

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
PEDAGOGICKÁ FAKULTA

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Tereza Slavičkové

2008

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra speciální pedagogiky



DIPLOMOVÁ PRÁCE

**PSYCHÓZA A ŠKOLNÍ REALITA
(DO)STUDOVIAT S PSYCHÓZOU**

Praha 2008

Autor práce: Tereza Slavíčkové

Vedoucí práce: PaedDr. et PhDr. Anna Kuchařská, PhD.

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny řádně citovala a uvedla. Souhlasím s užitím tohoto školního díla ve smyslu § 60 Zákona c. 121/2000 Sb. Ve smyslu zpřístupnění odborné veřejnosti.

V Praze dne 17. dubna 2008

»

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji srdečně paní doktorce Kuchařské za podporu při koncipování, ale hlavně dokončování této práce. Velký dík patří také mým kolegyním z Programu podpory ve studiu v občanském sdružení Baobab Mgr. Pavle Perglové, Mgr. Lucii Bukovské, Mgr. Markétě Simové, Mgr. Lence Svěrákové, Mgr. Michaele Čákové a Mgr. Stanislavě Dudové, od kterých jsem se naučila spoustu znalostí, dovedností i postojů vzhledem k duševní nemoci a hlavně vzhledem ke klientům, kteří si přicházejí pro pomoc. V neposlední řadě potom děkuji všem lidem se zkušeností s duševním onemocněním, kteří mi v mé dosavadní pracovní kariéře dovolili nahlédnout do jejich života s nemocí a doprovázet je na jejich cestě k samostatnějšímu a spokojenějšímu životu.

ANOTACE

Tématem práce jsou obtíže při studiu a způsoby zvládnání situace návratu ke studiu u mladých lidí s duševním onemocněním. Teoretická část uvádí čtenáře do problematiky schizofrenie a obtíží a deficitů, které vnáší do života jedince, který jí trpí. Podrobněji se zabývám copingovými strategiemi osob se schizofrenií, konceptem včasné prevence a terapie duševních onemocnění a zahraničními příklady podpory ve studiu osob se schizofrenií. Praktická část obsahuje pět případových studií mladých lidí s duševním onemocněním, kteří se rozhodli vrátit ke studiu. Hlavní oblastí zájmu je zachycení potíží, které v procesu návratu mají, a hlavně strategií zvládnání těchto obtíží. Dále je podán celkový pohled na strategie vyrovnávání se se zátěží u těchto osob. Zdůrazňuji podobnosti nebo rozdíly strategií napříč kasuistikami a dávám použité strategie do souvztažnosti se studijní úspěšností jednotlivců.

KLÍČOVÁ SLOVA

Mladí lidé na počátku duševního onemocnění, návrat ke studiu na střední a vysoké škole, strategie zvládnání, program podpory návratu ke studiu

ANNOTATION

The subject of this thesis is difficulties with return to studies and the strategies of coping these situations of young people with serious mental illness. The theoretical part introduces the issue schizophrenia. It describes the difficulties and the deficits that arise in the person's life due to the illness. In detail, I explain the coping strategies of these people, the concept of early prevention and therapy of mental illness and the international examples of supported education of people with schizophrenia. The practical part consists of five case studies of young people with psychosis who decided to return to their school life. The main issue of interest is finding the difficulties, that can appear in the process of the return, and especially tracking the strategies of coping the difficulties. As following, there is a wider picture of coping strategies discussed, the similarities and differences between the strategies of these five people explored and described strategies are related to the individual's studying success.

KEY WORDS

Young people in the early phase of serious mental illness, return to high school or university, coping strategies, supported education program

ÚVOD	1
OBEČNÁ TEORETICKÁ ČÁST	3
1 <i>DEFINICE SCHIZOFRENIE</i>	3
2 <i>VÝVOJ PŘÍSTUPU K DIAGNOSTICE, LÉČBĚ A REHABILITACI SCHIZOFRENIE</i>	5
2.1 <i>OD STARÉHO ZÁKONA K POPISU SCHIZOFRENIE JAKO NOZOLOGICKÉ JEDNOTKY</i>	5
2.2 <i>20. STOLETÍ-Z LÉČEBNY DO KOMUNITY</i>	6
2.3 <i>SOUČASNÉ TRENDY</i>	7
3 <i>KLINICKÉ PROJEVY SCHIZOFRENIE</i>	8
3.1 <i>ROZDĚLENÍ SYMPTOMŮ</i>	8
4 <i>NARUŠENÉ KOGNITIVNÍ FUNKCE - POČÁTEK A JÁDRO SCHIZOFRENNÍ PORUCHY</i>	9
4.1 <i>PORUCHY VNÍMÁNÍ PŘI SCHIZOFRENNÍM ONEMOCNĚNÍ</i>	10
4.2 <i>PORUCHY POZORNOSTI</i>	10
4.3 <i>PORUCHY PAMĚTI</i>	10
4.4 <i>PORUCHY EXEKUTIVNÍCH FUNKCÍ</i>	11
5 <i>ETIOLOGIE SCHIZOFRENIE - PŘEHLED TEORIÍ VZNIKU</i>	11
5.1 <i>VLIV DĚDIČNOSTI NA ROZVOJ SCHIZOFRENNÍHO ONEMOCNĚNÍ</i>	11
5.2 <i>DOPAMINOVÁ HYPOTÉZA JAKO ZÁSTUPCE NEUROCHEMICKÝCH TEORIÍ</i>	12
5.3 <i>NEUROVYVOJOVÝ MODEL</i>	12
5.4 <i>KONCEPT VULNERABILITY - STRESUJÍCÍ ŽIVOTNÍ UDÁLOSTI JAKO SPOUŠTĚČE NEMOCI NEBORELAPSU</i>	12
5.5 <i>VLIV PORUCH KOMUNIKACE V RODINĚ NA VZNIK SCHIZOFRENIE</i>	13
5.5.1 <i>TEORIE DVOJNÉ VAZBY</i>	13
5.5.2 <i>NADMĚRNĚ VYJADŘOVANÉ EMOCE (HIGH EXPRESSED EMOTIONS)</i>	14
5.6 <i>NEMOC JAKO OBRANNÝ MECHANISMUS</i>	14
5.7 <i>TEORIE SOCIÁLNÍHO SKLUZU</i>	15
6 <i>PRŮBĚH ONEMOCNĚNÍ</i>	15
6.1 <i>STÁDIA PRŮBĚHU</i>	15
6.1.1 <i>PREMORBIDNÍ STÁDIUM</i>	15
6.1.2 <i>PRODROMÁLNÍ OBDOBÍ</i>	16
6.1.3 <i>PRVNÍ PSYCHOTICKÁ EPIZODA</i>	16
6.1.4 <i>DALŠÍ PRŮBĚH ONEMOCNĚNÍ</i>	18
6.1.5 <i>VARIANTY PRŮBĚHU</i>	19
6.2 <i>DĚTSKÁ SCHIZOFRENIE</i>	20

7	<i>FAKTORY, KTERÉ OVLIVŇUJÍ PROGNOZU SCHIZOFRENNÍHO ONEMOCNĚNÍ</i>	20
7.1	PROGNOSTICKÉ FAKTORY V RŮZNÝCH FÁZÍCH ONEMOCNĚNÍ	21
7.1.1	<i>PŘED VYPUKNUTÍM NEMOCI</i>	21
7.1.2	<i>BĚHEM AKUTNÍHO STAVU A JEHO LÉČBY</i>	22
7.1.3	<i>BĚHEM ZOTAVOVÁNÍ</i>	23
8	<i>PSYCHOSOCIÁLNÍ DŮSLEDKY NEMOCI</i>	31
8.1	SOCIÁLNÍ POSTIŽENÍ	31
8.2	VZTAHY A RODINA	32
8.3	KVALITA ŽIVOTA	32
8.4	KOGNITIVNÍ DEFICIT	33
8.5	STUDIUM	33
8.6	ZAMĚSTNANOST	33
8.7	STIGMA	34
9	<i>LÉČBA A REHABILITACE SCHIZOFRENNÍHO ONEMOCNĚNÍ</i>	34
9.1	LÉKY	34
9.2	PSYCHOTERAPIE	35
9.3	„PSYCHICKÁ DIETA“ - PŘIZPŮSOBENÍ ŽIVOTNÍHO STYLU	36
9.4	PSYCHOSOCIÁLNÍ REHABILITACE	36
	<i>SPECIÁLNÍ TEORETICKÁ ČÁST</i>	36
10	<i>MODEL VČASNÉ DETEKCE, LÉČBA, PREVENCE A REHABILITACE PSYCHÓZ</i>	36
10.1	PODOBY PREVENCE DUŠEVNÍHO ONEMOCNĚNÍ	37
10.2	<i>INTERVENCE V PREPSYCHOTICKÉ FÁZI</i>	38
10.2.1	<i>MOŽNOSTI LÉČBY V PRODRAMÁLNÍ FÁZI</i>	38
10.3	VČASNÁ DETEKCE PRVNÍ EPIZODY PSYCHÓZY	39
10.4	OPTIMÁLNÍ PÉČE V RÁMCI PRVNÍ EPIZODY A NÁSLEDUJÍCÍHO KRITICKÉHO OBDOBÍ	40
10.4.1	<i>AKUTNÍ LÉČBA</i>	40
10.5	PŘEHLED SLUŽEB VČASNÉ LÉČBY PSYCHÓZ A PŘÍKLADY DOBRÉ PRAXE	40
10.5.1	<i>EARLY PSYCHOSIS PREVENTION AND INTERVENTION CENTRE (EPPIC), MELBOURNE, AUSTRÁLIE</i>	41
10.5.2	<i>PREVENTION AND EARLY INTERVENTION PROGRAM FOR PSYCHOSES (PEPP), ONTARIO, KANADA</i>	43
11	<i>PODPOROVANÉ VZDĚLÁVÁNÍ</i>	44
11.1	<i>CESTA ZA PODPOROVANÝM VZDĚLÁVÁNÍM BĚHEM DRUHÉ POLOVINY 20. STOLETÍ</i>	45
11.1.1	<i>PRVNÍ VLAŠTOVKA - AKTIVIZAČNÍ PROGRAMY NA VYSOKOŠKOLSKÉ PŮDĚ</i>	45

11.1.2	<i>BARIÉRY VE STUDIU PRO OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM</i>	47
11.1.3	<i>SPECIÁLNÍ POTŘEBY STUDENTŮ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM</i>	47
11.2	<i>ŠKÁLA OPATŘENÍ A SLUŽEB PODPOROVANÉHO VZDĚLÁVÁNÍ</i>	48
11.3	<i>DŮLEŽITÉ PRVKY SLUŽBY PODPOROVANÉHO VZDĚLÁVÁNÍ:</i>	51
11.4	<i>KONKRÉTNÍ PROGRAMY POSKYTUJÍCÍ PODPORU STUDENTŮM S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM:</i>	53
11.4.1	<i>UNIVERSITY OF VIRGINIA</i>	53
11.4.2	<i>UNIVERSITY OF ARKANSAS - INDIVIDUALIZED ACOMMODATION PLANING TEAM</i>	53
11.4.3	<i>COLLEGE OF REDWOODS, RANCHO SANTIAGO COLLEGE</i>	53
11.4.4	<i>1. PROGRAM SITUOVANÝ NA VYSOKOU ŠKOLU, SAN MATEO, KALIFORNIE, „PROGRAM TRANZIT NA VYŠŠÍ ŠKOLU“</i>	53
11.4.5	<i>ORGANIZACE SPECIALIZOVANÁ NA POSKYTOVÁNÍ SLUŽEB PODPOROVANÉHO VZDĚLÁVÁNÍ - CONSUMERS AND ALLIANCE UNITED FOR SUPPORTED EDUCATION (CAUSE), QUINCY, MASSACHUSETTS</i>	54
11.4.6	<i>PROGRAM PODPOROVANÉHO VZDĚLÁVÁNÍ V CLUBHOUSE</i>	55
11.4.7	<i>PODPOROVANÉ VZDĚLÁVÁNÍ V RÁMCI KOMUNITNÍ SLUŽBY • KENNEDY SERVICE CENTER - TRUMBULL, CONNECTICUT.</i>	55
11.4.8	<i>SLUŽBY PODPOROVANÉHO VZDĚLÁVÁNÍ V PROSTŘEDÍ PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICE WESTERN STATE HOSPITAL V TACOMA, WASHINGTON</i>	56
	<i>PRAKTICKÁ ČÁST</i>	57
12	<i>ÚVOD VÝZKUMNÉ ČÁSTI</i>	57
12.1	<i>CÍLE VÝZKUMU</i>	57
12.2	<i>POPIS VZORKU</i>	57
12.3	<i>METODA ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZY ÚDAJŮ</i>	58
12.4	<i>PRŮZKUM ÚSPĚŠNOSTI STUDENTŮ JAKO VÝCHODISKO PRO VÝBĚR OSOB K ZACHYCENÍ KAZUISTIK</i>	58
12.4.1	<i>VÝSLEDKY A EFEKTIVITA PROGRAMU PODPORY VE STUDIU</i>	59
12.4.2	<i>TYPOLOGIE STUDENTŮ S PSYCHOTICKÝM ONEMOCNĚNÍM</i>	60
13	<i>KASUISTIKY STUDENTŮ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM</i>	60
13.1	<i>„STUDENTKA VRACEJÍCÍ SE KE VZDĚLÁVÁNÍ PO DLOUHÉ DOBĚ“</i>	61
13.1.1	<i>ÚDAJE O NEMOCI, JEJÍ SOUVISLOST SE STUDIEM</i>	61
13.1.2	<i>PŘED VSTUPEM DO PROGRAMU</i>	61
13.1.3	<i>NÁSTUP DO PROGRAMU</i>	62
13.1.4	<i>ADAPTACE V PROGRAMU</i>	62
13.1.5	<i>KUENTČINY PROJEVY/CHOVÁNÍ V PROGRAMU</i>	62
13.1.6	<i>ZÁVĚR PROGRAMU</i>	64
13.1.7	<i>DOSAŽENÉ ZMĚNY BĚHEM PROGRAMU</i>	65

13.1.8	ÚSPĚCHY, NEÚSPĚCHY KLIENTKY V PROGRAMU A STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ	66
13.1.9	ADAPTACE VE ŠKOLE	67
13.1.10	SOUČASNÁ KLIENTČINA SITUACE	68
13.2	„STUDENTKA, KTERÁ POTŘEBUJE JEN TROŠKU POSTRČIT“	68
13.3	„STUDENT HLEDAJÍCÍ ROVNOVÁHU“	72
13.4	„STUDENT NACHÁZEJÍCÍ NOVÝ ŽIVOTNÍ SMĚR“	77
13.5	„POZVOLNA SE ZOTAVUJÍCÍ STUDENTKA“	82
14	VÝSLEDKY VÝZKUMU	86
14.1	JAKÉ STUDIJNÍ OBTÍŽE MAJÍ STUDENTI SE SCHIZOFRENIÍ?	86
14.1.1	PŘÍZNAKY NEMOCI	87
14.1.2	KOGNITIVNÍ OBTÍŽE	87
14.1.3	AKTIVITA, ENERGIE, VŮLE	87
14.1.4	KŘEHKOST VŮČI STRESU	88
14.1.5	STUDIJNÍ KRIZE	88
14.1.6	POTÍŽE S PLÁNOVÁNÍM	88
14.1.7	MALADAPTIVNÍ POSTOJE	89
14.2	JAK SE STUDENTI S TĚMITO OBTÍŽEMI VYROVNAVAJÍ (VE FÁZI TRÉNINKU A VE FÁZI NÁVRATU DO REÁLNÉ ŠKOLNÍ SITUACE)?	89
14.2.1	AKTIVNÍ ZVLÁDÁNÍ SITUACE	89
14.2.2	AKTIVACE ZDROJŮ PODPORY	89
14.2.3	PLÁNOVÁNÍ A JINÉ ZPŮSOBY AKTIVNÍ KONTROLY SITUACE	90
14.2.4	PRVKY MOTIVACE	90
14.2.5	ROVNOVÁHA PRÁCE/ODPOČÍNEK	91
14.2.6	ZVLÁDÁNÍ KRIZE	91
14.2.7	SEBEHODNOCENÍ	92
14.2.8	STUDIJNÍ STYL A STRATEGIE	92
14.2.9	VYHÝBÁNÍ, ÚNIK, REZIGNACE	92
15	POPIS REALIZACE SLUŽBY PROGRAMU STUDENT	93
15.1	JEDNOTLIVÉ PODOBY PROGRAMU	93
	ZÁVĚR	95
	POUŽITÁ LITERATURA	96

ÚVOD

Skupina schizofrenií je onemocnění s velmi variabilním průběhem (od jedné ataky s následnou celoživotní remisí po chronický stav), která se nejčastěji poprvé objevuje u 15ti až 25letých osob. V rámci extramurální rehabilitační péče pro tyto osoby na počátku psychotického onemocnění je důležité soustředit se na oblast studia a návratu do přirozeného školního prostředí.

To, že věnuji tuto práci mladým lidem, kteří se uzdravují z psychotického onemocnění, má několik důvodů.

Od začátku projektu v roce 2003 (tj. před 5 roky) jsem byla členkou týmu „Programu podpory ve studiu“ pro mladé lidi s psychotickým onemocněním. Od ledna 2005 jsem byla vedoucí tohoto týmu a spolu s kolegyněmi jsem se podílela na jeho metodickém, obsahovém i formálním rozvoji. V rámci tohoto programu jsem se podrobně s jeho klienty zabývala obtížemi v různých fázích návratu do studijního života a také spolu s klienty hledala co nejaktivnější možnosti zvládnutí těchto obtíží.

Mladí lidé zotavující se z psychózy jsou pro mně osobně zajímaví až fascinující svým setkáním s jiným světem, s jinou realitou, tím, že se i přesto často dokáží vrátit zpátky, a pokud zážitek své nemoci zpracují, vyrostou z nich zajímavé osobnosti, hodné úcty a inspirativní pro ostatní lidi.

Mám za to, že existují i další, obecně platné důvody, proč by mělo toto téma být prezentováno. Mladí lidé se schizofrenií jsou nezanedbatelnou skupinou, která má specifické vzdělávací potřeby, proto by se měla dostat do oblasti zájmu pedagogiky i pedagogiky speciální v ČR.

Dále tato práce kopíruje silný trend v léčbě a rehabilitaci schizofrenie posledních let, trend rané intervence. Do programu jsou zařazováni účastníci kteří jsou pár měsíců až 3 roky po první atace psychózy.

V neposlední řadě má diplomová práce prezentuje výsledky Programu Student, který je jediným programem podporovaného vzdělávání pro lidi s duševním onemocněním v ČR.

V teoretické části chci obsáhnout teorie vzniku schizofrenního onemocnění, popis projevů (s hlavním zaměřením na počátky nemoci a oblast studia), koncept raných psychóz a také seznámit čtenáře s možnostmi podpory ve vzdělávání na příkladech rozvinutých služeb v zahraničí. V praktické části své práce bych Vás pak ráda seznámila s pěti typickými příklady toho, jak se mladí lidé se specifickou situací návratu ke studiu vypořádávají. V představených kasuistikách potom budu hledat hlavní obtíže, které studenti se schizofrenií na své cestě potkávají, a hlavně jejich způsoby zpracování a reakce na tyto obtíže.

OBECNÁ TEORETICKÁ ČÁST

1

DEFINICE SCHIZOFRENIE

Schizofrenie je specificky lidské duševní onemocnění, které se projevuje různě intenzivními poruchami myšlení, jednání, vnímání, komunikace, emocí a vůle. Ve své akutní fázi zásadně narušuje kontakt postižené osoby s realitou, kdy nemocný odlišně vnímá svět kolem sebe i sebe sama a většinou nedokáže přesně odlišit realitu od vlastních představ a fantazií. Schizofrenie narušuje fungování ve všech složkách života (nejvíce ve vztazích, práci, studiu a péči o sebe), což má o to drtivější důsledky, že se porucha nejčastěji poprvé projevuje ve věku 15-25 let, kdy je osoba i její vztahový a pracovní život ještě ve vývoji. Nemocný se odcizuje ostatním lidem a uzavírá se do vlastního světa. Okolí osoby může začít uvažovat o nemoci kvůli jedincově nezvyklé netečnosti, uzavřenosti, nezájmu o běžný život, špatné hygieně a neobvyklému chování. Schizofrenie (ve velkém procentu případů) ovlivňuje život postižených osob měsíce až roky před zjevným propuknutím a roky či desetiletí po stabilizaci základního onemocnění. Ve své prepsychotické fázi (před propuknutím), je často spojena se silnými obtížemi v sociálním fungování, pracovní výkonnosti a celkové životní samostatnosti. Po propuknutí „psychóza vede ke změnám osobnosti, které způsobí, že nemocný mnohdy nedokáže pokračovat v životě v souladu s očekáváním založeném na dosavadní životní dráze.“ (Hoschl, Libiger a Švestka, 2004, st. 352) Jasně vědomí a intelektové schopnosti jsou obvykle zachovány, i když se během času mohou vyvinout určité kognitivní deficity (Duševní poruchy a poruchy chování, 2000).

Nemoc má za následek horší sociální adaptaci, podstatné snížení kvality života, snížení pracovního a společenského uplatnění, snížené zvládání samostatného života, horší odolnost vůči stresu. Onemocnění schizofrenií je spojené s výraznou stigmatizací a diskriminací. Toto stigma postiženým jedincům způsobuje další stres, který ještě zhoršuje průběh nemoci. Stigma se v případě duševní nemoci přenáší nejen na rodiny, ale i na profesionály i služby z oblasti péče o duševní zdraví (Open the Doors, 1998). Stigma oboru psychiatrie a psychiatrické rehabilitace potom znesnadňuje tak důležitou včasnou diagnostiku onemocnění.

Schizofrenie je velmi různorodá co se týče forem symptomů, průběhu onemocnění, prognózy a případných výsledných změn osobnosti a fungování. To vede mnoho autorů

k teoriím, že nejde o jednu nozologickou jednotku, ale skupinu poruch s rámcově podobnými charakteristikami.

Diagnostika tohoto onemocnění je často obtížná a výčet podrobných diagnostických kritérií zabírá několik stránek. Pro potřeby této práce se tedy spokojím jen s přehledným shrnutím. Schizofrenie se dnes diagnostikuje podle klasifikačního systému WHO MKN-10, nebo podle amerického manuálu DSM-IV. Onemocnění schizofrenií se projevuje směsí dostatečně vyjádřených pozitivních (floridních, produktivních) a negativních příznaků po dobu alespoň jednoho měsíce. Pokud jsou u diagnostikovaného přítomny sluchové halucinace ve formě konverzujících či činnost komentujících hlasů, ozvučování, vkládání, odnímání nebo vysílání myšlenek, bludy kontrolování, ovlivňování nebo ovládání nebo bizarní bludy (vymykající se kulturnímu prostředí), stačí k diagnóze schizofrenie jediný z těchto příznaků. Pokud nejsou výše uvedené příznaky dostatečně silné, ale u nemocného se objevují neustálé halucinace jakéhokoliv typu, neologismy, zárazy v myšlení, inkoherece, katatonní chování, negativní symptomy, stačí k diagnóze dva z nich (Motlová, Koukolík, 2004).

Vznik onemocnění má **multifaktoriální příčiny**, s velkou pravděpodobností jde o kombinaci prenatálně a vývojově podmíněné citlivosti CNS, sociálních a stresových faktorů. Z hlediska medicíny dochází při atace schizofrenie ke spoustě vzájemně provázaných jemných odchylek ve struktuře a fungování mozku, které lze jen zhruba označit a pouze povrchně ovlivnit.

Schizofrenie typicky probíhá v **atakách**, tj. obdobích akutního stavu vyžadujících intenzivní léčbu. Akutní stav může nabývat formu od velmi floridního stavu s bizarními halucinacemi a bludy po méně nápadný stav sociálního stažení, podezřívavosti a podivínství. Nejčastější symptomy objevující se v akutním stavu jsou ztráta náhledu na nemoc, sluchové halucinace, vztahovačnost, podezřívavost a plochá emotivita. Ataky se střídají s **remisemi**, které mohou mít také velmi různorodou podobu, od plně navrácené premorbidní funkčnosti přes přetrvávání negativních příznaků po přetrvávání reziduí bludů a halucinací. **Prognóza** jednotlivých případů onemocnění je velmi různá, od průběhu s jednou atakou a následnou plnou remisí po celoživotně chronický stav s omezenou sociální a pracovní funkčností. Během let dochází k více či méně zřetelnému narušení psychické odolnosti jedince, které může vést k trvalé mírné psychopatologii nebo i k závažnému rozvratu osobnosti (Libiger, 1991).

