenii*. *E-psychologie* 14(4). DOI: <https://doi.org/10.29364/epsy.381>.
- Praško, J. a kol. (2007). *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton.

Slater, L. (2019). *Pandořina skříňka. Nejvýznamnější psychologické experimenty 20. století*. Praha: Portál.

Soroka, E., Słotwiński, M., Pawężka, J., Urbańska, A. (2020). *Between self-stigma and the will of recovery. Difficulties in accepting a psychiatric diagnosis – case study*. Psychiatr. Pol. ONLINE FIRST Nr 189: 1–11. DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/124774>

VZP (tiskový mluvčí Sršeň, V.). (2020). *Za léčbu duševních poruch zaplatila VZP vloni nejvíce za poslední 3 roky*. Tisková zpráva. Získáno 14. února 2021 z <https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/za-lecibu-dusevnych-poruch-zaplatila-vzp-vloni-nejvice-za-posledni-3-roky>.

Syřišťová, E. (1994). *Člověk v kritických životních situacích*. Praha: Karolinum.

Syřišťová, E. et al. (1972). *Normalita osobnosti*. Praha: Avicenum.

Syřišťová, E. (1974). *Příspěvek k psychologii, psychoterapii a prevenci schizofrenní psychózy*. Praha: Univerzita Karlova.

Španiel, F. (2006). *ITAREPS: Technologie ve službách prevence relapsu psychózy*. Psychiatrie pro praxi, 2(nedat.), 82-83. Získáno 22. února 2021 z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2006/02/08.pdf>.

ÚZIS (2019). *Psychiatrická péče 2018. Zdravotnická statistika*. Získáno 26. ledna 2021 z <https://www.uzis.cz/res/f/008308/psych2018.pdf>.

ÚZIS (nedat.). *Mezinárodní klasifikace nemocí*. Získáno 26. ledna 2021 z <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci#mkn11>.

ÚZIS (nedat.). *MKN-10 – česká verze. Prohlížeč struktury klasifikace. Schizofrenie*. Získáno 26. ledna 2021 z <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F20>.

ÚZIS (nedat.). *Národní portál psychiatrické péče. Vážná psychotická onemocnění – časový trend – počet pacientů v jednotlivých letech (tabulka 2010–2019)*. Získáno 9. února 2021 z <https://psychiatrie.uzis.cz/browser/disease/time-trend?view=0&diagnosis=307>.

ÚZIS (nedat.). *Národní portál psychiatrické péče. Vážná psychotická onemocnění – časový trend – počet pacientů se schizofrenií v jednotlivých letech na 100 000 obyvatel (tabulka 2010-2019)*. Získáno 9. a 26. února 2021 z <https://psychiatrie.uzis.cz/browser/disease/time-trend?view=1&diagnosis=307>.

Vymětal, J. a kol. (2004). *Obecná psychoterapie*. Praha: Grada.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Získáno 27. února 2021 z https://ppropo.mpsv.cz/zakon_108_2006.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Získáno 27. února 2021 z https://ppropo.mpsv.cz/zakon_372_2011.

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

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

Příloha č. 1: Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

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

Autor práce: Mgr. Martina Brtvová

Vedoucí práce: Mgr. Karolína Hnilíčková

Počet stran a znaků: 85 stran, 176 719 znaků

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 41

Abstrakt (800–1200 zn.): Teoretická i výzkumná část bakalářské práce byla věnována optimální psychologické péči o klienty se schizofrenií a dále možnostem terapie této pro studující zajímavé, ale pro klienty a jejich blízké zpravidla velmi těžké nemoci z kategorie psychóz. Zaměřili jsme se na aspekty, které klientům pomáhají i na ty, kterým je lépe se naopak vyhnout. V teoretické části jsme se věnovali osobě klienta se schizofrenií, zarámování této nemoci i speciálním potřebám, které s sebou přináší. Dále jsme se koncentrovali na psychologickou péči o klienta včetně prevence relapsu a na specifika psychoterapie u klientů se schizofrenií. V empirické části jsme provedli online dotazníkové šetření u souboru klinických psychologů a psychologů ve zdravotnictví v přípravě na atestaci dle našich předem zvolených kritérií. Jednalo se o psychology, kteří pracují s dospělými klienty se schizofrenií (18-99 let) v lůžkových zařízeních v rámci České republiky (N = 14). Cílem bylo získat od nich zajímavá doporučení a cenné zkušenosti z jejich praxe, z kterých je možné i v budoucnu vycházet.

Klíčová slova: schizofrenie, komunikace, stigmatizace, relaps, psychoterapie

ABSTRACT OF THESIS

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

Author: Mgr. Martina Brtvová

Supervisor: Mgr. Karolína Hnilíčková

Number of pages and characters: 85 pages, 176 719 characters

Number of appendices: 5

Number of references: 41

Abstract (800–1200 characters): Both of parts of bachelor thesis was dedicated to the optimal care of the client with schizophrenia and also to the options of the therapy of this so interesting, but for the clients and their families usually very hard illness of the category of psychosis. In centre of our attention are the aspects, who can help to our clients and on the other side the aspects, who is harmful. In the first chapter we are concentrate on the person of client with schizophrenia, on his special needs and short also to this illness. In the second chapter we describe psychological care about client including prevention of the relapse. In the third chapter we characterize specific psychotherapy of the clients with schizophrenia. Our research was dedicated to the questionnaire survey between psychologist from the hospitals (N = 14), who are working with the clients with schizophrenia (18-99 years old). Our goal was to obtain their experience and recommendation.

Keywords: schizophrenia, communication, stigmatization, relapse, psychotherapy

Příloha č. 2: Informovaný souhlas s účastí na výzkumu včetně zpracování poskytnutých údajů (GDPR)

Dotazník péče o klienty se schizofrenií

Dobrý den,

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

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

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

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

S přáním hezkého dne

Martina Brtvová

***Povinné pole**

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

ano
ne

Příloha č. 3: Dotazník péče o klienty se schizofrenií

Jsem muž x žena

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

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

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

Příloha č. 4: Seznam oslovených zařízení

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

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

Stanice pro závažné duševní poruchy – psychotické stavy

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

Příloha č. 5: Zadání diplomové práce – vloženo do tištěné práce