Prevalence je údaj udávající počet nemocných přítomných v populaci na 1000 osob. **Celoživotní prevalence** sbírá údaje i o minulých epizodách. Modus celoživotní prevalence u schizofrenie je 1,4-4,6 případů na 1000 obyvatel. **Incidence** je počet nových případů během roku v dané populaci na 1000 obyvatel (Hoschl, Libiger, Švestka, 2004, str. 372). Incidence schizofrenie se uvádí v rozmezí 0,16 - 0,42 na 1000 osob (Motlová, Koukolík, 2004, str. 38).

Onemocnění schizofrenií je celospolečensky závažným faktem. Nemocní lidé se dožívají o 20% nižšího věku než běžná populace. Je to důsledkem mimo jiné zvýšeného rizika sebevražd. V prvních 10 letech onemocnění suiciduje 20-40%, celoživotně 2-4% diagnostikovaných (Libiger IN Hôschl, Libiger a Švestka, 2002, st. 342). Jedním z dalších důvodů nižšího věku, kterého se lidé trpící schizofrenií dožívají, je zvýšená mortalita související s kardiovaskulárním onemocněním (65% úmrtí v populaci osob se schizofrenií proti 50% v běžné populaci). Osoby trpící schizofrenií častěji trpí komorbiditou jak s již zmíněnými somatickými tak dalšími psychickými onemocněními. Osoby se schizofrenií tvoří celých 25% hospitalizovaných na psychiatrických odděleních, tato nemoc je také častou příčinou plné invalidity v mladém věku.

2 VÝVOJ PŘÍSTUPU K DIAGNOSTICE, LÉČBĚ A REHABILITACI SCHIZOFRENIE

2.1 OD STARÉHO ZÁKONA K POPISU SCHIZOFRENIE JAKO NOZOLOGICKÉ JEDNOTKY

Nejspíš nejstarší popis schizofrenní psychózy a též údaje o terapeutickém nasazení alkaloidu z rostliny *Rauwolfia* najdeme v ajurvédském spise, který byl sepsán v Indii kolem roku 1000 př.n.l. Už zde, jako i ve Starém Zákoně (Ezechiel) a ve zprávě o vyléčení posedlého v Novém Zákoně, si můžeme přečíst stovky let staré popisy jádrových příznaků schizofrenie: poruchy myšlení, nálady, řeči, změny sebeprožívání a náznaky sluchových halucinací.

Až počátkem 19. století se psychiatrie vymezovala jako samostatný obor. Po vzoru botanické systematizace von Linného psychiatrie začala pokusem kategorizovat duševní poruchy. Novodobá historie popisu schizofrenie se začíná psát v roce 1838, kdy J.E.D. **Esquirol** podrobně popsal schizofrenní halucinace (Esquirol, 1838 IN Pečeňák, 2005).

Pro další bádání o schizofrenii byli důležití vědci z německé psychopatologické školy, zejména **Emil Kraepelin**, jež převratně zkombinoval předchozí objevy. Nově

vzniklou nozologickou jednotku zastřelil Morelovým pojmem *dementia praecox*. Předpokládá u onemocnění organický původ a za jádro choroby považuje proces destrukce osobnosti („Verblödung“ - „zblbění“) a poruchy myšlení a jako nevyhnutelnou prognózu udává konečnou deterioraci (Kraepelin, 1919 IN Malá, 2005).

V roce 1911 prezentoval Eugen Bleuler nové pojetí onemocnění *dementia praecox* včetně jeho přejmenování na skupinu schizofrenií (Bleuler, 1911 IN Höschl, Libiger, Švestka, 2004). V pojetí Bleulera jde o fragmentaci duševního života. Myšlení, emoce a vůle vytvářejí na sobě nezávislé fragmenty původního celku, které přestávají spolupracovat (Höschl, Libiger, Švestka, 2004). Rozštěp je pro Bleulera hlavním příznakem nemoci, daleko víc typickým než finální deteriorace, která není nezbytná (Malá, 2005).

Podle Bleulera jde v případě schizofrenií o skupinu různých poruch s podobnými projevy. Do skupiny schizofrenií zahrnuje již známou hebefrenii, katatonii a paranoidní psychózu a navíc přidává 4. typ, schizofrenii simplexní. Bleuler mluví také o „latentní schizofrenii“, kterou považuje za nejčastější, i když nediagnostikovanou formu onemocnění (Konig, Platz, Schubert, 1990, str. 9). Bleuler zdůraznil možnost vymezit nemoc symptomy (Höschl, Libiger, Švestka, 2004).

2.2 20. STOLETÍ - Z LÉČEBNY DO KOMUNITY

Následující vývoj v popisu schizofrenie jde po dvou liniích. Jeden směr popisuje nové symptomy a seskupuje je do diagnosticky upotřebitelných skupin. Druhý směr objevuje další formy a typy schizofrenie (Pečeňák, 2005). Před objevem prvních psychofarmak, které účinně ovlivňovaly schizofrenii, pokusy o léčbu akutně psychotických pacientů zahrnovaly občas značně nezvyklé postupy. Prvním z opravdu účinných farmak byl chlorpromazin, syntetizován Paulem Charpentierem 11.12.1950.

V polovině 60. let se dramaticky mění pohled na schizofrenii. Do té doby je tato chápána jako velmi vážné onemocnění dlouhodobého průběhu, které vede k nezvratnému duševnímu rozpadu, chronifikaci a střednímu až těžkému postižení (Unger, 1998, str. 4). Ve této době se objevila v USA vlna antipsychiatrie. Szasz označuje antipsychotika za chemickou svěřací kazajku a uvádí názor, že psychofarmaka přinášejí větší prospěch personálu než samotným nemocným (Pečeňák, 2005). Antipsychiatrické hnutí mělo za následek uzavření mnoha psychiatrických léčeben a v návaznosti na to rozvoj služeb komunitní psychiatrie.

Na přelomu 60. a 70. let přichází nová medikace, která efektivněji kontroluje symptomy duševní nemoci. Díky ní jsou osoby, které byly dříve hospitalizovány po desetiletí, schopny relativně samostatného života v rámci komunity. V roce 1977 NIMH zaznamenala pokles počtu hospitalizovaných ve státních psychiatrických nemocnicích o celých 66%. (Unger, 1998, str. 5) Pro tyto propouštěné osoby ale chyběly komunitní služby. Jako reakce na tento nedostatek se v 80. letech začaly zakládat programy poskytující léčbu, denní péči i rehabilitaci mimo zdi léčeben. Služby byly nejdříve zaměřeny jenom na redukci symptomů a zvýšení náhledu na nemoc. Mladí klienti je nevnímali jako příliš smysluplné a byly pro ně nadále stigmatizující. V další fázi konečně začaly vznikat komunitní služby, ve kterých se mladí klienti mohli naučit potřebným sociálním, pracovním a dalším dovednostem. S posunem léčby a služeb do komunity vystoupily do popředí témata, jak motivovat nemocné k léčbě a rehabilitaci, jak předcházet jejich vypadávání ze služeb, jak posílit krizové služby, které tito mladí lidé s duševním onemocněním zvýšeně využívali. Pozitivní důsledky v podobě lepšího fungování nemocných a vyšší kvality jejich života se dostavily v případě tréninku sociálních dovedností (Hinterkopf, Brunswick, 1975, Hersen, Bellack, 1976, IN Unger, 1998), řešení problémů (Coche, Flick, 1975 IN Unger, 1998), ucházení se o práci (Prazak, 1979 IN Unger, 1998) a tréninku kognitivních funkcí. Cílem programů psychosociální rehabilitace z 80. let je pomoci lidem s duševním onemocněním prozkoumat a rozvinout dovednosti v oblasti sociálního fungování, práce, bydlení a volného času. Účelem je umožnit jim žít co nejvíce samostatně..

2.3 SOUČASNÉ TRENDY

Přelom 20. a 21. století je v oblasti výzkumu a léčby schizofrenie ve znamení stále podrobnějších modelů mechanismu nemoci v CNS, detailnějších údajů o nejrůznějších faktorech (hlavně biologických), které přispívají ke vzniku nemoci nebo predispozici k ní, a výzkumů účinnosti farmakologické léčby.

Na druhé straně je zájem o možnosti prevence, rozpoznání schizofrenie v jejím prodromálním stádiu a praktický boj proti stigmatu, které poznamenává nemocné, jejich rodiny i profesionály, kteří s nimi přijdou do styku. Také programy komplexní rehabilitace a psychodynamické modely psychózy nevidí nemoc jen jako souhrn deficitů a projevů drobných abnormalit vestavbě a funkci CNS. Shledávají v nemoci smysluplné kompenzační a obranné mechanismy, které pomáhají nemocnému déle

zvládat stresovou a jinak bezvýhodnou situaci a oddalují jeho psychický kolaps (Jung, Perry, Mentzos a další).

3 KLINICKÉ PROJEVY SCHIZOFRENIE

Schizofrenie se projevuje pestrými příznaky. Zpravidla dysfunkcí v některých z následujících oblastí: vnímání, myšlení, řeč, emoce, motorika, kognitivní funkce, sociální a pracovní fungování.

Symptomy schizofrenie jsou vnějším projevem narušené funkce nebo její kompenzací. Mohou se vyskytovat i v průběhu jiných duševních onemocnění a dokonce mohou postihnout nárazově i „zdravé“ jedince. (Höschl, Libiger, Švestka, 2004)

Podle současné klasifikace rozlišujeme podle převládajícího okruhu příznaků čtyři základní typy schizofrenie - **paranoidní** (charakteristický pocíty pronásledování a sledování), **hebefrenní** (typický vznikem v období puberty nebo adolescence), **katatonní** (při něm se nemocný dostane do hluboké regrese, nastávají záchvaty stuporu nebo naopak extrémní agitovanosti, nemocný přitom zdánlivě nevnímá okolí) a **simplexní** (v popředí jsou negativní symptomy - apatie, sociální stažení, plochá afektivita).

3.1 ROZDĚLENÍ SYMPTOMŮ

Z mnoha různých kategorizací projevů schizofrenie je jedním z nejčastěji používaných rozdělení na pozitivní a negativní příznaky. Budu se ho nyní držet přesto, že je čistě popisné a ignoruje teoretické úvahy o tom, které symptomy jsou u schizofrenie primární a které se vyvíjejí až sekundárně, jako reakce nebo adaptace na situaci nemoci.

Mezi pozitivní příznaky v tomto pojetí patří halucinace, bludy, bizarní chování, porucha platného společenského myšlení, porucha sebecitu. U většiny nemocných se objevují pouze v akutní fázi nemoci a často bývají faktorem, který zalarmuje okolí nemocného k iniciování odborné péče.

Více než halucinace a bludy však naše pacienti trápí tzv. negativní příznaky.

Negativní symptomatika je stabilnější v čase než pozitivní symptomatika, je koncepčně silněji spojena s poruchami kognitivních funkcí, tedy se základní poruchou schizofrenie. Týká se hlavně oblastí myšlení, řeči, vůle, emocí a sociálního fungování. Negativní symptomatika je základnější, chronická, její podstatou je deficit. Negativní

symptomy se projevují brzy, během průběhu nemoci pak nabývají často na intenzitě. (Volz, Kasper, 2000, str. 156).

Centrální negativní symptomy: emoční oploštělost, ztráta zájmů, ztráta iniciativy, apatie, sociální stažení, angloameričtí autoři přidávají ochuzení řeči a myšlení. Často se také objevuje únava a ztráta energie.. Pokud negativní symptomy přetrvávají v čase tak je nazýváme deficitní symptomy (Horáček, 2003).

Pro situaci návratu ke studiu může být obtížné vyrovnávání se s určitým sociálním deficitem, který vznikl během nemoci. Základní kognitivní deficity způsobují omezení komunikačních dovedností a na základě tohoto procesu je pro osobu se schizofrenií sociálně-komunikační situace čím dál výraznější zátěží. Těžké je odfiltrvat z informačního pole podstatu sdělení (špatně se jim filtruje hlas komunikačního partnera od okolních zvuků). Náročné je také současně průběžně zpracovávat vedle verbálních stimulů také mimické, psychomotorické reakce, suprasegmentální řečovou složku apod. V sociální situaci je třeba paralelně (a integrované) zpracovávat informace z různých smyslů.

Osoby se schizofrenií často v komunikaci vypadají lhostejně (může to být způsobeno pauzou ve zpracovávání informací). Pokud je zmate nesouvisející podnět, může dojít snadno k nedorozuměním a chybným interpretacím situace. Často se vyskytující sociální stažení je u mnoha osob následek tohoto zahlcení mnoha matoucích podnětů, které je pro mezilidské interakce charakteristické.

4 NARUŠENÉ KOGNITIVNÍ FUNKCE - POČÁTEK A JÁDRO SCHIZOFRENNÍ PORUCHY

Poruchám kognitivních funkcí se zde budeme věnovat podrobněji, protože mají klíčové postavení ve struktuře poruchy a také často stěžují studentům se schizofrenií návrat ke studiu. Všechny další projevy a deficity lze vidět jako adaptivní nebo maladaptivní reakci na základní kognitivní deficit. Kognitivní deficity jsou přítomné jak v akutní fázi nemoci, tak v období remise. Projevují se zhruba u 85% osob se schizofrenií, často již od dětství (Erlenmeyer-Kimling, Cornblatt, 1987 IN Volz, Kasper, 2000, str. 159). Narušení kognitivních funkcí nepatří mezi pozitivní ani negativní příznaky schizofrenie, jde spíše o vnitřní poruchu, která se symptomy projevuje, případně na kterou symptomy adaptivně či maladaptivně reagují.

4.1 PORUCHY VNÍMÁNÍ PŘI SCHIZOFRENNÍM ONEMOCNĚNÍ

Základem poruch kognice jsou podle jednoho teoretického proudu deficity procesů filtrování sensorických vjemů („sensory gating“). Informace jsou při deficitním filtrování předány ke zpracování dalším kognitivním procesům „bez výběru“, jako stejně důležité. Porucha je tedy už v prekognitivních procesech vnímání (Volz, Kasper, 2000, str. 51-53). Paměť, pozornost a myšlení vzhledem k takto vyvolanému přílivu informací nemůže podávat očekávané výkony. Poruchy zpracování informací trvale ovlivňují každodenní život osob se schizofrenií. Vysvětlují, proč se nemocní často vyhýbají novému, neznámému, a proč se cítí brzy zahlceni. Z této hypotézy také vychází Program Student, jehož integrální součástí je právě nácvik rozlišování podnětů a myšlenek z hlediska důležitosti. (Motlová, Koukolík, 2004)

4.2 PORUCHY POZORNOSTI

Deficity selektivní a inhibiční funkce pozornosti jsou některými autory považovány za podstatu schizofrenní poruchy a součást kognitivní vulnerability k onemocnění schizofrenií (Lasar, Ribbert, 1999, str. 158). Nejvíce je ovlivněna složka výdrže, odolnost vůči rušivým vnitřním i vnějším vlivům, hůře u těchto osob funguje rozdělená nebo výběrová funkce pozornosti. Deficity pozornosti se týkají i osob v remisi a osob příbuzných osobám se schizofrenií. (Volz, Kasper, 2000, str. 59). Pozornost se v rámci experimentů zlepšuje, když jsou prováděny v jasně strukturovaných podmínkách, zajišťují okamžitou zpětnou vazbu a motivují k zapojení exekutivních funkcí (**Perglová, P.:** Kognitivní rehabilitace u pacientů se schizofrenií IN Preiss, Kučerová, 2006).

4.3 PORUCHY PAMĚTI

Paměťový deficit je pro onemocnění schizofrenií typický. Hlavní obtíže spočívají ve snížené schopnosti organizovat si informace při ukládání do paměti a následujícím horším vybavením z paměti (Brenner 1983 IN Volz, Kasper, 2000, str. 165). Lidé trpící schizofrenií totiž mnohem méně než běžná populace používají při zapamatování sémantické kategorie (Harvey, 1986). Na tomto zjištění je také založena podstata tréninku paměti pro osoby se schizofrenií, kdy si tyto aktivně osvojují strategie, jak kategorizováním a dalšími postupy paměťový deficit vyrovnat. S paměťovými deficity se pojí i snížená schopnost učit se (Harvey, Sharma, 2002).

Porucha pracovní paměti se považuje za jeden ze znaků schizofrenního onemocnění (Park a Holzman, 1992 IN Volz, Kasper, 2000, str. 59). V testu sluchové a zrakové slovní pracovní paměti se zjistila korelace mezi mírou poruchy slovní paměti a mírou psychosociální adaptace, výsledky Wisconsinského testu a dobou trvání nemoci. (Motlová, Koukolík, 2004, str. 179). Postižení pracovní paměti nejspíš není nezměnitelným stavem. Napovídají tomu výsledky testování prostorové pracovní paměti. Osoby s chronickou schizofrenií dosáhly horších výsledků než zdravé, ale jedinci v remisi měli výsledky stejné jako zdraví kontrolní probandi. (Okada, IN Motlová, Koukolík, 2004, str. 181)

4.4 PORUCHY EXEKUTIVNÍCH FUNKCÍ

Řídící (neboli exekutivní) funkce jsou součástí kognitivních funkcí. Zahrnují adaptivní plánování, tvorbu analogií, monitorování vlastních mentálních procesů, dodržování oficiálních pravidel, řešení problémů a adaptaci na nečekané změny v prostředí. Osoby se schizofrenií mají extrémní obtíže s překonáním (vyřešením) abstraktních problémů, metakognitivním reflektováním vlastních postupů a udržením dlouhodobých plánů.

5 *ETIOLOGIE SCHIZOFRENIE - PŘEHLED TEORIÍ VZNIKU*

Za 150 let výzkumu, přemýšlení a teoretizování o příčinách vzniku schizofrenie se autoři ve svých úvahách dotkli snad všech možných oblastí: např. dědičnosti, raného vývoje mozku, vlivu prenatálních a perinatálních faktorů, psychosociálního stresu, vlivu vztahů v rodině (způsobů komunikace a vyjadřování emocí). Eklekticismus přelomu 20. a 21. století má platnost i v této otázce. Podle dnešního pohledu je schizofrenie multifaktoriálně podmíněnou poruchou. V jejím výzkumu sice v současnosti hraje prim neurochemické a neurovývojové pojetí. Dle mého názoru je důležité poznat různé pohledy na možné dílčí příčiny jejího vzniku, a díky tomu lépe rozumět konkrétním jedincům, a účinně přizpůsobit péči o ně.

Čistě biologické modely mají tu nevýhodu, že v podstatě pokračují v pojetí nemocného jako bezmocné oběti nemoci, která nemůže ovlivnit ani vznik, ani průběh onemocnění.

5.1 VLIV DĚDIČNOSTI NA ROZVOJ SCHIZOFRENNÍHO ONEMOCNĚNÍ

Příbuzenský poměr prvního stupně s osobou trpící duševním onemocněním je z individuálního hlediska značně rizikovým faktorem. Pro příbuzné je riziko rozvoje

onemocnění zhruba desetkrát vyšší, zatímco v obecné populaci je to pouze cca 1%. Z hlediska celé populace vliv dědičnosti tak významný není, jelikož jen minimum nemocných osob má v příbuzenstvu dalšího nemocného.

5.2 DOPAMINOVÁ HYPOTÉZA JAKO ZÁSTUPCE NEUROCHEMICKÝCH TEORIÍ

Dopamin je důležitý neurotransmitter, který nám pomáhá vybírat z tisíců vjemů, které nás každou sekundu bombardují, ty důležité pro naše fungování, potažmo přežití. Má tedy důležitou roli ve vnímání a kategorizaci podnětů. Podle dopaminové hypotézy dochází v mozcích osob trpících psychózou k nadprodukcí této látky, která postupně vede k tomu, že nemocný vnímá všechny podněty jako maximálně důležité a kolem těchto nových důležitých údajů si konstruuje bludná přesvědčení. Špatná filtrace vjemů také napomáhá k rozvoji halucinací.

Dopaminová hypotéza nachází své potvrzení v následujících zjištěních: antipsychotika fungují na bázi blokády dopaminových receptorů a psychostimulancia (kyselina lysergová, phenylcyklidin, amfetamin a další) zvyšují produkci dopaminu, vyvolávají stavy podobné psychóze a u osob trpících psychózou mohou vyvolat relaps.

5.3 NEUROVÝVOJOVÝ MODEL

Pro tuto teorii hovoří pozorování odchylek ve fungování pozdějších pacientů již v dětství (odchyly v časně socializaci a školním fungování, premorbidní kognitivní odchyly). Neurovývojový model také potvrzují výzkumná zjištění morfoloických a funkčních odchylek CNS již na počátku onemocnění nebo premorbidně. Zjištěno bylo např. zvětšení mozkových komor již na počátku onemocnění.

5.4 KONCEPT VULNERABILITY - STRESUJÍCÍ ŽIVOTNÍ UDÁLOSTI JAKO SPOUŠTĚČE NEMOCI NEBO RELAPSU

Koncept vulnerability vznikl jako integrující, širší model vzniku schizofrenie (Zubin & Spring, 1977 IN Roder, 1993). Autoři postulují nový pojem - vulnerabilitu - jako zvýšenou náchylnost, zranitelnost pro vznik schizofrenie. Vulnerabilita je časově stabilní rys jedince, který se utváří během celého jeho vývoje. Schizofrenní epizoda potom propukne tehdy, když se vulnerabilní jedinec setká s takovou mírou stresu, kterou není schopen zvládnout. Jelikož různí lidé jsou různě silně vulnerabilní, působí u nich jako spouštěče ataky různě silné stresory. Stresory jsou tedy v tomto modelu

převážně spouštěcí nemoci (např. separace od rodiny v adolescenci, „life-events“, emočně zátěžové vztahy k blízkým osobám, náročné výkonové situace při studiu apod.). Zátěž může mít ale také funkci faktoru ovlivňujícího stupeň vulnerability (traumata během pre- a perinatálního vývoje, výrazně zátěžové rodinné konstelace v dětství).

Stresové pojetí schizofrenie přispívá k vysvětlení, proč se poprvé schizofrenie objevuje u adolescentů. Období adolescence klade na mladého člověka rostoucí nároky v oblasti výkonu a samostatnosti. Zkouškové situace a rostoucí nároky ve studiu a vyjasňování měnících se rolí v rodině s sebou přináší nemalou dávku stresu. Tu potom disponovaná osoba nezvládne a výsledkem je postupné zhroucení se do psychózy.

Tato teorie je podložena i výzkumně. V období před propuknutím nemoci je v životech budoucích osob se schizofrenií signifikantně zvýšený počet kritických životních událostí (Laubenstein, 1996, str. 8). Nemoc s sebou nese další stresující životní události (partnerské neshody, obavy ze stigmatizace, stres při návratu do práce nebo školy). Vyšší míra nezvládnutého stresu je potom častým důvodem relapsu onemocnění.

5.5 Vliv poruch komunikace v rodině na vznik schizofrenie

Poruchy v rodinných vztazích, rolích a komunikačním stylu mají prokazatelný vliv na vznik schizofrenního onemocnění. Podle většiny autorů ale nikdy nejde o jediného původce vzniku tohoto onemocnění.

Autoři vycházejí z poznání, že poruchy komunikace jsou pro rodiny osob trpících schizofrenií typické.)

5.5.1 Teorie dvojné vazby

G. Bateson přináší teoretický koncept schizofrenie založený na komunikačním stylu rodiny, který pojmenovává jako dvojnou vazbu. Při dvojně vazbě dochází k současné komunikaci protichůdných obsahů různými komunikačními kanály (verbálně „a“, neverbálně „non-a“, např. slovně je vyjadřována náklonnost, ale tón hlasu a gesta jsou nepřátelská, paradoxní sdělení jako: „Chovej se spontánně“, „Ukaž teď tetičce jak si hraješ“). Oběť dvojné vazby si zároveň nemá možnost vyjasnit, které z komunikačních sdělení platí ani nemá možnost opustit komunikační pole. Psychóza je podle této teorie defenzivní a sebezáchovná reakce nemocného na narušené komunikační vzorce v rodině.

Patogenní vztahy nebo dvojná vazba byly v rodinách osob se schizofrenií často pozorovány, nebyla však prokázána specifická těchto znaků pouze pro vznik schizofrenie.

Dokládá to studie adoptovaných jedinců s rizikem onemocnění schizofrenie v rodinách s různými komunikačními styly, kterou provedl Tienari a kol (1994 IN Motlová, Koukolík, 2004, str. 394). Tento výzkum ukazuje složitost interakce mezi genetickou vlohou a psychosociálními faktory. V kontrolní skupině adoptovaných jedinců s běžným rizikem onemocnění schizofrenií onemocnělo v adolescenci právě 1% a to bez závislosti na komunikačním stylu v rodině, kde vyrůstali. Naproti tomu u osob s vyšším rizikem onemocnění schizofrenií se frekvence onemocnění lišila podle komunikačního stylu v rodině. Osoby vyrůstající v konfliktně komunikující rodině onemocněly častěji než osoby vystavené normálnímu komunikačnímu stylu.

5.5.2 NADMĚRNĚ VYJADŘOVANÉ EMOCE (HIGH EXPRESSED EMOTIONS)

Faktor nadměrného vyjadřování emocí je další zvláštností komunikačního stylu v rodinách osob s duševním onemocněním. High Expressed Emotions se vyskytují v rodinách osob se schizofrenií a afektivními poruchami, vysoké skóry se objevují více u příbuzných mladších a svobodných osob. (Motlová, Koukolík, 2004, str. 46-7) High Expressed Emotions mají podobu vysoké kritičnosti, hostility a emoční hyperangažovanosti, a nízké vřelosti a malé míry chválení.

V minulosti byly nadměrně vyjadřované emoce pokládány za jeden z faktorů propuknutí schizofrenie, nyní jsou vnímány spíše jako okolnost ovlivňující úspěch léčby a riziko relapsu.

5.6 NEMOC JAKO OBRANNÝ MECHANISMUS

Psychoanalytici a jiní teoretici vidí v symptomech schizofrenie zoufalý pokus nemocného zachránit své Já a sebehodnotu. (Laubenstein, 1996, str. 47)

Arieti (1974 IN Laubenstein, 1996, str. 47) našel u později schizofrenií onemocnělých osob v premorbidní fázi negativní a sebevědomí poškozující postoje. Arieti předpokládá jako reakci a ochranu před těmito postoji nasazení obranných mechanismů, následované propuknutím nemoci. Vznik nemoci pak vidí jako reakci na masivní ohrožení sebehodnoty.

Epstein (1979 IN Laubenstein, 1996, str. 51) popisuje psychotickou dezorganizaci jako nutné stádium předcházející nové organizaci, protože stávající systém již neplnil svou funkci.

5.7 TEORIE SOCIÁLNÍHO SKLUZU

Tato teorie vysvětluje zvýšenou prevalenci schizofrenie v chudinských oblastech a nižších sociálních vrstvách, asociaci onemocnění s hůře placeným zaměstnáním. Nižší sociální postavení podle této teorie není příčinou, ale důsledkem onemocnění. (Hóschl, Libiger, Švestka, 2004, str. 393)

6 PRŮBĚH ONEMOCNĚNÍ

Změny provázející onemocnění a údravu jsou ovlivňovány mnoha vlivy - vlastním chorobným procesem, osobností nemocného, sociálním prostředím, stimulacemi, kterým je nemocný vystaven. (Hóschl, Libiger, Švestka, 2004, str. 362) Nejvíce proměnlivé je onemocnění v počátečním období svého průběhu (prvních 5-10 let). Dlouhodobý průběh onemocnění je určován délkou neléčené psychózy a úspěšností léčby během prvních pěti let onemocnění. (Hóschl, Libiger, Švestka, 2004, str. 362).

6.1 STÁDIA PRŮBĚHU

Onemocnění začíná nejtypičtěji v adolescenci a rané dospělosti. Vrchol začátku výskytu v ČR se nachází mezi 20. a 24. rokem.

Kumulativní riziko onemocnění je pro obě pohlaví stejné. U mužů se ale onemocnění projevuje dříve, u žen se zase vyskytuje druhý vrchol incidence schizofrenie kolem 35. roku věku.

Dále se budeme podrobněji zabývat jednotlivými stádii nemoci od stavu před nemocí, přes první pozvolné náznaky chorobného procesu, přes akutní stav až po dlouhodobý stav údravy nebo rezidua. (Hóschl, Libiger, Švestka, 2004, str. 362)

6.1.1 PREMORBIDNÍ STÁDIUM

Premorbidním obdobím rozumíme dobu života budoucího nemocného od dětství až do chvíle, kdy začíná mít souvislejší psychosociální problémy.

V tomto období se objevují u části jedinců nespecifické jemné odchylky v sociálním a motorickém vývoji, poruchy pozornosti, poruchy v neuropsychologických testech, sociální stažení (Höschl, Libiger, Švestka, 2004, str. 363). Můžeme také pozorovat příznaky, jako iritabilita, neklid, náladovost (Motlová, Koukolík, 2004, str. 39). Vzhledem ke zvýšenému výskytu negativních a afektivních symptomů již před propuknutí nemoci se vyskytuje riziko zhoršeného sociálního fungování (Motlová, Koukolík, 2004, str. 40).

6.1.2 *PRODROMÁLNÍ OBDOBÍ*

Prodromální období trvá do nástupu jasných příznaků psychózy. Pro uvedené období jsou u ³ budoucích nemocných typické nespecifické příznaky, jako je kolísavá úzkost, depresivní ladění, hloubavost, ozvláštňené vnímání, sklon ke vztahovačnosti, ztráta zájmů, ztráta spontaneity, změna osobních zvyků a hodnot, emoční a sociální stažení a zploštění, nemluvnost. Někdy už v této době dochází ke kontaktům se zdravotnictvím pro výše uvedené potíže. Prodromy předcházejí vlastní plně vyjádřenou psychotickou ataku o týdny až měsíce.

Prodromální příznaky jsou nespecifické, lze je snadno zaměnit např. s adolescentní krizí. Lieberman zjistil délku doby od prvních nápadností k manifestaci psychotických příznaků průměrně 99 týdnů a od prvních nápadností k prvnímu léčení průměrně 151 týdnů. Údaj se týká severoamerické populace. Häfner (Německo) udává průměrnou dobu šesti let od prvních známek onemocnění (a rok od prvních psychotických příznaků) k projevení maxima psychotické symptomatologie. Häfner dále nachází narušení sociálních funkcí už 2-4 roky před první hospitalizací. (Höschl, Libiger, Švestka, 2004, str. 363). Délka prodromálního období, kdy proces již probíhá zjevně, ale zatím nediagnostikovaně, otevírá velké možnosti včasného zásahu a případné prevence propuknutí schizofrenie (podrobněji viz kapitola Model včasné detekce, léčby, prevence a rehabilitace psychóz).

6.1.3 *PRVNÍ PSYCHOTICKÁ EPIZODA*

První psychotickou epizodu charakterizují zejména náhlé změny ve vztahu ke skutečnosti a v sociálních a pracovních kompetencích. Pro tyto změny nenacházíme v dané situaci žádné vysvětlení. Při propuknutí psychotické ataky se objevuje celá škála pozitivních, negativních schizofrenních příznaků i příznaků dezorganizace (viz kapitola

Klinické projevy schizofrenie). Onemocnění začíná většinou negativními a afektivními, ale hlavně nespecifickými symptomy (v 73%) (Motlová, Koukolík, 2004, str. 39).

Začátek onemocnění může být různě rychlý a intenzivní: plíživě začíná schizofrenie v 68% případů, akutně v 18% a semiakutně v 15% případů (Motlová, Koukolík, 2004, str. 39). První ataka má dobrou prognózu. Dle Liebermana zažije plnou remisi 75% nemocných, částečnou pak dalších 12%. Pouze jedinou epizodu v životě prodělá 15-22% jedinců. Medián trvání psychotické ataky je 12 týdnů. (Hóschl, Libiger, Švestka, 2004, str. 363)

První manifestace nemoci má znaky typické pro kritické události: negativní význam, nepředvídatelnost, nemožnost kontroly, vysoká účinnost. Takovéto události vyžadují od zasažené osoby rozmanité způsoby přizpůsobení, např. nalezení smyslu psychózy, obnovení pocitu vlastní hodnoty, rekonstrukci schopnosti jednat.

Během první epizody již jsou často přítomny značné deficity v oblastech: slovní paměti a učení, pozornosti/bdělosti, vizuomotorických a pozornostních procesů závislých na rychlosti.

Je bohužel nutné přiznat také fakt, že standardní péče v počáteční fázi onemocnění má na nemocné též iatrogenní působení (Edwards, McGorry, 2002)

- > Velká časová prodleva, než se osoba v první atace onemocnění dostane do efektivní léčby. Impulzem k započetí léčby je často až vážná krize, ohrožení sebe nebo okolí, případně vzorce chování vedoucí k selhávání v běžném životě (prodleva má fázi prepsychotickou a fázi neléčené psychózy)
- ^ Často traumatizující počáteční léčebné strategie (nedobrovolná hospitalizace, převoz za účasti policie atd.)
- ^ Malá kontinuita péče
- > Malá motivace pacienta k léčbě

6.1.3.1 *Dezorganizace a proměna identity nemocného*

Fáze dezorganizace nabývá podobu zničení vnějšího světa, zničení self, zkrátka totální fragmentace. Na konci psychotické fáze přichází restituce ve formě nového, jednoduššího zformování self (Doherty a kol 1978, Herz 1984 IN Laubenstein, 1996, str. 54) Nové self je méně úzkostné, silněji strukturované, méně prostupné, omezenější a

jednodušší. Tato teoretická představa může částečně vysvětlit pocity nemocného i jeho okolí, že po atace to už není ta samá osoba.

Onemocnění, schizofrenií je natolik zásadní životní událost, že je spojena i s proměnou identity člověka. Často bohužel směrem k ochuzení, závislosti a stigmatu. Z této perspektivy dostává i téma ne-náhledu na nemoc nové dimenze. Pro člověka je typické snažení o zachování stabilního sebekonceptu a dobrého pocitu vlastní hodnoty. Proto nenáhled může být i výrazem touhy zachovat si původní identitu a nevstoupit do nevýhodné nové identity „duševně nemocného“. (Epstein, 1979 IN Laubenstein, 1996, str. 55)

6.1.3.2 Strategie zvládání během první epizody schizofrenie

I přesto, že jsou mladí lidé na začátku nemoci konfrontováni s novými a obtížnými situacemi, snaží se onemocnění zvládat. Nejdříve nesystematicky zkoušejí strategie, které by mohly přinést úlevu, nebo alespoň rozptýlení. S rostoucí zkušeností s psychózou v různých situacích vyřazují neefektivní strategie a ponechávají si ty efektivní (Laubenstein, 1996, str. 17-18). 46-55% osob s první atakou používá aktivní, kognitivní zvládací strategie, 34-41% vyhýbání se a 30% bagatelizaci (Bailer a kol, 1994 IN Laubenstein, 1996, str. 15)

6.1.4 DALŠÍ PRŮBĚH ONEMOCNĚNÍ

Další období v životě člověka s psychózou je charakterizováno v neoptimističtějších případech trvalou úzdravou, ale často také střídáním relapsů a remisí nebo kontinuálním průběhem onemocnění. Schizofrenie většinou probíhá silně roky až desetiletí a přechází v reziduální stádium. Během relapsů je nemocný znovu pohlcen světem psychotických prožitků a to i přesto, že během remise došlo k realistickému náhledu na onemocnění.

Každý relaps se ohlašuje týdny až dny dopředu individuálně variabilní skupinou varovných příznaků. Nejtypičtější varovné příznaky relapsů jsou: zhoršení pozornosti, zapomínání běžných věcí a úkolů, smutek, ztráta zájmu o věci, které nemocného dříve bavily, nedostatek energie nebo naopak nadměrné vzrušení, nadměrná unavitelnost, nespavost, pocit vnitřního neklidu, napětí, nervozita, uzavírání se do sebe. Pokud se nemocný naučí tyto varovné příznaky poznat, lze často plnému relapsů předejít přechodným zvýšením medikace.

Po pěti až deseti letech vracejících se atak nemoci dochází u většiny postižených osob ke stabilizaci, někdy i trvalé remisi. Výsledný stav je stav nové rovnováhy mezi jedincem se změněnými schopnostmi a společností. Nemocný jedinec potřebuje na začátku asistenci, pomáhající mu v udržení jeho schopností, a v kompenzaci dovedností ztracených. (Hóschl, Libiger, Švestka, 2004, str. 364)

Nejvýznamnější postpsychotický stav je reziduální schizofrenie (F.20.5): vyznačuje se velkou expresí negativní symptomatiky, malou a nevyrovnanou odolností vůči zátěži, poruchami kognitivních funkcí (pozornost, paměť).

V rámci Mezinárodní pilotní studie schizofrenie (International Pilot Study of Schizophrenia, WHO 1973) byl zjištěn signifikantní pokles potřeby hospitalizací s časem, který ale nebyl doprovázen poklesem psychopatologie (znamená to tedy, že se postižení naučili se svým handicapem žít?), podobně neklesá ani sociální postižení, ale naopak postupně roste počet invalidizovaných lidí (Motlová, Koukolík, 2004, str. 40-1).

6.1.5 VARIANTY PRŮBĚHU

Jelikož je schizofrenie nemoc s tak různorodým průběhem, je logické, že se klinické už od počátku jejího vydělení jako samostatné diagnózy snažili vypořádat typické průběhy nemoci a z praxe vyvodili procentuální zastoupení těchto typů v populaci nemocných. Kraepelin odhadoval neodvratně katastrofický průběh u velké většiny pacientů. Tento omyl byl brzy vyvrácen a dlouhou dobu se tradovalo velmi orientačně fungující pravidlo třetin: jedna třetina pacientů se uzdraví úplně, jedna třetina prochází opakovanými epizodami onemocnění, jedna třetina trpí chronickou formou nemoci. Moderní longitudinální výzkumy však ukazují, že si se třemi typy a třetinovou pravidelností nevystačíme. Jejich výsledky se však pohybují ve značném rozptylu.

Studie Manfreda Bleulera, syna Eugena Bleulera, jeho nástupce v nemocnici v Burghölzli:

- H 2/3 až % onemocnění mají příznivý průběh,
- H 39% případů probíhá jako jedna nebo více atak, které odezní,
- H 22% případů probíhá vlnovitě ke středně těžkým a lehkým chronickým psychózám,
- H 20% případů probíhá kontinuálně ke středně těžkým až lehkým chronickým stavům,

H 8% onemocnění postupuje kontinuálně k nejtěžším chronickým stavům,

H zbylých 11% tvoří ostatní průběhy (Hóschl, Libiger, Švestka, 2004, str. 364)

Na základě longitudinálních studií Mensching uvádí jinou typologii dlouhodobých průběhů schizofrenie: záchvatovitý průběh (mezi epizodami nemoci remise se stoupající mírou defektu) 47%, progredující průběh (nemoc probíhá bez odeznění nebo zmírnění příznaků) 21% a fázovitý průběh (průběh v epizodách, bez známek změn osobnosti v období remise) 21%. (Mensching, 1990, str. 48-9)

Ve zhruba 2/3 případů se po 5 letech průběhu nemoci stav již nijak výrazně nemění.

Dlouhodobý průběh z hlediska sociální adaptace, samostatnosti života, způsobilost plnit společenské role je také relativně optimistický. Napříč studii se udává 39 - 65% zlepšených případů (Hóschl, Libiger, Švestka, 2004, str. 364)

6.2 DĚTSKÁ SCHIZOFRENIE

Schizofrenie se v malém počtu případů projevuje i v dětství. **Liberman** (1974) uvádí, že do 15. roku věku onemocní 4% nemocných schizofrenií, schizofrenie u dětí nejčastěji vzniká mezi 14.-16. rokem věku. Vypukne-li onemocnění do 10 let věku, je prognóza velmi špatná. (Malá, 2005)

Dětská schizofrenie je projev a hloubkou následků velmi blízká dětskému autismu. Vztah mezi těmito dvěma nozologickými jednotkami není stále ještě uspokojivě vyřešen (Malá, 2005).

7 FAKTORY, KTERÉ OVLIVŇUJÍ PROGNOZU SCHIZOFRENNÍHO ONEMOCNĚNÍ

V životních příbězích nemocných schizofrenií, ba dokonce i v příbězích jejich rodin, můžeme vysledovat určité faktory, dle kterých je s větší či menší pravděpodobností možno usuzovat na dlouhodobý průběh a výsledný stav onemocnění. Tyto prognostické faktory jsem pro větší přehlednost rozdělila podle časového hlediska. Na tyto činitele se můžeme dívat jako na neměnné danosti, nebo (zvláště u faktorů hrajících roli během léčby a v období remise) je brát jako zdroje zotavující se osoby, jako skutečnosti, jejichž ovlivněním můžeme změnit i průběh a výsledek základního onemocnění, fungování a životní spokojenost člověka se schizofrenií.

7.1 PROGNOTICKÉ FAKTORY V RŮZNÝCH FÁZÍCH ONEMOCNĚNÍ

7.1.1 PŘED VYPUKNUTÍM NEMOCI

Některé prediktory dlouhodobého průběhu schizofrenie jsou prosté **sociodemografické charakteristiky**. Horší prognóza se pojí s nižší dosaženou úrovní sociálního a kognitivního vývoje v premorbidním období (Häfner, An der Heiden, 2003 IN Motlová, Koukolík, 2004), mužským pohlavím (Studie deseti zemí WHO IN Höschl, Libiger, Švestka, 2004, str. 373), počátkem onemocnění v nižším věku, nízkým socioekonomickým statusem a bydlištěm ve městě (Open the Doors, 1998).

Vývoj onemocnění lze předvídat i na základě některých aspektů **rodinného prostředí** nemocné osoby. Prognosticky nevýhodná je anamnéza psychotického onemocnění mezi příbuznými prvního stupně (Murray, Van Os, 1998, Robinson a kol. 1999, Kelly a kol. 2001, IN Horáček 2003, str. 46) a vysoké skóry vyjadřování emocí v rodině (hostilita, kritika, nadměrná emoční angažovanost atd.) (Open the Doors, 1998, str. 16).

Důležitými vlastnostmi, které dále podmiňují vývoj a uzdravu z onemocnění, jsou charakteristiky **premorbidní osobnosti**. S horší prognózou jsou spjaty obzvláště schizothymní, schizoidní nebo paranoidní typy premorbidní osobnosti (Hafner, An der Heiden, 2003 IN Motlová, Koukolík, 2004). Osobnostním rizikovým faktorem je **anhedonie** (Rey a kol., 1994a IN Rey, 1996). Anhedonie je podle Sandora Rado (Sandor Rado, 1956 IN Rey, 1996) geneticky determinovaná snížená schopnost prožívat radost, uspokojení, štěstí, která se projevuje také v mezilidské oblasti jako snížená schopnost něžnosti a lásky.

Další důležitou oblastí, ze které můžeme vyvozovat prognostické závěry je premorbidní **sociální a pracovní fungování** jedince se schizofrenií. S pozdější lepší prognózou je spjata premorbidně vyšší úroveň sociální adaptace, schopnost zastávat sociální a pracovní role (Hafner, An der Heiden, 2003 IN Motlová, Koukolík, 2004), vyšší školní vzdělání, školní úspěšnost (Möller, Zersen, 1985 IN Mensching, 1990) a manželský stav (Studie deseti zemí WHO IN Höschl, Libiger, Švestka, 2004, str. 373). **Premorbidní sociální přizpůsobení** je vůbec nejsilnější prediktor. Lze z něj poměrně spolehlivě vyvozovat prognózu týkající se dlouhodobé úrovně negativní symptomatiky, průběhu onemocnění a výsledné míry sociálního postižení. Výpovědní hodnota tohoto prediktoru je ale z mnoha stran zpochybňována. Špatné premorbidní sociální přizpůsobení se totiž často spojuje s nepříznivým, plíživým začátkem nemoci. Můžeme si tedy logicky klást

otázku, zda při plíživém začátku můžeme zjistit opravdovou premorbidní funkční úroveň. (Rey, 1996) Další pochybnosti přicházejí ze strany systemických terapeutů, kteří napadají jistou tautologičnost vyvozování dobrého sociálního fungování (postpsychotického) z dobrého sociálního fungování (prepsychotického).

7.1.2 BĚHEM AKUTNÍHO STAVU A JEHO LÉČBY

Čím vyšší **věk** v počátku onemocnění (Hoschl, Libiger, Švestka, 2004, str. 365), tím větší šanci má nemocný na příznivý průběh nemoci. Vyšší věk znamená větší zralost a stabilitu CNS, ale také větší zralost a samostatnost ve vztazích a sociálním a pracovním fungování.

Význam pro další vývoj má typ začátku onemocnění. Akutní začátek, krátké **prodromální období** (Murray, Van Os, 1998, Robinson a kol. 1999, Kelly a kol. 2001, IN Horáček 2003, str. 46)., krátká doba neléčené psychózy a rychlé zlepšení v rámci léčby jsou prognosticky příznivé faktory (Hafner, An der Heiden, 2003 IN Motlová, Koukolík, 2004). Plíživý začátek, který je často asociován s dlouho neléčeným stavem a roky trvajícím zhoršováním sociálního a pracovního fungování zase často ústí do chronického a více devastujícího onemocnění (Mensching, 1990, str. 52).

Pozitivní prognóza se pojí s výskytem výrazné pozitivní symptomatiky - např. zmatenost a dezorientace (Móller, Zersen, 1985 IN Mensching, 1990) na začátku onemocnění za současné absence negativní symptomatiky (Open the Doors, 1998). Naopak závažné negativní symptomy, kognitivní, sociální postižení, nedostatečná ochota spolupracovat v léčbě (Hafner, An der Heiden, 2003 IN Motlová, Koukolík, 2004) a pocity beznaděje (Motlová, Koukolík, 2004, str. 45) v počátečních fázích nemoci včetně 1. epizody jsou spjaty s horší prognózou (Hafner, An der Heiden, 2003 IN Motlová, Koukolík, 2004).

Signifikantní prognostický význam pro celkovou úroveň dalšího pacientova fungování má úroveň **kognitivních funkcí**. Pokud na samém začátku onemocnění lze pozorovat kognitivní deficit, je pravděpodobné, že dlouhodobá úroveň psychosociálního fungování bude narušená (Volz, Kasper, 2000, str. 166).

Důležitým prediktorem je **odpověď na léčbu** (Breier A., Schreiber JL., Dyer J., et al: National Institute of Mental Health longitudinal study of chronic schizophrenia: prognosis and predictors of outcome. Arch Gen Psychiatry, 1991, 48, p. 239-246 IN

Motlová, Koukolík, 2004). Pokud nastoupí remise rychle a hospitalizace trvá krátce (Hafner, An der Heiden, 2003 IN Motlová, Koukolík, 2004), je to příznivý znak pro budoucnost nemocného.

Zásadním prediktorem, který ukazuje jednak kvalitu náhledu na onemocnění, ale také úspěšnost navázání terapeutického vztahu s lékařem, je **dodržování pravidel léčby** a medikace (Open the Doors, 1998, str. 16). Pokud nastanou problémy v této oblasti již za hospitalizace, je v ambulantní péči větší riziko ke ztrátě compliance a následnému relapsu nemoci.

7.1.3 BĚHEM ZOTAVOVÁNÍ

Prediktory dlouhodobého vývoje onemocnění jsou spojeny s oblastmi:

H Osobnostní protektivní faktory

M Klima v rodině, kde nemocný žije

H Antipsychotická medikace a compliance (dodržování léčebného postupu a medikace, spolupráce s lékařem)

H Náhled a postoje k onemocnění

OS Strategie zvládnání nemoci - coping

7.1.3.1 **Osobnostní protektivní faktory**

Tyto protektivní faktory přiblížíme pohledem sebeobrazu nemocných a teorie locus of control. Osobnostní protektivní faktory souvisí hlavně se schopností adekvátně zacházet se symptomy nemoci, psychosociálními následky nemoci a zatěžujícími životními událostmi (Rey, 1996)

Vědomí vlastní hodnoty má velký význam pro duševní zdraví člověka (Lazarus, Folkman, 1986 IN Laubenstein, 1996, str. 46). Výhodný sebeobraz má nejspíš určitou ochrannou a podpůrnou funkci ve stresových situacích. Např. osoby můžou z jejich sebeobrazu čerpat zdraví prospěšné aspekty, jako např. pozitivní myšlenky, naději, důvěru. (Bóker a kol., 1989 IN Laubenstein, 1996, str. 46) Sebevědomí působí ve stresové situaci dvěma možnými způsoby. Buď jde o pozitivní působení sebedůvěry na zdravotní stav per se, nebo působí vědomí vlastní hodnoty jako nárazník proti negativním vlivům stresu. (Laubenstein, 1996, str. 47)

Psychiatrie se ale na selfkoncept spíše než jako na protektivní faktor dívá jako na závislou proměnnou, která se po propuknutí duševního onemocnění proměňuje nepříznivým směrem. Negativní změny sebeobrazu po propuknutí schizofrenie se obzvláště výrazně projevují u mladých pacientů (Whitbourne, Sherry, 1991 IN Laubenstein, 1996, str. 47). Osoby trpící schizofrenií přitom produkují ještě nepříznivější sebeobraz než jiné skupiny nemocných. Sebeobraz lidí se schizofrenií v porovnání se zdravými je nestabilnější, křehčí a rozporuplnější, nemocní mají těžce narušené tělové schéma, negativně posuzují sami sebe, odchýlně prožívají (Laubenstein, 1996, str. 48). Pacienti s pozitivnějším sebekonceptem mají výhodnější průběh onemocnění. (Doolittle 1980, Fitts 1972 IN Rey, 1996)

Hildebrandtová (1995 IN Laubenstein, 1996, str. 64) zjistila lehké změny sebekonceptu během prvních 3 let od počátku onemocnění, přičemž změny s přibývajícím časem nabývaly na intenzitě. Na začátku onemocnění jej osoby braly jako dočasnou nepříjemnost, s časem ale psychóza nabývá zásadní důležitost pro celou osobnost a je integrovaná do sebeobrazu. Sebeobraz je značně rezistentní ke změně, je totiž velmi generalizovaný, takže je dost těžké ho ověřovat v reálných situacích. Také terapeutické intervence v tomto směru jsou obtížné. Nejlépe v tomto smyslu fungují hraní rolí spojené se sebereflexí, systematické posilování a konfrontace se situacemi, které poskytují srovnání s jinými osobami (Laubenstein, 1996, str. 63).

Rotterova teorie „locus of control“ rozděluje osoby na typy podle toho, zda přičítají výsledky své činnosti sobě nebo vnějším okolnostem. Místo kontroly může být vnitřní nebo vnější. Pokud se osoby s externí atribucí místa kontroly dostaly do vysokého životního stresu, častěji se u nich objevovaly stavy strachu a deprese, než u lidí s vnitřní atribucí. (Johnson a Sarason, 1978 IN Laubenstein, 1996, str. 20) Naopak osoby optimistické a s vnitřní atribucí místa kontroly se chovaly v zátěžové situaci více aktivně, plánovitěji a odvážněji. Byli odolnější a snáze schopni situaci přehodnotit pozitivněji. (Carver, 1989, IN Laubenstein, 1996, str. 42)

Studie zkoumající souvislost místa kontroly a schopnosti zvládnání (coping) (Bailer a kol., 1994, Englert a kol. 1993 IN Rey, 1996) zjistila, že silně vnější místo kontroly se pojí s vyhýbavými zvládacími strategiemi, jako je rezignace, vyhýbání se a únik. (Rey, 1996) V této souvislosti je zajímavé, že lidé trpící schizofrenií mají vnímání místa kontroly výrazně víc vnější než osoby zdravé, nebo trpící jinou duševní poruchou. Nejspíš to souvisí s tím, že v akutní a často i postakutní fázi se nemocný cítí ovládan a

ovlivňován různými aspekty nemoci (bludy, halucinace s tematikou ovlivňování a ovládnutí, změny zasahující samé základy psychiky a osobnosti, např. emoce, motivaci, paměť, celkové fungování). Osoby s vnitřní atribucí místa kontroly používají více aktivních zvládacích strategií, užívají méně medikace, méně pijí alkohol a kouří. Tyto osoby mají k dispozici větší škálu zvládacích strategií. (Laubenstein, 1996, str. 82)

7.1.3.2 Emoční klima v rodině nemocného

Kromě toho, že komunikační a emoční atmosféra v rodinách osob, které onemocněli schizofrenií, byla podrobena důkladné analýze při výzkumu faktorů vzniku a rozvoje schizofrenie (viz. kapitola Etiologie schizofrenie -přehled teorií vzniku), hraje samozřejmě roli dále i v období postakutním, kdy se osoba se schizofrenií zotavuje a to zvláště u studentů, kteří ve velké většině případů bydlí s rodinou.

Četnost relapsů rok po hospitalizaci významně souvisela s **rodinnou konstelací**, do jaké se osoby trpící schizofrenií vraceli z hospitalizace. Pacienti vykazovali více relapsů, když se vraceli do rodin (k rodičům, partnerům) než když bydleli sami (Motlová, Koukolík, 2004, str. 46). Toto překvapivé zjištění souvisí s emočně přetíženými rodinnými interakcemi, které se pohybují od hostility až po hyperprotektivitu. Vypjaté emoční vazby v rodině vedou u zotavující se osoby k nadměrné stimulaci, s níž už se osoba nedovede vypořádat a řeší to strategií sociálního stažení (Motlová, Koukolík, 2004, str. 46). S fenoménem nadměrně vyjadřovaných emocí jsme se setkali již dříve. Při sledování vývoje onemocnění po dobu 9-12 měsíců byla v rodinách s nízkým skórem EE (vyjadřovaných emocí) míra relapsů 21% a v rodinách s vysokým skórem EE 48%. Pokud členové rodiny s vysokými EE podstoupili rodinnou terapii zaměřenou na styl komunikace, snížil se počet relapsů u nemocných z těchto rodin o 14% (Kavanagh, D.: Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. Br J Psychiatry, 1992, 160, p. 601-620 IN Motlová, Koukolík, 2004, str. 46-8).

Rodina může působit také jako důležitý podpůrný systém. Vedle nízkých (nebo rodinnou terapií snížených) skóre EE je to také faktor vřelosti, který jako vlastnost rodinného prostředí je naopak protektivním faktorem (Brown, G. a kol.: The influence of family life on the course of schizophrenic disorders. Br J Psychiatry, 1972, 121, p. 241-258 IN Motlová, Koukolík, 2004, str. 48).

7.1.3.3 Význam compliance (spolupráce při léčbě)

Lepší prognózu vývoje onemocnění mají ti nemocní, kteří fakt nemoci akceptují a integrují. Tito nemocní potom více spolupracují s profesionály na své léčbě. Compliance zahrnuje dodržování léčebného režimu včetně užívání medikace.

Podle studie International Study of Schizophrenia (Harrison G. a kol.: Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study. Br J Psychiatry, 2001, 178, str. 506-517) byl nejvýznamnějším prediktorem výsledného stavu po 15 letech průběh onemocnění v prvních dvou letech. Tento poznatek tedy jasně hovoří pro co nejvčasnější terapii. A právě efektivita udržovací antipsychotické léčby a prevence relapsu do velké míry záleží na tom, jak osoba svému onemocnění rozumí a jak na základě toho spolupracuje při léčbě (König, Platz, Schubert, 1992, str. 101). Pokud má být compliance dobrá, měl by nemocný již před propuštěním logicky a přesvědčivě umět rozlišovat mezi těmito dvěma světy, aby sám dokázal rozpoznat známky relapsu (König, Platz, Schubert, 1992, str. 105).

7.1.3.4 Postoje k onemocnění

Mayer-Gross (1920, 1922 IN Laubenstein, 1996, str. 55) definoval pět možných typů vyrovnání se pacienta s faktem onemocnění:

- H Beznaděj (popření budoucnosti, kapitulace před nemocí): hluboko zasahující rozpad hodnot
- H Nový život (popření minulosti): osoba rozvíjí novou identitu, identitu „nemocného“ (objevují se bolesti hlavy, unavitelnost, poruchy spánku nebo zbytky psychotické symptomatiky)
- HI Popření (popření zážitku samotného) zažité je potlačeno nebo vzpomínky zfalšovány, osoba psychózu vytěšňuje
- 1H Obrácení (převrácení hodnot) hodnoty které dosud neslo Já jsou zachráněny za cenu toho, že psychóza je považována za zážitek který dal vzniknout novému „pravému žebříčku hodnot“. Osoba „předefinovává“ realitu kolem sebe, např. v bludu
- H Roztavení (protipól beznaděje). Osoba psychózu integruje jako jeden z aspektů své osobnosti, svého života

Tyto typy postoje k vlastnímu onemocnění se liší mírou své adaptivnosti. McGlashan a Carpenter potvrdili souvislost mezi postojem k nemoci, postojem k budoucnosti a průběhem nemoci (ten se odráží ve schopnosti pracovat, absenci symptomů, kvalitě života). Pozitivní a integrující postoj k nemoci je doprovázen lepším sociálním přizpůsobením a menším poškozením symptomy. (Thurm-Mussgay, 1990) V rámci služeb pro mladé lidi na začátku onemocnění se snažíme brát tento koncept v potaz a v rámci individuální i skupinové práce s klienty jejich postoje k nemoci pozitivně ovlivňovat.

McGlashan: postoj k psychóze bere jako kontinuum: od „integrace“ k „isolaci“

- ^ „integrace“: jedinec pojímá svůj život před, během i po psychóze jako kontinuální, přejímá odpovědnost za své psychotické produkce, jeho psychotické zkušenosti jsou pro něj zdrojem informací k porozumění vlastním konfliktům, vztahům a chování, k nemoci pociťuje zájem a zvědavost
- ^ „isolace“: nemoc je pro jedince cizí, nevnímá souvislost nemoci a osobních problémů, nezabývá se nemocí (Thurm-Mussgay, 1990)

7.1.3.5 Strategie zvládnání nemoci

Coping je proces překonání obtížných okolností, vyrovnání se s nimi. Při úspěšném „překonání nemoci“ jde o to zaregistrovat, vyrovnat, zvládnout nebo zpracovat zátěž, kterou s sebou přináší nemoc (symptomy a psychosociální následky onemocnění) (Thurm, Hafner, 1987 IN Laubenstein, 1996, str. 7). Strategie zvládnání mohou být vnitřní (kognitivní, emoční) nebo mohou používat cíleného jednání, (Heim, Willi 1986) (Thurm-Mussgay, 1990) V našem případě se budeme zabývat strategiemi copingu se situací nemoci a změn, které s sebou přináší.

Podle Thurmové a kol. (1991 IN Laubenstein, 1996, str. 31) se osoby trpící schizofrenií vyrovnávají hlavně s následujícími oblastmi zátěže:

- H symptomatika (pozitivní symptomatika, jádrové příznaky, subjektivní stížnosti)
- U sociální přizpůsobení (rodina, partnerství, sexuální role, sociální chování, pracovní chování)
- H riziko relapsu (sociálně-kognitivní stresory, sociálně-emoční stresory, subjektivně zažívaná rozrušenost)

Existuje základních osm strategií copingu: únik, opatrnost, instrumentální chování, relativizace, mobilizace sociální podpory, sebepotrestání, popření a hledání informací (dle Lazaruse, Laubenstein, 1996, str. 36)

Slabší schopnosti sociálního učení, které mají lidé se schizofrenií mohou ztěžovat jejich schopnost osvojit si efektivní copingové strategie. Pokud dlouhodobě osoba používá vyhýbavou reakci, její kompetence vyrovnávat se s problémy oslabuje a ztrácí se.

Efektivita copingu

Kapacita, účinnost a strategie copingu se vyvíjejí teprve v průběhu zkušenosti s psychózou. Strategie vyrovnávání se s nemocí mohou být více efektivnější a méně efektivní a také efektivní pouze v určité situaci, v určitém čase (např. sociální stažení snižuje pravděpodobnost vztahových a emocionálních konfliktů s dalšími osobami, ale na druhou stranu zužuje s postupem času pacientovu sociální síť). Je tedy otázka, zda vůbec existují jednoznačně adaptivní a jednoznačně maladaptivní strategie, nebo je efektivita strategií vždy smíšená?

Strategie spíše efektivní a adaptivní jsou aktivní, orientované na problém, např. hledání informací, logická analýza, konkrétní pokusy řešení (Holahan, Moos, 1985 IN Laubenstein, 1996, str. 14). Strategie spíše maladaptivní je například častá strategie vyhýbání se (Laubenstein, 1996, str. 14).

Rozdíly v copingu u osob se schizofrenií a zdravých osob

Jedinci se schizofrenií ve vypořádávání se s každodenními problémy používají více neefektivních copingových strategií. Jednají bez předchozího plánu, mají menší schopnost introspekce, jejich strategie jsou méně racionálně podložené (Platt, Spivack, 1974 IN Laubenstein, 1996, str. 14), používají méně aktivní strategie, více na problémy rezignují, vyhýbají se a používají strategii náhradního uspokojení. Dále jsou tito lidé jsou méně schopni kognitivního přehodnocení situace, snadněji sáhnou k strategii sebeobviňování nebo naopak agrese. (Perrez, 1987 IN Laubenstein, 1996, str. 16)

Podle Holahana a Moose (1985 IN Laubenstein, 1996, str. 22) netkví rozdíl mezi efektivním a neefektivním copingem pouze v tom, zda osoba používá tu nebo onu strategii, ale tkví v relativním zastoupení vyhýbavé strategie v celkovém repertoáru zvládacích strategií. Podíl vyhýbání u „zdravých“ je cca u „nemocných“ už cca 1/3.

U osob s duševními problémy se roztáčí bludný kruh maladaptivního copingu a rostoucího stresu: čím výraznější je počáteční symptomatika, tím větší je citlivost vůči stresu a tím spíše osoba použije neefektivní copingové strategie. Tím se zvýší míra stresu, kterému je osoba vystavena a dokonce mohou vznikat nové problémy, se kterými se musí osoba vyrovnat. (Aldwin, Revenson 1987, IN Laubenstein, 1996, str. 38) Ve stejných náročných situacích prožívají lidé se schizofrenií mnohem větší subjektivní míru stresu než lidé zdraví. I každodenní problémy považují za stresově intenzivní.

7.1.3.6 Coping u dětí a mladistvých

Děti a mladiství obecně prožívají při zvládnání každodenních zátěžových situací negativní emoce (strach, zlost, vztek, zklamání), produkují jen málo aktivních pokusů o zvládnutí situace (zhruba 1/3 jsou strategie blokující jednání, vyhýbání a pasivita), cítí se na situaci nepřipravení, mají pocit že situace je kontrolovaná externě a že ji tedy nemůžou příliš ovlivňovat (McCombie, 1976 IN Martinius, 1994).

Při zvládnání symptomatiky a možnosti relapsu se mladiství liší v použitých zvládacích strategiích od dospělých. Dospělí nejčastěji volí strategie „dodání si odvahy“, „přemýšlím, co můžu proti problému udělat“ a „pokusím se ze situace dostat maximum dobrého“. Mladiství naopak volí strategie „vyhýbám se určitým situacím a osobám“, „popovídám si s někým“, „rozptýlím se“, „počkám, až se situace sama změní“. (Martinius, 1994) Ale používají také adaptivní postupy: promýšlejí své problémy opakovaně, hledají radu a pomoc.

7.1.3.7 Zdroje zvládnání nemoci

Zdroje jsou ochranné faktory proti možnému relapsu. Zdroje sociální i osobní ovlivňují prostřednictvím kognitivních procesů prožívání a chování osoby. Osobní a sociální zdroje na sebe vzájemně působí. Zdroj přísluší určité osobě, je použitelný, má v situaci pozitivní význam a je kontrolovatelný, tzn. osoba je schopná zdroj použít ve svůj prospěch. Zdroje jsou součástí prevence krize. Osoba disponující mnoha zdroji umí negativním událostem lépe předcházet a jejich případné dopady zmírňovat. Zátěžová životní událost zároveň znamená ztrátu pozitivních zdrojů za současného zvýšení subjektivní potřeby tyto zdroje čerpat. (Laubenstein, 1996, str. 43-44)

Osobní zdroje

Osobní zdroje se částečně kryjí s osobnostními protektivními faktory zmíněnými výše. Osobní zdroje pro zotavení z duševního onemocnění jsou pozitivně formulovaný sebeobraz, schopnost odolávat, schopnost požádat o a čerpat sociální podporu a další.

Sociální zdroje

Sociální zdroje mají pro každého jedince podpůrný, ochranný a stabilizující efekt v situacích akutní zátěže i mimo ně a také podporují celkové zdraví, pohodu a pozitivní sebeobraz člověka. Sociální podpora zmírňuje dopad stresu. Lze vysledovat souvislost mezi nedostatkem sociální podpory a objevením se psychických nebo fyzických obtíží, častějších hospitalizací. **Formy sociální podpory** mohou být: aktivní - instrumentální (materiální, informační), emoční - psychologická opora (náklonnost, úcta, útěcha, povzbuzení, pocit příslušnosti ke skupině). Situační specifita sociální podpory souvisí s tím, že osoba má v různých situacích různé potřeby. Proto osoby se schizofrenií ve fázi bezprostředního uzdravování potřebují jednostrannou pomoc, ve fázi obnovy potřebují motivaci a povzbuzení a ještě později možnost k vyváženosti dávání a brání, možnost k testování reality vlastního vnímání, pomoc s kontrolou symptomatiky, materiální pomoc, možnost rozhovoru.

Výzkum sociálních zdrojů u osob se schizofrenií se zabývá vzájemným ovlivňováním nemoci a sociálních vztahů a významem sociální sítě jako potenciálního faktoru ovlivňujícího průběh nemoci. Stabilní sociální síť a dobrá podpora ve většině studií koreluje s výhodným průběhem nemoci. U osob se schizofrenií s špatnou prognózou je podpora zajišťována vzdálenými osobami a institucemi.

Jelikož osoby se schizofrenií mají spíše horší sociální přizpůsobení a sociální kompetence, mají také spíše menší sociální síť s logicky menším potenciálem podpory. Deficity sociálních sítí osob se schizofrenií se projevují jako řídnutí kontaktů mimo rodinu, kontakty krátkodobější a náchylnější ke konfliktům, menší hustota sítě, více závislých vztahů, méně multiplexních vztahů, menší častost kontaktů. Deficity se projevují také v dlouhodobých vztazích. Osobu, která jim dává útěchu má jen 13% dotázaných (nejčastěji člen rodiny, spolupacient). 70%-90% dotázaných není spokojeno s naplněním své potřeby vztahování se k dalším lidem. Jen 17,5% dotázaných se cítí být přijato nejbližším kruhem přátel.

Již před propuknutím nemoci má u 1/3 budoucích nemocných jejich sociální síť deficit. To lze vysvětlit mimo jiné deficity sociálních kompetencí nemocných schizofrenií (malá schopnost rozumět sociálním interakcím, malá schopnost udržet rovnováhu dávání a brání), negativními a jádrovými symptomy. Pozdější pacienti byli už v dětství popisováni jako pasivnější, bojácnější, zůstávající více doma než pozdější zdraví jedinci. Může jít ale také o záměrné a dobrovolné jednání, copingové chování zaměřené proti obávané hyperstimulaci, nebo také může jít o útěk před stigmatizací.

Osoby se schizofrenií se částečně straní starých známých, nebo celkově zdravých. Bylo pozorováno i stahování se z kontaktů ze strany rodiny a přátel. Příčinou jsou negativní symptomatika, ale hlavně sociální postižení, které ze symptomatiky vyplývá. Osoby se schizofrenií nahrazují okruh přátel postupně novými kontakty z oblasti psychiatrie, čímž se vztahy stávají nepříliš úzkými, což nemusí být vyloženě negativní. Obě vedle sebe existující sítě psychiatrických a nepsihiatrických kontaktů se ale ztenčí, co se týče hustoty kontaktů.

Terapeutické možnosti týkající se sociálních sítí jsou trénink sociálních dovedností osoby, terapie zaměřená na kvalitu vztahů v sociální síti, zpřístupnění nových možností (nových sociálních sítí), např. v rámci vrstevnických programů zaměřených na integraci, v rámci přechodného a podporovaného zaměstnávání atp..

8 PSYCHOSOCIÁLNÍ DŮSLEDKY NEMOCI

Onemocnění schizofrenií ovlivňuje všeobecné fungování již premorbidně a po propuknutí nemoci pak ještě s rostoucí mírou.

8.1 SOCIÁLNÍ POSTIŽENÍ

Přesto, že převažuje pohled na schizofrenii jako na nemoc devastující sociální a pracovní fungování nemocné osoby, longitudinální studie, které zkoumaly dlouhodobý vývoj onemocnění schizofrenií, zjistily, že jedna až dvě třetiny pacientů prožívají úspěšný až středně úspěšný a téměř nezávislý sociální život v rámci běžné společnosti (Harding et al. 1987; Harrison et al. 1996; an der Heiden 1996; an der Heiden et al. 1996; Mason et al. 1995; Wiersma et al. 1996; Ciompi 1980). (Open the Doors, 1998, str. 16)

Sociální postižení se jmenovitě projevuje v horší sociální adaptaci, v obtížnějším navazování vztahů, která se projevuje v zúžení sociální sítě, často také v sociálním

stažení a zvláštních způsobech komunikace, které mohou vyžadovat od okolí jistou adaptaci. Na základě častějších zážitků neúspěchu se u osob se schizofrenií častěji vyvine „naučená bezmocnost“ a z ní vyplývající komunikační strategie, kdy osoba často zmiňuje a komentuje svojí domnělou neschopnost a nekompetentnost. (Lasar, Ribbert, 1999, str. 161) Se zvyšující se délkou onemocnění se také zvýrazňují zvláštnosti v sebeprezentaci (ta zahrnuje vzhled a společenské chování), které také ovlivňují sociální fungování dané osoby.

Pozoruhodná je také stabilita míry sociálního postižení v čase. Zdá se, že se už brzo po odeznění první epizody rozhoduje, zda pacientovi zůstanou následky, nebo jestli se vrátí na původní úroveň sociálního fungování (Rey, 1996)

8.2 VZTAHY A RODINA

Lidé s schizofrenií v anamnéze jsou častěji svobodní a rozvedení než běžná populace (Mensching, 1990, str. 51). Studie ukazují, že se sociální sítě osob se schizofrenií liší od zdravých a jiných skupin nemocných strukturálně, interakčně a funkčně. Jejich sociální sítě jsou menší, omezené hlavně na rodinu, s trváním nemoci v nich přibývá spolupacientů a příslušníků dalších okrajových skupin (Rey, 1996). Díky tomu také lidé se schizofrenií najdou u svých blízkých méně sociální podpory než ostatní (Rey, 1996)

Vztahy osob se schizofrenií jsou často asymetrické (např. jednostranná závislost na centrální osobě), krátkodobé nebo narušené (Rey, 1996).

8.3 KVALITA ŽIVOTA

Schizofrenie devastuje postižené jedince a jejich rodiny, má značný dopad na objektivně posuzovanou kvalitu jejich života. Nemoc je totiž spojena se snížením pracovního výkonu a společenského uplatnění, se sníženým zvládnutím samostatného života a s častou invalidizací už v mladém věku. Kvalitu života negativně ovlivňuje také psychopatologie, hlavně amotivační syndrom, negativní Symptomatologie, deprese a úzkost. (Bow-Thomas, 1999, IN Motlová, Koukolík, 2004)

Tato fakta lze ilustrovat údaji z výzkumu Murraye a Lopeze (Murray, Lopez, 1996 IN Höschl, Libiger, Švestka, 2004), kteří zavádějí jednotku DALY (diasability adjusted life years). Měřítkem sociální závažnosti nemoci je součet let, o které v průměru v dané populaci onemocnění zkrátí život, a let, po která jedinec žije s narušenými funkčními

schopnostmi. Schizofrenie je v tomto žebříčku ve vyspělém světě na 5. místě a celosvětově na 9. místě. (Hóschl, Libiger, Švestka, 2004)

Schizofrenie bývá diagnostikována u 25 % pacientů hospitalizovaných na psychiatrii. Schizofrenní onemocnění má sklon k chronickému průběhu patří mezi deset nejvýznamnějších příčin úplné invalidity (Češková, 2005). Více jak polovina dlouhodobě nebo opakovaně hospitalizovaných pacientů má diagnostikovanu právě schizofrenii.

8.4 KOGNITIVNÍ DEFICIT

Klinicky významný kognitivní deficit je pozorován u 40-60% nemocných, pouze 15% nemocných dosahuje kognitivní výkonnosti srovnatelné s většinovou populací (Tůma a Lenderová 2001, IN Horáček 2003, str. 46). Kognitivní deficit (obzvláště poruchy paměti) omezuje schopnost postižené osoby využít služby psychosociální rehabilitace, zvyšovat si kvalifikaci studiem, pracovat na otevřeném trhu práce a jinak se aktivněji účastnit občanského života (Schaub et al., 1998, IN Mensching, 1990, str. 167)

8.5 STUDIUM

Lidé trpící schizofrenií mají častěji problémy v oblasti studia a následného zaměstnání. Ve srovnání s lidmi, trpícími jinými duševními onemocněními je mezi nimi největší procento osob s invalidním důchodem a nejmenší procento osob zaměstnaných. (Mensching, 1990, str. 51-2) V rámci studia se lidé trpící schizofrenií potýkají s problémy, které vyplývají z jejich kognitivních deficitů, snížené odolnosti vůči stresu, zvýšené unavitelnosti a někdy i stigmatizací. Potíž v rámci studia také znamená návrat do školy po přerušení, způsobeném nemocí. Jedinec je velmi křehký, ale zároveň nastupuje do neznámého kolektivu a nemá ve škole navázané podpůrné sociální vazby. U studentů se schizofrenií existuje tedy zvýšené riziko opakovaného vypadávání ze studia do relapsu nemoci, (podrobněji viz kapitola Podporované vzdělávání)

8.6 ZAMĚSTNANOST

Mnozí zaměstnanci se schizofrenií v práci trpí dopady kognitivních deficitů. Kognitivní deficity ztěžují provádění cílených činností, protože osoby jsou náchylné k vyrušení irelevantními stimuly. Další komplikující roli hraje nestabilita pracovní paměti. Při zaučování se nebo přechodu k nové pracovní činnosti musí pracovní postupy mnohokrát

opakovat než se začne zvyšovat rychlost a přesnost provedení. Pro zapojení do pracovního procesu jsou pak stěžujícími faktory problémy osob s dlouhodobějším udržením pozornosti, problematickým dodržováním režimu a větší únavností. Při začleňování do kolektivu se pak často projeví zvláštnosti osob se schizofrenií v oblasti sociálního fungování, komunikace a sebe prezentace.

8.7 STIGMA

Schizofrenie vyvolává u dotazovaných negativní emoce a obavy z násilného chování. Schizofrenie je spojená s výraznou stigmatizací a diskriminací. Distres spojený se **stigmatem** ještě zvyšuje už tak značné zatížení postižených jedinců a jejich rodin. Jedinci trpící schizofrenií se často musí vyrovnávat se sociální izolací, diskriminací v oblasti bydlení, vzdělávání a zaměstnání a s jinými formami předsudků. Stigma se často rozšiřuje též na členy rodiny a profesionály poskytující služby pro osoby s duševním onemocněním. Faktorem, který míru stigmatizujících názorů snižuje je osobní zkušenost s jedincem, který schizofrenií trpí. S využitím této myšlenky vznikl také podprogram Programu Student, zabývající se osvětou na SS za účasti studenta, který se právě zotavuje z ataky schizofrenie.

Stigma může ovlivnit i sebeobraz nemocného samého. Ten si totiž v rámci socializace většinou také zvnitřnil zjednodušenou negativní představu o nálepce „duševně nemocného“. Když potom sám onemocní, může očekávat, že ho okolí bude odmítat. To může mít za následek defenzivní chování, nízké sebevědomí, stažení se ze sociálních kontaktů a následné zúžení podpůrné sociální sítě.

9 LÉČBA A REHABILITACE SCHIZOFRENNÍHO ONEMOCNĚNÍ

Podílení se na léčbě schizofrenie musí být svobodné a odpovědné rozhodnutí pacienta samotného. Základním předpokladem takového rozhodnutí je tzv. náhled, což znamená, že osoba šije vědoma vlastního onemocnění a víceméně rozlišuje mezi psychotickým a reálným světem.

9.1 LÉKY

Antipsychotická medikace má v léčbě schizofrenie dva způsoby použití: během akutní ataky se podává ve větších dávkách terapeuticky, během období remise (minimálně 2 roky) pak v menších, udržovacích dávkách jako prevence relapsu. Antipsychotická

terapie podmiňuje účinnost psycho- a socioterapeutických opatření. Pokud dojde k vysazení medikace, tyto doprovodné terapeutické postupy přestávají účinkovat (König, Platz, Schubert, 1992, str. 103) a velmi často dojde k relapsu onemocnění.

Změny v medikaci (změny podávaného léku, změny dávkování) sebou nesou krátkodobé až střednědobé změny v psychickém stavu a odolnosti vůči zátěži. Proto je u studentů vhodné, aby tyto změny probíhaly např. v období prázdnin. Často studenti referují o situacích, kdy se změna medikace a stres na začátku semestru nebo ve zkuškovém období staly spouštěčem nové ataky nemoci.

Za účelem podpory realistických postojů k onemocnění a zdravé compliance byl vyvinut speciální typ intervence - psychoedukace. V ideální formě by měla zahrnovat informace o nemoci a léčbě a být doplněná individuální a skupinovou terapií s cílem intenzivního vypořádání se s psychotickými obsahy a kognitivní diferenciací psychotického a každodenního prožívání.

9.2 PSYCHOTERAPIE

S postupnou úzdavou pacient zaujímá čím dál aktivnější roli v procesu léčení. V psychoterapii se už na své úzdavě podílí celkem aktivně. V léčbě schizofrenie se nejčastěji užívají postupy KBT, podpůrná psychoterapie a rodinná psychoterapie zaměřená na zásahy do rodinného systému, který často udržuje nemoc. Časté jsou též dlouhodobé skupinové programy.

Dvě úlohy terapeutické péče v rámci léčby schizofrenie:

1. Klient se má naučit rozeznat mezi vnímáním a primárními afektivními skutečnostmi (hlasy, pocit pronásledování) a osobními vysvětleními, interpretacemi těchto událostí (telepatie, skryté vysílače apod.). Pouze interpretační část bludu je také reinterpretovatelná. Základní prožitek reinterpretovatelný není. Terapeut, který zpochybní pravdivost klientova prožitku, zpochybní zároveň i důvěrnost terapeutického vztahu. Čerstvé bludné systémy jsou snáze reinterpretovatelné a měnitelné, s psychoterapeutickou prací je tedy nejlepší začít již ve stádiu adolescentní psychózy.
2. Klient se má naučit rozlišovat mezi svým osobním prožíváním a světem, který může sdílet společně s dalšími osobami, mezi fantazií a všeobecně přijímanou realitou. Tím se zlepší jeho schopnost komunikace s okolím.

Cílem terapie je zvýšit klientovu kontrolu reality, vnitřní schopnosti osobnosti, bezpečná konfrontace klienta se jeho vlastními vedlejšími realitami, umožnit mu návrat do všeobecné reality.

9.3 „PSYCHICKÁ DIETA“ - PŘÍZPŮSOBENÍ ŽIVOTNÍHO STYLU

Osoby trpící schizofrenií se v rámci údravy učí vyhýbat se přemíře vzrušení, ale na druhou stranu se ze života nestáhnout příliš, aby nenastal nedostatek zážitků. Hledají individuální možnosti a také hranice únosné zátěže, ale také události a situace, které mohou být spouštěcí psychózy, a kompenzační mechanismy. (König, Platz, Schubert, 1992, str. 111) I při takto změněném životním stylu může dojít k relapsu, ale je to méně pravděpodobné.

9.4 PSYCHOSOCIÁLNÍ REHABILITACE

Rehabilitace má za cíl podpořit a zkvalitnit samostatné fungování jedince v oblastech: práce a studium, bydlení, volný čas a vztahy, zdraví a péče o sebe. Postupy psychosociální rehabilitace zapojují osobu s onemocněním co nejvíce zpět do běžné komunity a snaží se spolu s ním rozšiřovat jedincovu přirozenou podpůrnou sociální síť. V rámci služeb se klient také učí lepšímu zacházení s každodenním stresem, osvojí si více použitelných copingových strategií, posiluje své sociální dovednosti (taktost, společenské vystupování) a zefektivňuje své komunikační vzorce.

SPECIÁLNÍ TEORETICKÁ ČÁST

10 MODEL VČASNÉ DETEKCE, LÉČBA, PREVENCE A REHABILITACE PSYCHÓZ

V 90 letech 20. století se vývoj v oblasti léčby a rehabilitace psychotických onemocnění zaměřil především na zajištění co nejpříznivější průběhu nemoci a minimalizaci následných handicapů a deficitů. Zvýšená péče a cílená intenzivní rehabilitace v prvních měsících po vypuknutí nemoci nás k tomuto cíli vedou. Mohou zabránit chronifikaci symptomů, deficitů i maladaptivních postojů a vzniku pasivní role uživatele sociálních služeb. Krokem psychosociální rehabilitace do 21. století je prozkoumávání možností prevence schizofrenie, vyhledávání mladých lidí s rizikem vzniku onemocnění a péče o ně.

Důvodem pro tento posun bylo zjištění, že pokud je léčba na počátku nemoci cílenější a intenzivnější, jsou projevy nemoci krátkodobější a kvalita života klienta i jeho rodiny je lepší.

Potenciální výhody včasné léčby schizofrenie jsou (Edwards, McGorry 2002):

- > Minimalizace biologické, sociální a psychologické deteriorace, která často probíhá právě v prvních letech onemocnění
- > Snížená morbidita i sekundární morbidita
- > Rychlejší úzdrava
- > Lepší dlouhodobá prognóza fungování
- > Minimalizace hospitalizací
- > Zachování maximálních dovedností
- > Zachování rodinných a širších sociálních zdrojů podpory
- > Redukce skryté psychiatrické morbidity

Takto sumarizované přínosy včasné léčby jsou atraktivní jak pro nemocné osoby, tak pro jejich rodiny a blízké, ale i pro systém zdravotnictví a sociálních služeb a nakonec i pro státní rozpočet.

Následujícími kroky se lze přiblížit včasné péči:

- > Včasné vychytávání nových případů
- > Zkracování doby, než se nemocný dostane k optimální léčbě
- > Zajištění optimální a trvalé péče v kritickém období prvních pár let onemocnění, které do značné míry rozhoduje o dlouhodobé prognóze onemocnění

V následujících bodech chci popsat základní postupy v rámci tohoto konceptu.

10.1 PODOBY PREVENCE DUŠEVNÍHO ONEMOCNĚNÍ

Včasná léčba zahrnuje také cílenou prevenci duševního onemocnění, která znamená vyhledávání osob se subtilními symptomy, které lze vyhodnotit jako známku zvýšeného rizika výskytu těžšího onemocnění. To lze chápat jako primární prevenci. Sekundární prevence v tomto rámci znamená včasné zachycování již projevených případů nemoci a optimální zajištění léčby a rehabilitace v prvních měsících a letech nemoci. Hledisko

terciální prevence zahrnuje redukci dlouhodobých postižení, způsobených nemocí. Modely péče o osoby v rané fázi psychotického onemocnění vycházejí z různých idejí, z různých regionů a z různých nastavení psychosociálních služeb v místě jejich působení. Mohou jít následujícími cestami: práce s lidmi na začátku psychózy v rámci běžné organizace péče nebo vytvoření speciálního zařízení a systému pro lidi v rané fázi psychózy, zkrácení doby neléčené psychózy, edukace o raném průběhu psychóz v rámci komunity, přijímání osob s různými psychózami (včetně afektivních) nebo specializace pouze na osoby s onemocněním schizofrenního okruhu.

10.2 INTERVENCE V PREPSYCHOTICKÉ FÁZI

Důležitost úvah o intervencích v premorbidním stádiu potvrzují údaje, že deficit sociálního fungování vznikají a ustalují se právě v době prepsychotické fáze, kdy symptomy ještě nepřekročí diagnostický práh. Úroveň psychosociálního fungování dosažená na konci prodromální fáze silně ovlivňuje další vývoj choroby a také stanovuje „strop“ pro možnost údravy (Häfner a kol 1995, 1999 IN Edwards, McGorry, 2002).

„Close-in“ („přibližovací“) strategie (Bell, 1992 IN Edwards, McGorry, 2002) pomáhá vytipovat lidi s velmi vysokým rizikem rozvoje psychózy. Spočívá v postupném sčítání potenciálně prodromálních symptomů a faktorů ukazujících na psychózu u osoby přicházející zatím s lehčími obtížemi a tudíž ve zpřesňování názoru profesionála na míru rizika dekompenzace. Lidé zažívají velký stres už v prepsychotickém stádiu, špatně fungují v práci nebo při studiu, mají sklon k sebevražednému jednání nebo zneužívání psychotropních látek a sami vyhledávají profesionální péči (i když zatím ne z důvodu psychózy). Osoby, které byly v péči v prepsychotické fázi a pak u nich propukla psychóza, je snadnější motivovat k užívání medikace, je minimalizovaná nutnost jejich hospitalizace, a je minimalizovaná doba, kdy psychóza probíhá neléčeně.

V prepsychotické fázi se v absolutní většině případů nepoužívají antipsychotika, péče spočívá v podpůrné psychoterapii, případně terapii či edukaci zaměřené na obtíže, se kterými pacient přichází (zvládání stresu, zneužívání psychotropních látek, úzkost atd.).

10.2.1 MOŽNOSTI LÉČBY V PRODROMÁLNÍ FÁZI

Vzhledem k velké prevalenci nespecifických prodromálních symptomů v populaci adolescentních a mladých dospělých, je velké riziko, že dojdeme k falešně pozitivní

diagnóze a budeme osoby zbytečně léčit. Proto preventivní intervence musí být opravdu omezené. (Birchwood, Fowler, Jackson 2002)

Doporučit lze následující přístupy:

- o Včasné rozpoznání a snadný přístup k péči - mladí lidé, kteří zažívají velké změny v emocích a fungování, potřebují snadný přístup k odborníkům. Můžeme působit na rodiče, praktické lékaře a učitele, zvýšit jejich povědomí o těchto změnách a možné souvislosti s psychózou, a tím podpořit včasnější rozpoznání onemocnění.
- o Sledování mladých lidí se zvýšeným rizikem rozvoje psychózy - nabídka péče může být zaměřena na minimalizaci stresu způsobeného podprahovými symptomy, nebo na zneužívání psychotropních látek. Tento blízký kontakt s ohroženými osobami má minimalizovat prodlevu nasazení adekvátní péče v případě rozvoje floridní psychózy.

10.3 VČASNÁ DETEKCE PRVNÍ EPIZODY PSYCHÓZY

Zatím není zcela jasné, zda se zkrácením neléčené fáze psychotického onemocnění zlepší dlouhodobá prognóza. Předpokládá se, že delší cesta nemocného za léčbou znamená těžší průběh nemoci s větším zastoupením negativních symptomů, paranoidity a s menší chutí hledat a přijmout léčbu. Psychosociálními problémy, které se během období neléčené psychózy objeví, trpí nemocný i jeho rodina a okolí.

Strategie vedoucí ke zkrácení fáze neléčené psychózy:

- > vylepšit rozpoznávání počátků onemocnění
 - o edukovat odborníky, zvýšit povědomí o raných příznacích psychózy
 - o edukovat veřejnost - snižovat stigma spojené s psychózou, které často brzdí nemocné a jejich rodiny v hledání péče
- > poskytovat snadno přístupné a přátelské psychiatrické služby
 - o snížit stigma spojené se službami
 - o rychlá odpověď a flexibilita služeb
 - o asertivní vyhledávání potenciálních pacientů

(Miller, Mednick a kol. 2001)

10.4 OPTIMÁLNÍ PÉČE V RÁMCI PRVNÍ EPIZODY A NÁSLEDUJÍCÍHO KRITICKÉHO OBDOBÍ

Kritické období trvá zhruba 5 let po propuknutí psychózy a je charakteristické vrcholem vulnerability. Míra postižení, kterou člověk vykazuje během prvních dvou let nemoci, velmi silně předpovídá míru postižení, kterou bude vykazovat další roky a desetiletí. Právě proto jsou úroveň a výsledky péče v tomto období klíčové.

Intenzivnější a cílenější péče v rámci první epizody a kritického období vyžaduje mnohem méně změn ve stávající struktuře péče, než jak je tomu při požadavku zachycení pacientů v prepsychotických stavech nebo rané fázi nemoci.

Většina lidí na začátku nemoci je mladá a má málo, či žádné, zkušenosti s psychiatrií. Proto sdílí strach a předsudky s obecnou veřejností.

Diagnostika by měla být terénní, postupná, aby nezhatila důvěru pacienta a jeho ochotu ke spolupráci. Na začátku by se péče měla zaměřit na riziko ublížení sobě či ostatním, na odlišení psychózy od akutní intoxikace, na klinickou diagnostiku psychózy, nikoliv pečlivé sledování MKN-10 vodítek.

10.4.1 AKUTNÍ LÉČBA

Pokud je to možné, je nejlepší poskytnout léčbu doma. Atypická antipsychotika jsou lékem první volby. Farmakoterapii je nutné doplnit o intenzivní psychosociální podporu pro pacienta i rodiny.

Výhodný je integrovaný model péče, ve kterém je zahrnut i obvodní lékař, psychiatr a psychosociální služby. V rámci podpory procesu uzdravy pomáhají intervence v rámci rodiny a skupinové programy zaměřené na zotavení. Léčba by se neměla zaměřovat pouze na prevenci relapsu, důležitá je také adaptace na nemoc a změny, které přináší do jedincova života. Většině lidí trvá nějaký čas, než mohou akceptovat potřebu podpůrné léčby vůbec. (McGorry, Jackson 1999)

10.5 PŘEHLED SLUŽEB VČASNÉ LÉČBY PSYCHÓZ A PŘÍKLADY DOBRÉ PRAXE

90 léta znamenala expanzi služeb pro péči o lidi v raném stádiu psychózy:

- o V Austrálii a na Novém Zélandu se etabloval aktivní přístup: vznikaly zájmové skupiny a sítě, specializované služby. Austrálie prosazuje hledisko raných intervencí u psychóz jak na národní, tak na mezinárodní úrovni.

- o V Evropě se toto hledisko promítá do služeb hlavně v Nizozemí, Velké Británii, německy mluvících zemích a ve Skandinávii
- o Kanada má v tomto odvětví psychiatrie vedoucí roli a USA přispívá k výzkumnému uchopení této otázky

10.5.1 EARLY PSYCHOSIS PREVENTION AND INTERVENTION CENTRE (EPPIC), MELBOURNE, AUSTRÁLIE

EPPIC se rozvíjí od roku 1984. Program EPPIC si klade za cíl snížit primární i sekundární morbiditu osob v rané fázi psychózy a to jednak s pomocí identifikace pacientů co nejdříve po nástupu nemoci. Dále prostřednictvím neodkladné specifické léčby, kterou poskytuje až 18 měsíců. Služby EPPICu cílí na vyhledávání osob s vysokým rizikem vzniku psychózy a minimalizaci falešně pozitivních diagnóz.

EPPIC obsluhuje západní městskou část Melbourne, oblast kde působí 20 psychiatrů a 4 psychiatrické služby pro dospělé. Populaci na tomto území tvoří z velké části přistěhovalci nebo potomci přistěhovalců, často se špatnou úrovní angličtiny, nižším vzděláním. Na území, kde EPPIC působí, mají lidé nízké příjmy a jsou často nezaměstnaní. (Edwards, McGorry 2002)

10.5.1.1 Jednotlivé složky služeb EPPICu:

- o Mobilní tým zajišťující krizové služby, diagnostiku a úvodní léčbu (Youth Access Team)
- o Aktivity zaměřené na prevenci a zvyšování psychiatrické gramotnosti široké i odborné veřejnosti
- o Klinika zaměřená na léčbu osob s velmi vysokým rizikem vzniku psychózy už v prodromálním stádiu
- o Oddělení pro hospitalizaci
- o Služba case managementu, jako dlouhodobé doprovázení osob s již zjištěnou psychózou
- o Skupinový program (terapie, psychoedukace, nácvik dovedností)
- o Prodloužená klinická péče v období uzdravy
- o Podporované bydlení a podporované zaměstnání

- o Skupinové i individuální programy pro rodiny (terapie, edukace, svépomoc)

Zatažení rodin do léčby se děje skrze možnosti poskytnout zpětnou vazbu vzhledem k systému služeb, možnosti docházet do podpůrných skupin a tam se setkávat s jinými rodinnými příslušníky nemocných, další možností je získání placeného pracovního místa v rámci EPPICu. Rodinní příslušníci mohou také získat kontakt a podporu od rodin bývalých nebo současných klientů EPPICu.

10.5.1.2 Youth Access Team

Zajímavý je model mobilního krizového a kontaktního týmu, který zajišťuje vstup do služeb. Popíšeme ho zde podrobněji. **Youth Access Team** je multidisciplinární tým, který poskytuje krizovou intervenci a zároveň je vstupní bránou k léčbě. Tým funguje nonstop, kromě vstupního vyšetření poskytuje domácí péči. Tým také edukuje komunitu a pečuje o redukci stigmatizace duševních nemocí a psychiatrie vůbec. Jejich forma péče se snaží o minimalizaci stresu z prvního kontaktu s psychiatrií: tým poskytuje informace a podporu v každé fázi kontaktu, kontakt je možný v co nejméně ohrožujícím prostředí (doma, ve škole, u praktického lékaře). Tým se v první řadě zaměřuje na zaangažování pacienta na léčbě. Pracovníci minimalizují trauma spojené s hospitalizací, podporují zkrácení hospitalizace a plánování pohospitalizační péče.

V prvních dvou letech fungování služba **Youth Access Teamu** obdržela 956 žádostí o vyšetření možné psychózy, 587 osob bylo vyšetřeno a 398 osob bylo dále léčeno v rámci EPPIC. 40% vyšetření se konalo u pacienta doma, 21% ve službě, která nebyla součástí systému péče o duševní zdraví. V prvních 6ti měsících 50% žádostí pocházelo z nepsychiatrického kontextu a 10% od rodin a přátel, v dalších 6ti měsících, poté, co začala fungovat kampaň pro veřejnost, z nepsychiatrického prostředí přicházelo už 69% žádostí a od rodin a přátel 25%. V prvním roce uběhla od telefonické žádosti k urgentní návštěvě 68 minut, k neurgentní návštěvě a vyšetření 3,1 dne. Pouze 9% nedobrovolných hospitalizací si vyžádalo asistenci policie.

10.5.1.3 Evaluace efektivity program u EPPIC

Autoři srovnali vývoj 51 osob s první atakou psychózy po prvních 12 měsících léčby v modelu EPPIC a 51 pacientů s první atakou ze stejného regionu, kteří byli léčeni klasickým způsobem. Pacienti programu EPPIC vykazovali lepší kvalitu života, lepší sociální fungování, méně prožívali posttraumatický pohospitalizační stres. V EPPICu

také byla kratší průměrná hospitalizace a pacienti dostávali nižší dávku medikace. Průměrná délka neléčené psychózy byla v EPPICu zkrácena z 237 na 191 dnů, ale tento rozdíl ještě není statisticky signifikantní. Náklady na intenzivnější komunitní péči se vykompenzovali sníženými výdaji na péči při hospitalizaci.

10.5.2 PREVENTION AND EARLY INTERVENTION PROGRAM FOR PSYCHOSES (PEPP), ONTARIO, KANADA

PEPP si klade za cíle provozovat komplexní služby diagnostiky a léčby neafektivních psychóz a přispívat k výzkumu ranných fází psychotického onemocnění. Léčba je založená na konceptu vulnerability jako jádrové příčiny vzniku a rozvoje psychózy. Léčba kombinuje optimální kombinaci farmakologických a psychosociálních intervencí. V následujících odstavcích se budeme věnovat podrobněji jednotlivým prvkům služeb PEPPu. (Birchwood, Fowler, Jackson 2002)

10.5.2.1 Včasnost nástupu léčby

První rámcové vyšetření osoby s obtížemi je provedeno 24-48 hodin po prvním kontaktu, podrobné vyšetření, v případě, že se potvrdí přítomnost psychózy, následuje během jednoho týdne.

10.5.2.2 Destigmatizační aktivity

Výrazným prvkem programu je široká škála informačně-preventivních materiálů šířených v rámci komunity (brožury, plakáty, kalendář, záložky pro studenty distribuované ve škole, pořady v místním rádiu, televizní šot s tématem varovných příznaků při nástupu psychózy).

10.5.2.3 Péče vpremorbidním a prodromálním stádiu nemoci

Jedinci s vysokým rizikem vývoje psychózy mají možnost využít na zkoušku podpůrnou terapii, v jejímž rámci se věnují stress managementu a řešení problémů.

10.5.2.4 Hospitalizace

Program zahrnuje lůžkové oddělení pro možnost hospitalizace (většinou je ale zaplněno maximálně 4-6 lůžek).

10.5.2.5 Prvky léčby psychózy

Péče o klienty mimo hospitalizaci probíhá formou asertivního týmu case managementu, ve kterém pracují psychiatři, psychologové, pracovní terapeuti, ale nejdůležitější roli v péči mají case manageři z řad psychiatrických sester a sociálních pracovníků. Skupinové intervence jsou zaměřeny hlavně na stabilizaci a sžití se s novým stavem po psychóze, dalšími možnostmi jsou podpůrné skupiny a trénink kognitivních funkcí. Je možné kombinovat také s individuální kognitivně behaviorální terapií zaměřenou na psychotické symptomy a komorbiditu.

10.5.2.6 Podpora pro rodiny osob s psychózou

Služby pro rodiny osob s psychózou se skládají ze série psychoedukačních seminářů a individuální práce se sociálním pracovníkem a psychiatrem. Pro rodiny lidí, kteří mají psychotické problémy déle než 2 roky, existuje podpůrná skupina rodinných příslušníků. Intenzivní část programu trvá 2 roky. Po uplynutí této doby většina osob využívá už jen schůzek se svým psychiatrem, kde se věnují více udržení medikace. Pouze 15% klientů ho potřebuje po dvou letech využívat v plné šíři, činí tak další rok.

V kapitole o včasné léčbě a rehabilitaci psychóz jsme se dozvěděli o argumentech proč vyhledávat, léčit a rehabilitovat mladé lidi ohrožené duševní nemocí, nebo ty kteří se pohybují na jejím začátku. Také jsme mohli získat přehled o tom, jak takovéto služby pojmají profesionálové v zahraničí. Program Student z východisek včasné rehabilitace psychóz vychází a snaží se včasným záchytem, rychlým návratem mladých lidí ke studiu a jejich intenzivní podporou minimalizovat jejich sociální postižení, předejít jejich invalidizaci a zlepšit jejich možnosti na trhu práce.

11 PODPOROVANÉ VZDĚLÁVÁNÍ

Podporované vzdělávání lze definovat jako vzdělávání v integrovaném prostředí pro osoby s vážným duševním onemocněním, kteří se z důvodu onemocnění nemohli účastnit vyššího vzdělávání nebo pro lidi, kteří své vzdělání z důvodu duševní nemoci jednou nebo vícekrát přerušují a kteří vzhledem ke svému handicapu potřebují dlouhodobou podporu, aby byli ve studijním prostředí úspěšní. (Unger, 1990, str. 10 IN Unger, 1998).

11.1 CESTA ZA PODPOROVANÝM VZDĚLÁVÁNÍM BĚHEM DRUHÉ POLOVINY 20. STOLETÍ

V 80. letech se díky vývoji v biologické i terapeutické léčbě začala ze skupiny lidí s duševním onemocněním stále více vydělovat podskupina mladých osob (ve věku 18-35 let) s velmi krátkou zkušeností s duševní nemocí. Tito lidé byli od začátku léčení novými efektivnějšími antipsychotiky a jejich hospitalizace trvala krátkou dobu, takže se nenaučili postojům pasivity a beznaděje dlouhodobě duševně nemocných předchozích generací. Tyto osoby vnímaly dosavadní služby pro dlouhodobě duševně nemocné jako stigmatizující a pro sebe málo prospěšné. Na základě jejich jiných potřeb a preferencí začaly postupně vznikat nové služby pro mladé lidi s ranou psychózou, mezi nimi i podporované vzdělávání. Dalším faktorem, který přispěl ke vzniku nových typů služeb a tedy i podporovaného vzdělávání, byla dramatická změna v chápání duševního onemocnění. To již není považováno za nezvratný konec produktivního života a důvod k trvalé invaliditě. Nové typy služeb jsou v základě rehabilitační (a někdy habilitační), jde v nich o návrat nebo samostatné a dospělé postavení člověka se zkušeností s duševním onemocněním v oblastech běžného života, jako je studium, práce, bydlení, vztahy a volný čas.

U mladých duševně nemocných, žijících v komunitě byly od 80. let dokumentovány specifické obtíže: sociální izolace, hostilita, velká citlivost vůči stresu, obtíže v rozhodování a malá schopnost zvládnání stresujících mezilidských interakcí. (Goldman a kol., 1981, IN Unger, 1998). Méně než 25% těchto mladých lidí v této době bylo schopno udržet si zaměstnání (Caton, 1981 IN Unger, 1998), proto jedním z hlavních cílů nově vznikajících služeb psychosociální rehabilitace bylo pomoci nemocným osvojit si dovednosti k nalezení a udržení si kvalifikovaného zaměstnání. Přitom tato obtíž mladých nemocných nebyla v nedostatku vzdělání nebo intelektových schopností (91% mělo střední vzdělání, 58% dokonce nižší terciální) (Unger, 1998), problémem byl nedostatek pracovních a sociálních dovedností.

11.1.1 PRVNÍ VLAŠTOVKA - AKTIVIZAČNÍ PROGRAMY NA VYSOKOŠKOLSKÉ PŮDĚ

V průběhu vývoje vznikly služby psychosociální rehabilitace zaměřené na trénink dovedností potřebných k samostatnému a kvalitnímu životu, tedy i služby podpory ve studiu. Vzhledem k obtížnému transferu dovedností u lidí s duševním onemocněním a vzhledem k záměru ještě snížit stigmatizaci, začaly vznikat služby podpory ve studiu přímo ve školním prostředí (v rámci vysoké školy). Od poloviny 70 let vznikaly

programy na vysokých školách, ve kterých se osoby s duševním onemocněním stávaly studenty a jejich obtíže byly nahlíženy jako limity dovedností, které lze překonat pomocí tréninku. Prostředí školy se zároveň stalo přirozeným a nestigmatizujícím prostředím, kde se tento trénink mohl konat. Náplní těchto předchůdců služeb podporovaného vzdělávání byl **předpracovní trénink, kognitivní trénink a trénink pracovních dovedností**. (Hoffman, Mastrianni 1993) Tyto nové služby poskytují mladým lidem se zkušeností s psychózou dostatečný důvod zůstat zdraví (mohou díky nim studovat, pracovat, dospěle žít), služby jsou nestigmatizující a tématem se hodí k jejich věku. Tyto programy tedy byly zaměřené zároveň na možnost pokračovat v dalším vzdělávání, ale i na možnost snadněji získat práci, nešlo tedy ještě o čistou podporu ve studiu.

S postupem doby se díky účinnější medikaci zvyšoval počet lidí s duševním onemocněním, kteří studovali, nebo se po nemoci ke studiu vraceli, a to zatím bez podpory. Nejdříve se na tyto studenty pohlíželo jako na příliš nemocné, nepřizpůsobivé, potřebující hlavně psychoterapii a tedy neschopné se dlouhodobě úspěšně udržet ve studijním prostředí. Na kalifornské Community College ale šli dál za tyto stigmatem duševní nemoci ovlivněné soudy a provedli evaluaci potřeb studentů s duševním onemocněním (Parton, Amada, Unger, 1991 IN Unger, 1998). Z evaluace vyplynuly překvapivé poznatky, že obecné poradenství a služby, které nabízí škola pro studenty s handicapem, je naprosto dostačující a účelné pro většinu studentů s vážným duševním onemocněním a také, že pracovníci poradenského centra pro studenty s handicapem jsou schopni bez dalšího tréninku adekvátně podpořit i studenty s duševním onemocněním.

Koncept podporovaného vzdělávání vešel v USA ve známost a začal o něj být zájem mezi studenty s nemocí, rodiči i školami, ale vzhledem k nedostatku financí se při jeho rozšiřování šlo efektivní a efektivní cestou - jinak a lépe využít dosavadní zdroje služeb v rámci školy, komunity a zdravotnictví.

Pomoc lidem s duševním onemocněním zpět ke studiu je radikálním odklonem od medicínského modelu duševní nemoci. Celý rehabilitační pohled na duševní nemoc je revolučně jiný. Medicína nám přináší dichotomii zdraví-nemoc a cíl „vyléčit“ duševní nemoc. Psychosociální rehabilitace se na totéž dívá mnohem rozmanitějším filtrem dovedností a podpory nutné k fungování osoby v běžném prostředí. Cílem pro psychosociální rehabilitaci je zlepšit fungování osoby s duševním onemocněním.

11.1.2 BARIÉRY VE STUDIU PRO OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

- > Stigma
- > Povaha nemoci - kognitivní obtíže, zvýšená citlivost vůči stresu a úzkostnost, průběh v atakách
- > Vedlejší efekt medikace - mohou být: syndrom neklidných nohou - neschopnost vydržet v klidu, snížená schopnost vzbudit se ráno přiměřeně brzy, zhoršená koncentrace, výpadky paměti, mimovolné pohyby nebo stavy neklidu. (Unger, 1998)

Většina problémů, které studenti s duševním onemocněním popisují, není intelektuálního charakteru, ale pramení z následků duševní nemoci a přerušného vývoje. Mladí lidé s duševním onemocněním jsou často celou svou adolescencí a ranou dospělost ponořeni do kolotoče rehospitalizací a když se po opadnutí nejhorší fáze nemoci, často kolem třicítky, vrátí do běžného života, zjistí, že jsou 10-15 let pozadu za svými vrstevníky. V rámci podpory ve vzdělávání potřebují osoby s duševním onemocněním jednak získat nové dovednosti v zacházení se symptomy nemoci, ale také obdržet podporu ve stanovení svých studijních a pracovních cílů.

11.1.3 SPECIÁLNÍ POTŘEBY STUDENTŮ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

(průzkum prezentovali Parton, 1993, Unger, 1993 IN Unger, 1998):

- > Oblast administrativy (žádosti o finanční podporu, zápisy, formuláře...)
- > Oblast rozhodování a sebeřízení (výběr učebních předmětů, time management, dodržovat termíny)
- > Učení/koncentrace
- > Sociální fungování (vztahy, navazování přátelství, říci si o pomoc)
- > Stres (zkoušky, řešení problémů v nových situacích, jednání s autoritami)

Základem podporovaného vzdělávání je psychosociální rehabilitace, na člověka zaměřený přístup (nepředpojatý pozitivní pohled na studenta, respekt k jeho individualitě, víra, že se dokáže učit, úcta k jeho zážitkům z duševní nemoci) a Rotterova teorie sociálního učení, která vychází z toho, že člověk se učí na základě osobních zkušeností a nejvíce v kontextu, který dává danému člověku smysl, je mu

známý. (Rotter 1976, str. 84 IN Unger, 1998). Školní prostředí je pro většinu lidí velmi motivující k tomu, aby se naučili nebo přeúčili novým způsobům chování.

Podle podmínek, ve kterých se program odehrává, míry integrace a cílů programu můžeme rozdělit programy podporovaného vzdělávání na tři typy:

- > Self-contained classroom model - program se odehrává v samostatné učebně na půdě školy. Studenti s duševním onemocněním nejsou ihned integrováni do výuky v ostatních třídách, ale participují na celoškolských aktivitách a využívají zdroje školy. Z tohoto programu se studenti mohou integrovat do běžného vyučování.
- > On site model - studenti jsou integrováni do běžných tříd. Podpora je jim poskytována poradenskými zaměstnanci školy. V rámci tohoto modelu jsou studenti motivováni, aby využívali existující služby a zdroje kolejí a univerzit.
- > Mobile supported education model - studenti jsou integrováni v běžném vyučování, podpora je jim poskytována specializovanými pracovníky z organizací péče o duševní zdraví, kteří docházejí za klienty (Výukové moduly: Komunitní psychiatrie v praxi, 2005).

11.2 ŠKÁLA OPATŘENÍ A SLUŽEB PODPOROVANÉHO VZDĚLÁVÁNÍ

Pro podporu studentů s duševním onemocněním nemusíme zavádět celý sofistikovaný program se specializovanými zaměstnanci. Někdy si stačí uvědomit možná opatření, kterých by mohli studenti využívat v rámci stávajících možností.

11.2.1.1 Modifikace akademických požadavků

Ta má zajistit, že tyto požadavky nediskriminují studenty s postižením. Modifikace je dobré mít k dispozici v rámci všech akademických i neakademických aktivit v rámci studia, jako jsou přijímací zkoušky, výběr studentů, vstup do programů, ubytování, finanční pomoc, poradenství a další. (HEATH Resource Center and Association on Higher Education and Disability IN Unger, 1998). Pro uplatnění modifikace existují dvě podmínky. Student musí prokázat svůj handicap a vědět o možnosti modifikací. Úkolem vzdělávacích institucí je tedy o modifikacích dostatečně a srozumitelně informovat.

11.2.1.2 Podpůrné služby

Podpůrné služby, které jsou v USA hodně využívány studenty s duševním onemocněním:

- > Asistence při zápisu ke studiu i do jednotlivých kurzů
- > Asistence při žádání o finanční výpomoc
- > Asistence při žádání o prominutí poplatků z důvodu handicapu
- > Poradenství zahrnující výběr kurzů za současného zohlednění studentových akademických i osobních cílů a zároveň jeho funkčních limitů
- > Speciální poradenství: pracovní, osobní, studijní
- > Možnost mít v rámci školy tiché, klidné místo na odpočinek a relaxaci
- > Možnost mít podporu vrstevníka, např. od spolubydlícího, spolužáka
- > Kontakt se školními a komunitními službami v místě školy
- > Podpora při stanovování cílů
- > Kariérní poradenství

(Unger 1993)

11.2.1.3 Speciální kurzy

Pro mnohé studenty jsou velmi účelné kurzy, kde se mohou vylepšit v důležitých dovednostech, nebo kurzy, kde se aklimatizují na akademické prostředí a nutnost držet se rozvrhu. Dovednosti, které studenti mohou získat v těchto kurzech jsou: studijní techniky, time management, zvládání zkuškových situací, strategie řešení problémů, management symptomů základního onemocnění nebo dovednosti jak dobře strávit volný čas. Součástí záměru těchto speciálních kurzů je také navazování vztahů, které mohou být do budoucna důležitým prvkem sociální sítě studenta s duševním onemocněním. (Unger, Anthony, Sciarappa, Rogers 1991)

11.2.1.4 Programy podporovaného vzdělávání

Hlavním cílem těchto programů je poskytování služeb studentům s duševním onemocněním, proto se zde pohybuje speciálně vyškolený personál a mají další specifické zdroje.

Často se stává, že studenti s duševním onemocněním trpí též poruchami učení, nebo žádají o modifikace s odkazem na poruchy učení, aby nevyšlo najevo často ještě stigmatizující duševní onemocnění. Tyto dva handicapy s sebou nesou podobné problémy ve studiu:

- > Obtíže nenechat se rozptylovat vnějšími podněty
- > Problém plánovat si čas a dodržovat termíny
- > Limitovaná schopnost zvládat hluk a davy
- > Obtíže soustředit se na víc úkolů zároveň
- > Extrémní reakce na negativní zpětnou vazbu
- > Znatelná úzkost a zmatenost, pokud jsou instrukce zadávány pouze verbálně
- > Obtíže při přepínání činností (např. z poslechu na psaní)

(Fredo, 1993 IN Unger, 1998)

Studenti s duševním onemocněním využijí pomoc při stanovování studijních a kariérních cílů. Těchto cílů se pak dá využít při sestavování individuálního studijního plánu, který zachytí jednak kroky vedoucí k tomuto cíli, ale také modifikace akademických požadavků, které k tomu budou zapotřebí.

Mnozí poradenští pracovníci ve vzdělávacích institucích mají obavy z práce se studenty s duševním onemocněním, necítí se na práci s nimi dostatečně odborně připraveni. Pravda ale je, že poradenství s těmito studenty je v podstatě stejné jako s jinými studenty s handicapem. Jediná zvláštnost této skupiny studentů je, že potřebují více podpory na začátku a až se ve škole aklimatizují a získají prospěšné studijní stereotypy, jejich potřeba podpory se sníží.

V roce 1991 byla provedená v Bostonu studie zájmu osob s duševním onemocněním o různé typy služeb (Rogers a kol., 1991 IN Unger, 1998). 62% respondentů mělo zájem o služby v oblasti vzdělávání (podporu při hlášení se ke studiu, pomoc ve získávání finanční podpory, upevňování studijních dovedností, podporu od vrstevníků, profesionální podporu).

Dlouhodobě byli lidé s duševním onemocněním považováni za neschopné dokončit terciální vzdělání. Ale ve výzkumu výsledků podporovaného vzdělávání (Unger, 1998), který sbíral data na školách v Kalifornii, Connecticutu, Massachusetts autoři zjistili, že

studenti s duševním onemocněním (N=124) úspěšně dokončili 90% kurzů, do kterých se zapsali.

Lidé s duševním onemocněním, kteří studují, jsou subjektivně spokojenější s kvalitou svého života, než lidé s duševním onemocněním, kteří pracují, nebo ani nestudují, ani nepracují (Unger, 1998).

Podle studie Ungerové, Anthonyho a jejich týmu v roce 1991 (IN Unger, 1998) osoby s duševním onemocněním, které pokračují ve studiu, mají také menší tendenci k rehospitalizaci a návratu do nemoci.

Základní dovednosti pracovníka služby podporovaného vzdělávání jsou shodné s dovednostmi case managera (umět pomoci studentovi stanovit studijní cíl, vytvořit se studentem studijní plán nebo plán využívání služeb, učit dovednostem, monitorovat jak student využívá nové dovednosti a služby, zmapovat potřebu dalších služeb a případná pomoc při navazování kontaktu s nimi, poskytovat podporu a vyhodnocovat studentovi pokroky). Nyní se tyto dovednosti používají nově i v kontextu vyššího školství.

Důležité jsou i postoje pracovníků těchto služeb. Je důležité, aby byli schopni vidět studenty s duševním onemocněním jako osoby schopné rozvoje, které mohou důvěřovat svému úsudku. Studenti mají pak větší šanci, vidět se stejně, získat větší sebevědomí, opustit roli „konzumenta služeb péče o duševní zdraví“ a rozvíjet se.

Stejně důležitá je také neformální podpůrná síť, která se skládá z vrstevníků a rodiny.

11.3 DŮLEŽITÉ PRVKY SLUŽBY PODPOROVANÉHO VZDĚLÁVÁNÍ:

Zprostředkování dovedností - speciální programy pro návrat ke studiu obsahují např.: doučování jazyka a matematiky, práci s počítačem, time management, management symptomů nemoci, stress management, cvičení a informace o zdravé výživě, podporu vrstevníky atd. Po návratu ke studiu dostávají většinou klienti kruče tutorů z řad profesionálů nebo klientů.

Dovednosti, které studenti potřebují:

- > Dojíždění
- > Pohyb po škole, vyznat se tam
- > Využívání administrativních služeb školy
- > Žádost o finanční pomoc

- > Výběr a zápis do kurzů
- > Využívání zdrojů školy (knihovna, počítačové centrum...)
- > Vyjasňování zadání úkolů
- > Plánování času
- > Zápis učiva
- ^ Vypracovávání úkolů
- > Příprava na testy
- ^ Spolupráce se spolužáky v rámci kurzů
- > Kladení otázek, odpovídání na otázky
- > Zvládání vnitřních rušivých pochodů (hlasy, negativní myšlenky)
- > Setkávání se s profesory, autoritami
- > Zvládání emocí
- > Zvládání symptomů nemoci
- > Reakce na zpětnou vazbu
- > Setkávání se s lidmi (např. navazování vztahů)
- > Naslouchání
- > Organizování volného času (Walsh, Sharac, Sullivan, 1990, IN Unger, 1998)

Napojení klienta na zdroje - je důležité, jak si on ty zdroje představuje, jeho kritéria pro výběr

Podpora studenta kolem nástupu do školy - studenti s duševním onemocněním potřebují mnohem víc pozornosti a podpory na začátku, kdy také nejvíce hrozí jejich vzdání studia. Podpora může být fyzické doprovázení přímo ve škole nebo podpůrný program probíhající na půdě školy. Dále může být profesionál ze služby pro podporované vzdělávání k dispozici na telefonu nebo jezdí za studenty do školy

11.4 KONKRÉTNÍ PROGRAMY POSKYTUJÍCÍ PODPORU STUDENTŮM S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM:

11.4.1 UNIVERSITY OF VIRGINIA

Na této vysoké škole probíhá podpora formou mentoringu, mentor spolu se studentem vyjasňuje studentovy hodnoty, cíle v oblasti studia. Velký důraz se klade na vznik dobrého vztahu mezi mentorem a studentem, hodně času se také věnuje rozvíjení dovedností v oblasti time managementu. (Hoffman, Mastrianni 1993)

11.4.2 UNIVERSITY OF ARKANSAS - INDIVIDUALIZED ACCOMMODATION PLANING TEAM

Zde jde o soubor služeb, které zahrnují studijního poradce, doktorandy z katedry psychologie v roli case managerů a terapeuta. Služby zahrnují modifikace studijních požadavků (více času na zkoušky, testy v nerušeném prostředí, pomoc při psaní poznámek atd.), podporu case managerů a speciální doporučené kurzy (náplní je trénink komunikačních dovedností, sebeobhajování, stress managementu a time managementu). Case manageři nejenom podporují studenty, ale jsou účastní již procesu jejich výběru a přijetí a podílejí se na modifikacích. (Unger, Anthony, Sciarappa, Rogers 1991)

11.4.3 COLLEGE OF REDWOODS, RANCHO SANTIAGO COLLEGE

Na těchto dvou školách jdou v nabídce služeb ještě dál a zaměřují se i na skupinu studentů s rizikem duševního onemocnění. Vyvinuli systém, který zahrnuje studijní case managery, využívání zdrojů komunity v oblasti péče o duševní zdraví a služby pomoci v krizi. (Hoffman, Mastrianni 1993)

11.4.4 1. PROGRAM SITUOVANÝ NA VYSOKOU ŠKOLU, SAN MATEO, KALIFORNIE. „PROGRAM TRANZIT NA VYŠŠÍ ŠKOLU“

Všechny služby jsou poskytovány v rámci kampusu. Posláním programu je asistovat jedincům, jejichž život byl narušen setkáním s vážným duševním onemocněním, v docházení do školy, v zvládnutí projevů postižení a pomoci jim, úspěšně přejít z role klienta služeb do role studenta nebo zaměstnance.

V roce 1990 vznikla v San Mateo koalice poskytovatelů služeb, která se více zaměřila na nedostatek služeb podporujících v návratu ke studiu. Tato koalice navázala spolupráci s vysokou školou v San Mateo ve věci vývoje služeb a programů. Program

probíhá v mnoha podobách. Na půdě školy se odehrávají speciální kurzy pro studenty s duševním onemocněním, které jsou vedeny instruktory ze spolupracujících organizací poskytujících péči o duševní zdraví. Zároveň působí ve škole konzultant podporovaného vzdělávání, vznikla a používá se metodika programu podpory vrstevníky a managementu projevů nemoci. Probíhá zde profesní poradenství a kurz rozvoje dovedností.

Místní psychiatrická nemocnice poskytuje pro školu krizovou intervenci včetně mobilního krizového týmu. V rámci programu pracují profesionálové, konzultanti z řad vrstevníků a absolventi poradenství v rámci stáží. Na jaře 1996 bylo v programu, který pomáhá v návratu k vysokoškolskému studiu, 103 studentů, 63 pokračujících, 30 nových a 10, kteří program opakovali. Při vstupu do programu studenty nejvíc zaměstnávají předsudky, odmítnutí a posměch, vycházení s vrstevníky a profesory, riziko přetížení stresem, potíže se soustředěním, strach ze selhání, nedostatek sebedůvěry.

Studenti vnímají jako obzvláště účelné: podporu ze strany personálu, citlivost ke svým tématům, podpůrné skupiny vedené vrstevníky se zkušeností s duševním onemocněním, studijní poradenství, pomoc s administrativou, pomoc se žádáním o finanční podporu. (Unger, 1998)

11.4.5 ORGANIZACE SPECIALIZOVANÁ NA POSKYTOVÁNÍ SLUŽEB PODPOROVANÉHO VZDĚLÁVÁNÍ - CONSUMERS AND ALLIANCE UNITED FOR SUPPORTED EDUCATION (CAUSE), QUINCY, MASSACHUSETTS

Program má za cíl povzbudit osoby s duševním onemocněním vstoupit nebo se vrátit ke studiu na vysoké škole. Studenti studují ze dvou hlavních důvodů, pro vylepšení svého pracovního potenciálu nebo pro osobní obohacení.

Program podporuje studenty na dvaceti vysokých školách v okolí Bostonu, ti jsou ve věku 18-60 let, diagnózy jsou nejčastěji schizofrenie, deprese, bipolárně afektivní porucha. V programu pracují specialisté na podporované vzdělávání, konzultanti z řad vrstevníků, pracovníci i dobrovolníci z řad klientů a rodinných příslušníků. Někteří pracovníci provádějí mobilní podporu přímo ve škole, ale většina služeb programu sídlí mimo školu. Na čtyřech školách probíhají podpůrné vrstevnické skupiny. V roce 1997 CAUSE podporovalo 107 studentů přímo ve škole a připravovalo dalších 110 studentů

na jejich návrat (pomoc vybrat školu, nalezení finanční podpory atd.). Studenti, kteří jsou v programu, dosahují vyššího vzdělání, než je průměr.

Součástí služeb CAUSE je studijní a kariérní poradenství, pomoc se získáváním finanční pomoci, lobování, šíření informací a zprostředkovávání dalších služeb péče o duševní zdraví. Studenti také mohou využít pomoc při zápiskách z přednášek, posilování studijních dovedností, vyhotovování úkolů. CAUSE také pomáhá studentům ve vyjednávání modifikací se školou. Součástí programu CAUSE je také „klientská univerzita“, což je program vytvořený pro klienty samotnými, smyslem je posílit připravenost a dovednosti sebeřízení. Program vedou klienti samotní. (Unger, 1998)

11.4.6 PROGRAM PODPOROVANÉHO VZDĚLÁVÁNÍ V CLUBHOUSE¹

Zařízení Laurel House v Stamfordu (Connecticut) v 80 letech vyvinulo svůj typ podporovaného vzdělávání, které se inspirovalo metodikou podporovaného zaměstnávání. Obsahem programu je tedy hlavně podpora v hlášení se ke studiu, v získávání finanční podpory a při zápisu. Personál také podporuje už studující klienty. V Laurel House přišli na to, že podpůrná role je stejná ve vzdělávání jako práci, jen je třeba se seznámit s novými administrativními procesy a navázat kontakty s personálem školy.

Studenti Laurel House poté, co se zapíší ke studiu, čerpají podporu rovnou ve škole prostřednictvím kanceláře služeb pro studenty s postižením. V rámci Laurel House je jeden pracovník podporovaného vzdělávání na celý úvazek, ten poskytuje i mobilní podporu, běží tam také podpůrná studentská skupina. Ostatní personál Clubhousu poskytuje studentům neformální podporu, podporují je v práci na studijních cílech. V roce 1998 studovalo 70 klientů Laurel House. (Unger, Anthony, Sciarappa, Rogers 1991)

¹ Clubhouse je typ zařízení, které poskytuje hlavně volnočasové aktivity a dlouhodobé služby děle duševně nemocným klientům

11.4.7 *PODPOROVANÉ VZDĚLÁVÁNÍ VRÁMCI KOMUNITNÍ SLUŽBY - KENNEDY SERVICE CENTER - TRUMBULL, CONNECTICUT.*

Součástí programu:

- > Služby před přijetím - diagnostika pracovních zájmů, dovednosti a schopnosti, vyjasnění dlouhodobého pracovního cíle. Spolu s personálem hledání správného studijního programu
- > Podpůrná skupina (schází se 1x měsíčně na jedné škole) a série letních seminářů (příprava na další školní rok, mezi hosty jsou i úspěšní absolventi programu podporovaného vzdělávání)
- > Individualizované tutorství a podpora dovedností (time management, stress management, organizační dovednosti, studijní dovednosti, relaxace, skupinová podpora, hledání přirozených zdrojů)

Při přijetí do služby kandidát má označit svou úroveň motivace a závazek vůči studijnímu cíli. Poradenský personál má pravidelné konzultace s psychologem, který pomáhá hledat řešení problémových situací. (Unger, 1998)

11.4.8 *SLUŽBY PODPOROVANÉHO VZDĚLÁVÁNÍ V PROSTŘEDÍ PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICE WESTERN STATE HOSPITAL V TACOMA, WASHINGTON*

Kurzy, které jsou obsahem programu: doplnění středoškolského vzdělání pro dospělé, psychoedukaci (včetně témat zdraví a životního stylu), edukace o medikaci, zneužívání látek, zplnomocňování, zvládání symptomů a edukaci rodinných příslušníků. Čtvrtletně se do kurzů zapojí přibližně 500 frekventantů z řad hospitalizovaných, což je asi 62% celkového počtu nemocných v léčebně. Učební metody jsou blízké přístupu ke studentům s poruchami učení: nechybí opakování, multimodální způsob podání, redukci podnětů na podstatné, praktičnost, individualizované instrukce. Pro klienty, kteří by si chtěli doplnit vysokoškolské vzdělání se vytváří program podporovaného vzdělávání na blízké vysoké škole. Součástí programu je navázání práce ve dvojicích student-mentor. (Unger, 1998)

Program, podpory ve studiu v pražském o.s.Baobab, který popisují v praktické části je deskripcí aplikace myšlenek podporovaného vzdělávání v českém kontextu a s využitím českých možností a návazných služeb.

Výzkumný problém jsem si vybrala na základě své praxe v programu návratu ke studiu. Jako kontrast ke každodenní zahleděnosti pracovníka-praktika, který někdy už setrvačně věří v efektivitu svého programu a vynalézá a dovádí k dokonalosti jednotlivé techniky, mne zaujalo podívat se na vývoj jednotlivých případů studentů okem výzkumníka, z dlouhodobého hlediska, s odstupem a z nadhledu.

12.1 CÍLE VÝZKUMU

Záměrem práce je popis a analýza obtíží při návratu ke studiu u mladých lidí se zkušeností s psychózou, a popis a analýza strategií, které používají k vyrovnání se s těmito obtížemi. Dále jsem svoji práci doplnila o prezentaci metodiky programu, kterou jsem z velké části vytvářela v rámci své pracovní pozice koordinátorky programu. Metodika je zde uvedena jako popis programu, který má ambici co nejvhodněji reagovat na potřeby klientů, které vyplývají z předchozí analýzy.

V rámci práce si kladu následující výzkumné otázky:

1. Jaké studijní obtíže mají studenti se schizofrenií (ve fázi tréninku a ve fázi návratu do reálné školní situace)?
2. Jak se studenti s těmito obtížemi vyrovnávají (ve fázi tréninku a ve fázi návratu do reálné školní situace)?

S obtížemi klientů při návratu ke studiu i s jejich zvládacími strategiemi vás seznámím pomocí pěti kasuistik. Vzhledem k pětileté práci s cílovou skupinou svého výzkumu jsem zvolila jako metodu zpracování dat analýzu dokumentace. Jedná se o podrobné zápisy ze skupinové práce v průběhu intenzivního programu, podrobné zápisy z individuálních schůzek s klienty, závěrečné hodnocení silných a slabých stránek klienta ve skupinovém tříměsíčním programu, souhrnnou zprávu pro ošetřujícího lékaře klienta.

12.2 POPIS VZORKU

Celkový soubor, ze kterého jsem osoby pro své kasuistiky vybírala tvoří 59 mladých lidí s duševním onemocněním, kteří prošli v různé intenzitě Programem Student a se

kterými jsem měla osobní zkušenost. Z tohoto souboru jsem v návaznosti na typologii vytvořenou Mgr. Pavlou Perglovou a mnou a přednesenou autorkami 6.12.2007 na konferenci Jáchymov VIII. s tématem „Klíčové situace v psychiatrické kariéře pacienta“ vybrala pět osob, jejichž příběhy jsem podrobněji zpracovala. Fakt, že s těmito osobami mám různě intenzivní osobní zkušenost a že v rámci skupinové i individuální práce mezi námi vznikaly vztahy různé hloubky a míry sympatie lze považovat za faktor, který mne zajímá na výzkumu a pomáhá mi v pochopení životních příběhů těchto lidí, nebo naopak lze tento fakt interpretovat jako přitěžující a přinášející riziko zkreslení při interpretaci.

12.3 METODA ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZY ÚDAJŮ

V průběhu prosince 2007 jsem prostudovala dokumentaci z Programu Student pěti vybraných studentů (u tří z nich jsem byla jejich klíčovým pracovníkem). Dokumentace byla pořízena v období od března 2004 do prosince 2007. Dále jsem informace čerpala z telefonického dotazování mezi všemi absolventy programu, které jsem provedla společně s kolegyní Mgr. P. Perglovou pro potřeby kvantifikace jejich úspěšnosti při dalším studiu (viz. Kapitola Výsledky a efektivita Programu podpory ve studiu). V průběhu analýzy dokumentace jsem zachycovala údaje, týkající se studijních obtíží, strategií kompenzace těchto obtíží a fází návratu ke studiu. Informace o vývoji jednotlivých probandů jsem posléze zformulovala do podoby výseku z životního příběhu, s důrazem na zachycení výzkumných otázek práce.

Kasuistika je metoda vhodná pro zchycení unikátních nebo extrémních skutečností. Jde o metodu, která se výborně hodí k popisu vývoje jednoho případu, případně k jemnému popisu méně známých vztahů, příčin a následků, ale to vše bohužel pouze v rámci daného případu nebo úzkého typu případů. Nevýhodou kasuistické výzkumné metody tedy je omezená možnost generalizace výsledků. Je to také metoda nevhodná pro zjišťování efektivity terapeutického nebo edukačního postupu, jelikož nezajišťuje možnost srovnání s kontrolní skupinou.

12.4 PRŮZKUM ÚSPĚŠNOSTI STUDENTŮ JAKO VÝCHODISKO PRO VÝBĚR OSOB K ZACHYCNÍ KAZUISTIK

V listopadu 2007 jsme provedli telefonickou dotazovací kampaň mezi všemi mladými lidmi, kteří do Programu od roku 2003 nastoupili a absolvovali alespoň 50%

skupinového programu. Toto omezení jsme využili z důvodu, abychom zachytili v informacích o úspěšnosti studentů vliv účasti v programu. Dotazovali jsme se na míru jejich úspěšnosti ve studiu. Míru úspěšnosti jsme kategorizovali následně:

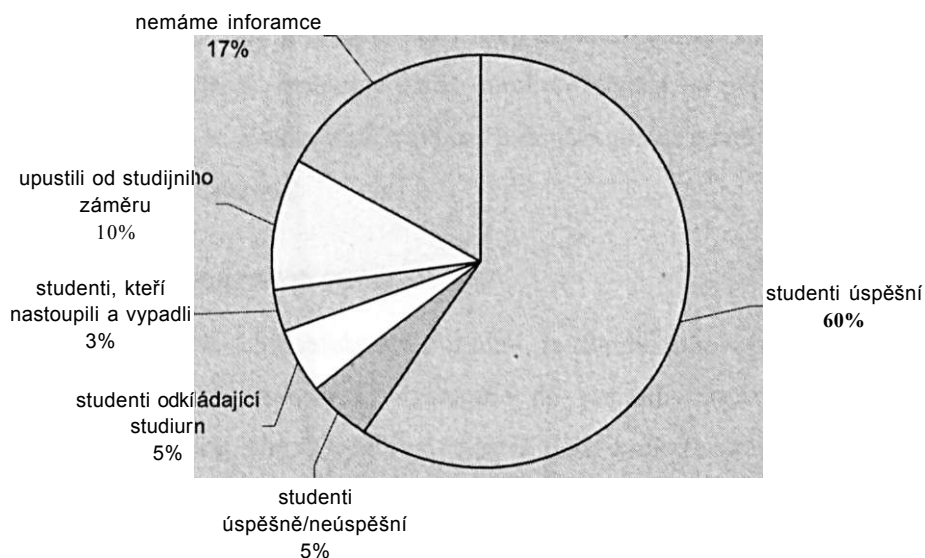
- > Úspěšný student - kategorie zahrnuje studenty, kteří prošli ve škole první klasifikací, kteří studují úspěšně 1 rok a konečně studenty, kteří studium zakončili
- > Student odkládající studium - kategorie studentů, kteří se plánují ke studiu navrátit ale ještě tak neučinili, na studium se cíleně připravují, ale zda ho úspěšně zvládnou je otázka budoucnosti
- > Student úspěšně neúspěšný - studenti, kteří studovali minimálně rok, ale poté od studijního záměru upustili a školu nedokončili
- > Student, který upustil od studijního záměru - po absolvování programu a v rámci individuální spolupráce s patronem student přehodnotil svoje plány a začal se orientovat pracovní nebo na zvládnutí základního onemocnění
- > Student neúspěšný - studenti, kteří ke studiu nastoupili, ale nezvládli adaptaci a i přes podporu patrona a okolí během prvního pololetí/semestru ze studia vypadli

Výsledné informace jsme pro větší přehlednost této popisné statistiky znázornili koláčovým grafem.

12.4.1 VÝSLEDKY A EFEKTIVITA PROGRAMU PODPORY VE STUDIU

Dlouhodobým tréninkovým programem prošlo celkem 59 studentů, z toho 2 vícekrát. O 49 studentech (83% všech) máme zprávy, týkající se jejich dalšího studijního vývoje. Informace přehledně zprostředkovává následující graf.

Intenzivní tréninkový program



12.4.2 TYPOLOGIE STUDENTŮ S PSYCHOTICKÝM ONEMOCNĚNÍM

V rámci sumarizace dlouhodobých výsledků Programu podpory ve studiu po téměř pěti letech jeho fungování jsme se na informace vzešlé z telefonického dotazování podívali též z kvalitativního hlediska. Při procházení jednotlivých příběhů studentů jsme prováděli sdružování podobných studijních cest a postojů. Z této kvalitativní analýzy vystoupilo následujících pět typů studentů s psychotickým onemocněním. Na tomto místě bych ráda poděkovala kolegyni a spoluautorce této typologie, Mgr. Pavle Perglové. Typologie, jíž jsem spoluautorkou, vznikla na základě praxe v programu a téměř pětiletých zkušeností se studenty s psychotickým onemocněním. Tato typologie není předmětem studie, je jen vodítkem pro volbu osob do následujících podrobnějších kasuistik.

13 KASUISTIKY STUDENTŮ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

V dalším oddílu své práce uvádím příběhy pěti osob a pěti cest zpět ke studiu po setkání s vážným duševním onemocněním. Každá z popisovaných osob se během svého návratu potýkala s jinými obtížemi, měla jinou míru podpory a volila jiné zvládací strategie, tu více, tu méně efektivní.

13.1 „STUDENTKA VRACEJÍCÍ SE KE VZDĚLÁVÁNÍ PO DLOUHÉ DOBĚ“

Jana je třicetiletá žena střední postavy. Když se s ní potkáte, na první pohled vám utkví v paměti její tmavé vlnité vlasy a sympatický široký úsměv. Jana se ráda pohybuje mezi lidmi, někdy si ale v nadšení naplánuje příliš mnoho aktivit a na přehlčení zareaguje pasivitou i výpadky z práce. Potom ráda tráví čas procházkami se psem, čtením knížek a obvyklým pasivním odpočinkem.

13.1.1 ÚDAJE O NEMOCI, JEJÍ SOUVISLOST SE STUDIEM

Jana má diagnostikovanou schizoafektivní poruchu, je dlouhodobě v remisi, cítí se ale stále velmi křehká, v jejím prožívání vystupuje do popředí častá úzkost, potřeba kontroly a přípravy situace, obavy udělat v úzdravě další krok ze strachu aby nepřišel relaps. Jana nemá zcela pod kontrolou střídání svých nálad, občas ji trápí večerní depresivní rozlady. Nemoc se u Jany rozvinula v rané dospělosti až po ukončení studia střední školy a pomaturitního studia jazyka.

Jana má vypořádáno, že se u ní počínající zdravotní krize projevuje nekomunikováním s blízkými lidmi, je zmatená a špatně vyhodnocuje situace, cítí se být ohrožená a někdy se u ní dokonce objevují psychotické obavy a strachy.

13.1.2 PŘED VSTUPEM DO PROGRAMU

Jana trpí schizoafektivní poruchou 8 let, od svých 23 let, hospitalizovaná byla pouze 3x, je v plném invalidním důchodu. Klientka je v dlouhodobé individuální psychoterapii spolupracujícího zdravotnického zařízení DPS Ondřejov. Jana před vstupem do Programu Student absolvovala roční pracovní rehabilitaci v tréninkové kavárně. Tam se také dozvěděla o možnosti podpory při návratu ke studiu. Poprvé přišla na informační schůzku na jaře 2006 se zájmem navázat rehabilitací v tříměsíčním programu na trénink v kavárně. Od jara do podzimu její účast v programu zůstávala otevřená, do poslední chvíle pro Janu bylo obtížné se rozhodnout. Jana se velmi obávala situací testování a podepisování smlouvy o službě, bylo to pro ní příliš zavazující a stresující. Nakonec zvítězila úzkost a obavy z náročnosti nového programu, v té době Jana prožívala také vztahové problémy a subjektivní zhoršení zdravotního stavu, které ale nevedlo k relapsu. V mezidobí, v roce 2006 Jana absolvovala poradensko-motivační program zaměřený na volbu zaměstnání ve spolupracujícím občanském sdružení Green Doors.

Začala pracovat na 0,25 úvazku v o.s. Vida, které zaměstnává uživatele ve svých informačních a poradenských službách pro akutní pacienty a studenty SŠ a VOŠ.

13.1.3 NÁSTUP DO PROGRAMU

Jana v březnu 2007 znovu přišla jako zájemce o podporu ve studiu. Měla již ucelenější představu o svém dalším studiu i tom, co by si chtěla z programu odnést. V programu se chce naučit studijní postupy, jelikož již dlouho nestuduje, chce si zlepšit paměť a soustředění. Podala si přihlášku k dálkovému studiu na VOŠ sociálně právní. Jana má výrazně vnitřní motivaci studovat, chce pomáhat lidem a rozvíjet svou osobnost. Jana vidí jako svou ideální práci pozici asistentky v chráněné dílně. Motivace ke studiu sociální práce také odráží to, že se klientka momentálně už nějakou dobu pohybuje na hranici úzdravy. Již velmi dlouho nedošlo k relapsu onemocnění, příznaky nemoci má Jana čím dál víc pod kontrolou (možná příznaky i své chování kontroluje až příliš, přesto každý výkyv prožívá s velkou úzkostí a cítí se křehce), žije samostatně, má tříletý partnerský vztah, pracuje, má plány do budoucna - to je situace, kdy může vystoupit z role „klienta“, „nemocného“ a žít svůj život jako běžný dospělý se všemi výhodami, ale i povinnostmi. Vstup do nových rolí, role studenta a poté role profesionála je pro ni lákavý, ale na druhou stranu přináší napětí, úzkost a pocit ohrožení. Janiny cíle v Programu Student jsou dostudovat, absolvovat přijímací zkoušky, naučit se rozvrhovat si čas, energii a učivo, dokončit program Student, zdokonalit se ve zpracování většího množství materiálu, zapamatovat si učivo na delší dobu.

13.1.4 ADAPTAČE V PROGRAMU

Na začátku byla Jana ve skupině nápadná svou zralostí, podporovala skupinu a otevřeně přinášela svoje nápady a zkušenosti. Adaptační fáze zdánlivě proběhla velmi dobře, první měsíc Jana na programu projevovala nadšení, byla plná energie a naděje, všechny složky programu si velmi chválila. Jana, cítila jak jí aktivizace v programu prospívá i v dalších aspektech jejího života.

13.1.5 KLIENTČINY PROJEVY/CHOVÁNÍ V PROGRAMU

Během programu se u Jany střídaly dva typy stavů (někdy šlo o pouhé dny). V prvním typu dnů byla dobře naladěná, spokojená, usměvavá, aktivní a interaktivní, podporovala lidi ve skupině, pomáhala lektorce. Ve druhých dnech byla naopak posmutnělá, mluvila o nízkém sebevědomí, přisuzovala si nízké schopnosti, vyjadřovala obavy, zda zvládne

tréninkový program a přípravu na VOŠ. Často také chyběla a většinou byla příčinou únava po předchozí vybičované aktivitě nebo deprese spojená s neschopností zaktivizovat se. V tomto faktu střídání nálad i kolísání aktivit lze vidět vliv základního onemocnění, které spočívá v nestálé afektivní složce fungování.

Ve skupinových aktivitách často přispívá svým názorem, umí věci dobře reflektovat, je zvyklá mluvit o svých pocitech. Do programu přichází téměř vždy dobře naladěná na učení se, a to i v případě posmutnělých období. Někdy má až lehké sklony k nekritičnosti, rychlému přejímání postupů a rad od lektorek. Je pro ni těžké udělat si na věci týkající se studia vlastní názor, jednat v nich samostatně. Pracuje se jí lépe, když může o práci mluvit a je povzbuzena.

Jana má velmi jednoduchý a jednostranný studijní styl. Je zvyklá učit se memorováním, neověřuje si, zda látce rozumí, nevyhledává si doplňkové zdroje informací. Při práci s informacemi občas Janě chybí pochopení textu a větší samostatnost. Pro Janu je obtížné rozlišit v informacích důležité a nedůležité a rozpoznat a sledovat v textu vedoucí nit. Někdy je zahlcená informacemi. Setrvává příliš dlouho ve fázi sbírání informací, což toto zahlcení ještě umocňuje. Snaží se ale v těchto dovednostech zlepšit. Postupy práce s informacemi jsou pro ni na rozdíl od ostatních opravdu nové, protože seděla ve škole naposledy před 9 lety. Učení se těmto postupům je u Jany někdy trochu neohrabané (např. využití myšlenkové mapy: použití myšlenkové mapy přehnané podrobnosti, kreslení myšlenkové mapy pro každý větší odstavec, používání tohoto postupu i v úkolech, kde nepřináší efektivitu). Učí se na programu pracovat s informacemi systematicky a zpřehlednit si situaci.

Jana je ve zvládnutí své situace poměrně nesamostatná, od patronky (klíčové pracovnice) vyžaduje značnou podporu, snadno se dostává do lehké závislosti na profesionálovi. Na podporu a péči si rychle zvyká a oddělování od profesionála je pro ni obtížné.

Jana má pomalejší pracovní tempo. Na neúspěchy reaguje afektivně, smutkem, verbalizovanou nejistotou, zpochybňováním vlastních schopností, někdy až negací svých plánů. Obává se samostatnějších úkolů.

Ve druhém měsíci programu Janě začínají docházet síly, zároveň se náročnost programu trochu zvyšuje. Jana už není tak rozjásaně nadšená jako v prvním měsíci programu, je častěji unavená, objevují se obavy z přijímaček. V této době Jana stále častěji řeší problémy z oblasti time managementu, nejobtížnější pro ni je naučit se správně

rozhodnout, který z úkolů je důležitý a co může vypustit. Občas se u Jany objeví zahlcení, kterému necelí nebo neumí čelit. Stále častěji se objevují pochybnosti o svých vlastních schopnostech a množí se náhle jednodenní, dvoudenní výpadky.

Zhruba v polovině programu se „z plného zdraví“ na týden psychicky zhroutila. Během depresí se Jana zabývala jednak výsledky testů, u kterých jí bylo líto slabých výsledků v Amthauerově testu IST, ve kterém dosáhla místy pouze podprůměru. V souvislosti s těmito úvahami zvažovala, zda má na studium vůbec dostatečné schopnosti. Pochybnosti dospěly tak daleko, že Jana uvažovala o ukončení účasti v programu Student. Během její absence jsme od Jany neměli žádné informace o jejím stavu, kontakt jsme museli navázat sami. Když jí patronka zatelefonovala, bylo pro ni najednou mnohem snadnější se do programu vrátit. Po pár dnech odpočinku a ujištění, že jí nikdo výpadek ani krizi nevyčítá, se Jana vrátila zpět do programu. V následující schůzce, kdy už se nacházela v lepším psychickém stavu, se Jana rozhodla v přípravách na přijímací zkoušky pokračovat.

Po tomto výpadku byla Jana unavená, ztlumená. S podporou lektorek a zvýšenou podporou patronky se znovu zapojila do programu. Vypjala se k výkonu na programu a týden absolvovala, pak ale zase dva dny zůstala doma, protože se příliš vyčerpala. Byla to situace, kde se opět projevila jedna z Janiných slabých stránek - špatný odhad sil, výdeje energie a rezerv, které ještě má k dispozici.

13.1.6 ZÁVĚR PROGRAMU

Během třetího, posledního měsíce programu Jana častěji chybí. Zvolna stoupají projevy stresu a obavy z přijímacích zkoušek. Zvýrazňují se obtíže jak skloubit všechny povinnosti, když Jana není nijak zvlášť rychlá. Snaží se používat principy plánování času, ale vzhledem k tomu, že má potíže s kategorizací důležitého a nedůležitého, daří se to pouze částečně.

Těsně před přijímacími zkouškami zažila Jana další kritické období. Po ránu měla deprese a subjektivně pocítovala nadměrný stres, takže usoudila, že „na ty přijímačky nemá“, a radši je rovnou vzdá, aby nezažila neúspěch, jenom "plánovaný neúspěch". Celý týden nic nedělala, odpočívala, ale přesto si vytvářela stres tím, že na přijímačky nic neumí. Je z přijímaček velmi nervózní a unavená, má pocit, že se nic nenaučila a že musí ještě všechno dohnat. Kvůli této tenzi neplánovaně chyběla na programu. Tentokrát si ale řekla o pomoc od patronky. Společně zvýšily frekvenci patronských

schůzek a tato podpora pomohla Janě nevzdat svou účast. Programem těchto krizových patronských schůzek byly hlavně: konzultace prostudované literatury a plánování posledních studijních příprav před zkouškami, plánování absence v Programu Student, dodávání sebevědomí a sociální podpory, opakování antistresových metod, příprava na motivační pohovor (zpřehledňování podrobností vnitřní motivace Jany ke studiu), plánování odpočinku.

Přijímací zkoušky prožívá Jana velmi intenzivně, zpětně vypráví o velkých fyzických reakcích na stres (třes, zažívací obtíže, potíže s usnutím). Při zkouškách použila naučené relaxační metody, myslela na své blízké osoby, které ji podporují ve studijním záměru. Velká nervozita se začátkem zkoušek úplně rozplynula a Jana na nich podala pro sebe běžný výkon. Ke studiu byla přijata.

Den po přijímacích zkouškách se vše opět obrací k dobrému. Na programu je Jana v dobrém rozpoložení, zapojuje se, je otevřená, podporující ostatní, mluví o tom, že po přijímacích vůbec není unavená. Další dny na ní ale únava z předchozího období doléhá, ona opět chybí a nestihá domácí přípravu na závěrečný velký úkol v Programu Student - konferenci. Stále při tom všem pracuje na 0,25 úvazku. Jana se minimálním způsobem na zakončení programu připravila a přednesla konferenční příspěvek sice rozpačitý a trošku nepřehledný, ale v rámci jejích časových možností a schopností dostačující. Nepříliš úspěšná prezentace na konferenci je pro Janu samozřejmě tématem sebeobviňování a chmur na další schůzce s klíčovou pracovnící. Přesto se jí studijní záležitosti před dovolenou podaří „uložit k zimnímu spánku“ a načerpat přes léto novou energii do dalšího, tentokrát už reálně studijního pokračování

13.1.7 *DOSAŽENÉ ZMĚNY BĚHEM PROGRAMU*

U klientky došlo během programu Student ke zlepšení v nastavení na úkolovou situaci, v snížení subjektivně prožívaného stresu, v lepším výkonu exekutivních funkcí (využívání strategií, systematičnost, rozvaha), ve větší výdrži (pozornost, nevzdávání se).

Po programu lze vidět mírné zlepšení ve schopnosti inhibice interferujících podnětů při učení, v přesnějším vnímání. Jana při retestu též používá více strategií zapamatování (strategie spojení slov na základě významu, kontrastu, společného výskytu, představou známého).

Jana měla obtíže s rozlišováním důležitého a nedůležitého. Jana si poznání tohoto rozdílu a možnosti prioritizace odnesla z programu jako svůj velký objev, během programu se snažila mnohokrát v různých podobách tento postup praktikovat. Samostatně se jí to dařilo v jednodušších situacích, ve složitějších úkolech (jako třeba napsání referátu, orientace ve vyučovacích předmětech zimního semestru) již potřebovala drobnou podporu. Pro zápisky začala používat myšlenkové mapy, ústup od ambice pamatovat si vše, začala selektovat důležité informace.

Při procesu samostatného učení si Jana zpočátku vůbec neuvědomovala rozdíl, zda obsah chápe nebo nechápe, byl to pro ni úplně nový pohled na věc. Od té doby se snažila po studiu informací reflektovat, zda má v hlavě strukturu obsahu, nebo nesouvisející změť údajů. To se Janě dařilo v případě, že na studium měla dost času a mohla se mu tedy věnovat pomalu a důkladně. Potom nad věcmi přemýšlí a zpracovává je pro sebe.

Potíž je pro Janu také v odhadování rezerv její energie. V několika momentech naší spolupráce se zhroutila, aniž by předem vysílala jakýkoliv signál. Nikdo jí v její situaci nemohl pomoci, protože o ní nikdo z profesionálů nevěděl. I pro ní přicházely tyto drobné krize znenadání a neodhadnutelně.

Nevýhodná je i další Janina strategie - budoucí stres silně předvídá a prožívá už dopředu. To ji paralyzuje a vyčerpává. Následně to vede k silným únikovým reakcím a k rezignaci. V některých momentech naší spolupráce se Janě podařilo říci si o podporu včas, jindy opět upadla do náhlé krize spojené s absencemi, únikovými reakcemi a unáhlenými rozhodnutími. Stres má důležité místo v jejím sebeobrazě. Stres předvídá před každou náročnější situací a tím se do něj předem dostává. Přitom nemá žádné vlastní strategie k jeho snížení. Během programu se posunula ve vnímání a jemnějšího rozlišování projevů vlastní stresové reakce (bolesti v krku, třes, výpadky paměti, horší soustředění, úzkost). Při zvládání stresu hodně využívá strategii sociální opory. Často jí vyděsí zadání, dříve než zjistí podstatu úkolu, zvýší se u ní obavy, nejistota, úzkost, začne zpochybňovat svoje schopnosti a pravděpodobnost, že úkol zvládne. Častý stres na začátku úkolu, který u větších celků může vést k selhání a úniku. Potřebuje dostatek jistoty, aby se pouštěla do nových věcí, je pro ni důležité se na věci připravit dopředu, udělat si o nich představu.

Přes léto Jana pokračovala ve vzdělávacích aktivitách, začala navštěvovat intenzivní jazykový kurz. V docházce i studiu byla vytrvalá, přesto na schůzkách často dávala najevo negativní sebehodnocení a pochybnosti o svých schopnostech.

V září nastoupila Jana ke studiu. V kolektivu studentů se dobře zabydlela, našla si 4 známé, se kterými si vyměňuje zkušenosti, tráví s nimi přestávky a podporují se v samostudiu. Jana má obtíže s udržením pozornosti během dlouhého vyučování. Jana se sebou není spokojená, vnímá, že stráví dlouhou dobu neúčelně mezi nápadem a jeho realizací. Vymyslela a začala realizovat cílenější plánování s pomocí diáře a začala si dávat termíny pro splnění různých úkolů. Daří se jí plnit přibližně polovinu úkolů.

Znovu se vynořuje předčasný strach z nových situací a konstruování katastrofických scénářů. Jana cítí školu jako pomalu rostoucí zátěž. Projevuje se to tím, že je stále dříve na vyučování unavená, někdy musí odejít dřív. Jana přišla na následující poznatky: je schopná pracovat vkuse 1,5 až 2 hodiny, pak si musí dát pauzu, daří se jí dobře si pamatovat informace z poslechu na přednáškách, je dobré si je ještě ukotvit tím, že následující den po sobě přečte poznámky (ty si bohužel píše neefektivním a nepřehledným způsobem).

Zpracovává postupně seminární práce, snaží se psát si lepší poznámky, aby je mohla lépe použít k učení. Naráží ale na svoji omezenou rychlost a větší únavnost.

Už v průběhu semestru začíná mít strach ze zkuškového období. Na konci semestru se Jana hlásí na předtermíny zkoušek, pilně se připravuje, ale katastrofické scénáře ji pořád vysilují. Zároveň se začátkem zkuškového období prožívá také obtížné období v práci. Souběh těchto zátěží se začíná projevovat na Janině somatickém zdraví. Na konci semestru odevzdala všechny vyžadované písemné práce, úspěšně absolvovala větší část zkoušek a testů, stále ji ale opřádaly vidiny selhání, před každou zkouškou bojovala s velkými tendencemi k úniku ze situace. Těmito tendencím se jí nějakou dobu dařilo za podpory okolí a pomáhajících profesionálů vzdorovat. Před subjektivně nejobtížnější zkouškou použila vyhýbavé-únikovou strategii, na jmenovanou zkoušku ze strachu ze svého výkonu nedorazila a následně druhý den došla na studijní oddělení, kde podala žádost k ukončení studia. V tu samou dobu byla v úzkém kontaktu se dvěma pomáhajícími profesionály, ale ani jednoho nevyhledala, aby s ním nastalou krizovou situaci řešila. Ve stejnou dobu obdobně náhle ukončila i svoje zaměstnání.

13.1.10 SOUČASNÁ KUENTČINA SITUACE

Našla si práci na půl úvazku v obchodě poblíž svého bydliště a rozhodla se žít jednodušším a méně stresujícím životem. Její zátěží podložené rozhodnutí ji mrzí, na druhou stranu říká, že pro ni studium bylo náročné z hlediska zátěže, ale i učení a objemu informací. Do budoucna se chce k oboru sociální práce vrátit formou rekvalifikačního kurzu pro pracovníky v sociálních službách.

13.2 „STUDENTKA, KTERÁ POTŘEBUJE JEN TROŠKU POSTRČIT“

Hana je půvabná a zajímavá mladá žena. Je jí 25 let a žije velmi aktivně. Bydlí samostatně v chráněném bydlení, každý týden navštěvuje výtvarný kurz a jógu, sama poskytuje jednou týdně masáže spoluklientům. Víkendy tráví s rozvětvenou rodinou. Hana je nadaná umělecky, technicky i literárně. Nové situace a informace v ní snadno vzbudí velký zájem, ráda a často se svým různorodým činnostem věnuje opravdu naplno. Pak se občas stane, že ale usne znenadání během dne a svoji únavu nedokáže ovládnout.

13.2.1 ÚDAJE O NEMOCI, JAK SOUVISELA SE STUDIEM

Hana onemocněla schizofrenní poruchou ve 23 letech, během studia VŠ technicko-uměleckého typu. Nemoc se rozvíjela pozvolna zhruba ³/₄ roku až rok. Jedním z faktorů, který se mohl na jejím rozvoji podepsat, je velká náročnost studia, spojená s elitností, konkurenčností prostředí a časovou náročností vypracovávaných studijních projektů. V průběhu propadu do chorobného stavu ještě zvládla splnit některé studijní povinnosti. Posléze nemoc nabyla vrchu a Hana studium vypustila ze svého zorného pole. Bohužel rodina ani profesionálové, zainteresovaní v péči o Hanu nezajistili přerušení studia, takže Hana byla ze studia VŠ vyloučena v nedokončeném 4 ročníku, a to po 5 letech studia. Po hospitalizaci klientka prošla intenzivní neverbální skupinovou terapií a dále nastoupila do chráněného bydlení a chráněné dílny. Přímou z dílny nastoupila do Programu Student.

13.2.2 NÁSTUP DO PROGRAMU

Hana po studijní pauze, trvající 1,5 roku uvažuje o návratu na původní vysokou školu. Zvažuje tamní možnosti využití individuálního plánu. Druhou eventualitou, kterou

zvažuje, je VOS stejného uměleckotechnického zaměření. VOS má výhodu méně náročného a stresujícího studia.

V programu by si chtěla především ověřit, zda by zvládala nároky studia. Její největší starostí je jak vydrží zátěž, dřívější studium pro ní totiž bylo velmi stresující. Chtěla by se naučit, jak věnovat studiu adekvátní čas a energii - dříve se věnovala cele studiu a zanedbávala své zdraví a osobní život. Neví, zda se dokáže soustředit a plnit úkoly, vyplývající ze studia. Základní témata pro Hanu jsou práce s časem a plánováním, odpočinek, rozlišování důležitosti jednotlivých úkolů a následné rozlišování míry nasazení s jakým je bude dělat. Další otázkou je sebehodnocení - domnívá se, že nyní bude muset snížit laťky, její výkony se jí jeví jako slabší, je zvyklá na sebe klást vysoké nároky. V případě, že půjde studovat VŠ, se také obává přijetí ze strany bývalých spolužáků.

13.2.3 ADAPTACE V PROGRAMU

Do programu nastoupila až v jeho průběhu, v druhém týdnu programu. Vztahy ve skupině účastníků už tedy byly ustálené. Hana si lektorky i spolužáky získala svou autenticitou, aktivitou, nadšením a přemýšlivostí. Zpočátku fungovala v programu výborně, s velkým nasazením, všechny aktivity ji zajímaly, ve všech nacházela něco významného pro sebe. Až v průběhu programu, když přestala fungovat novost jako zdroj atraktivnosti, nastaly pro Hanu obtíže s hledáním zdrojů motivace k dalšímu docházení.

13.2.4 KLIENTČINY PROJEVY/CHOVÁNÍ V PROGRAMU

Hana byla ve skupině nadprůměrná téměř ve všech cvičeních a aspektech programu. Výborný výkon podávala jak v logických úlohách, tak v práci s textem, paměťových i sociálnětréninkových úlohách. Je také jazykově nadaná. Byla vždy aktivní v diskusi i v plnění cvičení. Vždy byla se cvičením hotová mezi prvními, pracuje s plným nasazením často až do poslední minuty programu, snaží se z technik a cvičení pro sebe vytěžit maximum poznatků.

V komunikaci se spolužáky i lektorkami je velice sdílná, dobře spolupracuje s ostatními. Je pro ní snadné komunikovat s různými lidmi, ale na druhou stranu se nebojí poskytnout někomu zpětnou vazbu, umí ocenit, ale i říct nekonfliktně před celou

skupinou, že se mu jeho chování nelíbilo. Umí přesvědčivě a podloženě argumentovat. Umí spolupracovat i být ve skupině vůdčí.

Studijní styl měla Hana velmi rozvinutý, uměla dobře vyhledávat zdroje informací, rychle a efektivně vybírat informace relevantní k tématu nebo zadání, při učení používala hlavně strategii jdoucí po významu, dokázala si ověřit, že látce rozumí a pokud tomu tak nebylo, uměla si nalézt doplňující zdroje. Hana také disponovala výbornou pamětí, na které nemoc naštěstí nezanechala žádné známky výraznějšího deficitu.

Těžké a neobvyklé úkoly bere na rozdíl od svých rezignujících kolegů jako výzvu (např. do úkolu napsat esej na základě 5ti citátů zvolených lektorkou se vrhla s obrovskou vervou a pokračovala v něm dobrovolně za domácí úkol).

Po prvních 2 týdnech se začínají objevovat dopředu hlášené obtíže se zaspáváním: když ji úkol nebaví, když nemohla v noci spát, když má obavy ze sociálnětréninkových situací (např. strach z natáčení s pomocí videokamery).

Závěrečnému úkolu v rámci Programu - Konferenci Hana věnovala hodně úsilí a času, její příspěvek byl informačně nabytý a svěže a zábavně přednesený.

Hana se v rámci retestu po programu zlepšila drobně ve vyrovnanějším fungování pozornosti. Všechny ostatní měřené ukazatele měla již na začátku v úrovni vyššího průměru a nadprůměru, takže změny byly pouze kosmetické.

13.2.5 ÚSPĚCHY, NEÚSPĚCHY KLIENTKY V PROGRAMU A STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ

Pro Hanu je jedním z cílů uvést do rovnováhy kvalitu, preciznost provedení úkolu s množstvím energie, který mu věnuje. Má maximalistické a perfekcionistické sklony, které ji ale - pokud jsou příliš intenzivní - dost vysilují. V rámci patronských schůzek si Hana sama předsevzala, že bude rozlišovat úkoly podle důležitosti a některé, pro které se rozhodne, vědomě nebude plnit. Tato změna se Haně postupně dařila zrealizovat. Hana i přesto stále hodně náročně posuzuje svoje výkony. Úkoly, které jsou stabilně lektorkami hodnoceny jako výborné, Hana sama posuzuje jako ucházející.

Dalším velkým úkolem, se kterým si Hana neví příliš rady, je uspořádání času. Hana se rozhodla řešit oba tyto problémy naráz. Vytvořila si pomocnou hierarchii úkolů: jednomu úkolu za delší dobu (třeba měsíc) se bude věnovat opravdu na 100%, půlce zbylých úkolů se bude věnovat intenzivně po předem daný časový úsek (přičemž Hana

umí pracovat opravdu intenzivně a efektivně), zbylé půlce se bude věnovat ještě kratší čas. Každý den si předsevzala alespoň 1/2 hodiny (po příchodu z programu) jen tak ležet. Vzhledem k tomu, že tráví hodně času aktivním odpočinkem, může pro ni být občerstvující, odpočinout si občas i pasivně. Haně se občas daří obdržené úkoly podle této hierarchie posoudit a má díky tomu více energie.

Velkým problémem byly pro Hanu nepřekonatelné spánkové výpadky. Během programu Student se začaly objevovat až po 14 dnech Haniny účasti. Klientka měla velké obavy, aby jí tento hendikep neznepříjemňoval reálné studium. Opravdu nebezpečný by totiž mohl být například v rámci praxí u strojů. Hana se rozhodla proti „zaspávání“ bojovat úpravou svého spánkového režimu. Spánkovou hygienu kvůli svému velmi aktivnímu životu totiž moc nedodrží. Hana si určila časové rozmezí, kdy by měla chodit spát. Přestoupení na nový režim zjemnila tím, že si stanovila 3 dny v týdnu, kdy půjde spát opravdu podle plánu. Zároveň se rozhodla pro systematické zaznamenávání výskytu únavy a „zaspávání“ včetně okolností jejich vzniku. Toto zaznamenávání mělo neočekávaný vedlejší výsledek. Hana si během týdne, kdy údaje zaznamenávala, začala uvědomovat únavu (dřív měla pocit, že se cítí pořád stejně). Klientce se tento plán daří postupně uvádět do praxe, občas chodí spát dřív. Obtíže s usínáním po nějakém čase samy odezněly. Stačilo, že Hana věnovala větší pozornost svým pocitům únavy a svému spánkovému režimu.

Další potíž, která Hanu během Programu Student potkala, a které se obává i při studiu, je opadnutí nadšení: Hana je vždy z nové věci, činnosti, programu, skupiny lidí zpočátku velmi nadšená. Po čase toto nadšení opadá a nastupuje šedá realita. Hana v rámci patronských schůzek samostatně vymýšlela různorodé postupy, jak se nudě bránit. Začala tyto přístupy zkoušet již v rámci Programu Student a ověřovala si jejich efektivitu.

13.2.6 ADAPTACE VE ŠKOLE A SOUČASNÁ KLIENTČINA SITUACE

Závěr intenzivního programu byl také závěrem spolupráce klientky s klíčovou pracovnící. Důvodem bylo, že klientka odcházela studovat VOŠ daleko od Prahy. Dále byly obě v nepravidelném telefonickém kontaktu. Klientka nepociťovala během adaptace žádné zvláštní obtíže, v kolektivu si našla známé i přátele, pilně se učila během semestru a zkoušky si rozložila uvážlivě do celého zkouškového období.

Dosahovala nadprůměrného studijního výsledku a v řádném termínu studium absolvovala. Nyní pracuje na plný úvazek designérském oboru.

13.3 „STUDENT HLEDAJÍCÍ ROVNOVÁHU“

Petr je devatenáctiletý mladík střední postavy. Působí velmi mile, přemýšlivě a občas trochu dětsky. Má příjemný hluboký hlas, mluví rozvážně a potichu. Už nyní, před maturitou má poměrně jasno o svých budoucích plánech. Zajímá ho informatika a ekonomie a rád by tyto obory propojil ve své profesi. Občas Petr střídá období, kdy je nabitý energií a má rozsáhlé plány, s obdobími, která tráví hlavně pasivním odpočinkem u počítače, fdmů nebo s kamarády.

13.3.1 ÚDAJE O NEMOCI, JEJÍ SOUVISLOST SE STUDIEM

Petr trpí bipolárně afektivní poruchou, která se v akutní fázi projevovala výrazně psychotickými rysy. Nemoc u něj propukla velmi náhle a s prudkými příznaky v létě (tedy % roku před nástupem do Programu Student). Ale v pokročilejší fázi údravy Petr byl schopen reflektovat, že se jeho nemoc už plíživě připravovala asi rok. V té době se čím dál víc uzavíral vnějším kontaktům, přepadaly ho smutné nálady, snižovalo se jeho sebevědomí, měl pocit, že nic neumí, že nemá žádné atraktivní zájmy, že nemá pro okolí hodnotu. Zároveň jeho pomalu se zhoršujícím stavu přispěl vleklý a náročný rozvod rodičů. Petr se v průběhu roku propadal do pasivity a beznaděje i ve studiu septimy osmiletého gymnázia. Jeho nepřilíš pevné studijní návyky se rozpadly úplně a on sice septimu dokončil, jeho známky se však zhoršily až o dva stupně. O prázdninách pak v důsledku kombinace psychické a fyzické námahy, nedostatku spánku a přemíry alkoholu na dovolené došlo k manifestaci poruchy ve formě prudké mánie.

13.3.2 PŘED VSTUPEM DO PROGRAMU

Petr byl hospitalizován 5 měsíců, z toho částečně na uzavřeném oddělení pro neklidné pacienty. Trpěl nepříjemnými paranoidními bludy a jeho důvěra v sebe i svět byla značně nabořána. Už během hospitalizace mu velmi pomohla rodina a přátelé. Otec za ním chodil často na návštěvy a nosil mu informace o nemoci, kterou Petr trpí. Přátelé a spolužáci Petra navštěvovali už v léčebně, nemoc mezi nimi nebyla tabu a Petr od nich nejen čerpal sociální podporu, ale také se vůbec neobával návratu do školy z důvodu stigmatizace. Po propuštění z dlouhodobé hospitalizace docházel z domova do dvouměsíčního stacionáře. Během docházky s ním sociální pracovnice vyjednala

individuální studijní plán na gymnáziu, měl možnost na docházku do stacionáře navázat docházkou na vyučování ve své původní třídě, do školy měl možnost docházet podle svých možností na 2-4 hodiny denně, bez nutnosti klasifikace. Od začátku Petr i škola počítali s opakováním maturitního ročníku.

13.3.3 NÁSTUP DO PROGRAMU

V této situaci nastoupil do Programu Student. Zpočátku se snažil skloubit docházku do školy s navštěvováním tohoto každodenního tréninku. Brzy ale uznal, že to není v jeho silách, a že škola je pro něj v tuto chvíli příliš náročná. Od programu Student na začátku očekával hlavně návrat k původnímu tempu, zlepšení koncentrace pozornosti a paměti (cítil se po hospitalizaci zpomalený a nesoustředěný). V průběhu programu je pro něj zásadní naučit se pracovat s informacemi, poznat, co je důležité, aby se mohl dobře připravit na další ročník ve škole a nepotřeboval už individuální plán. Jinak jej trápí také potíže s ranním vstáváním a neustálé odkládání úkolů na poslední chvíli.

13.3.4 ADAPTACE V PROGRAMU

Zpočátku bylo pro Petra v programu obtížná docházka a ranní vstávání. Ráno bojoval s únavou a depresemi. Také v průběhu vyučování občas zapochyboval o užitečnosti některého cvičení pro jeho osobu. Když tedy na trénink dorazil, fungoval většinou velmi dobře. Byl úspěšný jak v logických a matematických úlohách, tak posléze i ve cvičeních zaměřených na studijní strategie. Petr byl také úspěšný ve skupinové spolupráci, ve cvičeních používal příjemné komunikační strategie. Občas působil nejistě a při prezentaci nahrávané na videozáznam pociťoval viditelnou nervozitu. I z takto obtížnějších aktivit se vědomě učil. Potýkal se s občasnými drobnými výpadky pozornosti a subjektivně sníženým výkonnostním tempem. Kromě nestabilní pozornosti a drobných potíží při zpracování většího množství informací ani psychologické testy na začátku programu neukázaly žádné známky kognitivního deficitu.

13.3.5 KLIENTOVY PROJEVY/CHOVÁNÍ V PROGRAMU

V polovině programu prožil Petr větší depresivní krizi s nenadálými následky. Ve snaze zvládnout nával deprese si vzal několikanásobně vyšší dávku léků než jindy, které později doplnil ještě o alkohol s kamarády. Pak se probral až v nemocnici. Jeho záměrem nebylo si ublížit, chtěl jen překonat v danou chvíli neúnosný stav. Tato událost měla za následek několikadenní nepřítomnost na programu. Petr se ale brzo vrátil a

fungoval stejně dobře jako před předávkováním. Krize tedy očividně souvisela se zdravotním stavem, který v té době klient neměl ještě zcela pod kontrolou, a nikoliv s Programem Student.

Těžiště Petrovy práce na programu leželo v individuálních konzultacích s patronkou. V jejich rámci Petr dával najevo mnohem větší nejistotu a křehkost než během skupinových aktivit. Petr si po nemoci nebyl vůbec jist svými schopnostmi, neměl pocit, že se na ně může spolehnout. Když byl na návštěvě ve své škole, viděl, že spolužáci jsou hodně napřed a srovnával se s nimi. Petr měl na sebe v průběhu programu nepřiměřeně vysoké nároky, nebral téměř na vědomí svou mnohaměsíční nemoc. Místo porovnávání se v rámci skupiny studentů po psychotické atace v Programu Student srovnával svoje výkony s bývalými spolužáky, kteří žádnou podobnou krizí neprošli, a také se svým vlastním fungováním před nemocí, kdy se cítil výjimečně výkonný, měl vysoké cíle. Petr byl také nespokojený z faktu, že neví přesně jakou školu chce studovat po maturitě (do které mu v ten moment zbývalo přes rok). Na patronské schůzky si také nosil nerealisticky rozsáhlé plány studia a aktivit, ze kterých potom nic nezrealizoval a kolotoč jeho nespokojenosti se sebou se tím dále roztácel.

Krom toho Petra trápily problémy s energií a vůlí, nemohl se odhodlat k činnosti, což je častý postpsychotický problém. Tyto obtíže kolísaly v průběhu celého tříměsíčního programu. Petr většinu úkolů zvládnul dobře, ale byl nespokojený s tím, že se v jejich realizaci donutí až pod tlakem stresu před termínem odevzdání. Petrova nespokojenost se sebou jen zvýšila demotivovanost k překonávání se a kruh se uzavřel. Tyto své volní obtíže řešil dlouhodobě s patronkou, pokusy o plánování, ani KBT inspirované techniky neuspěly. Pomohla až dlouhodobější pozvolná změna postojů.

13.3.6 *DOSAŽENÉ ZMĚNY BĚHEM PROGRAMU*

Petr sám v závěru programu reflektoval, že se naučil lépe zvládat stresové situace, sestavovat a přednášet referáty, pracovat s velkým množstvím nasbíraných informací, lépe rozpoznat podstatné informace. Zvládl i náročnou a komplexní situaci závěrečné konference, na kterou se musel připravovat měsíc předem a při přednesu byl filmován na kameru, která ho vždy velmi znervózňuje. Petr se v rámci programu naučil lepší schopnosti sebereflexe. Patronske schůzky pro něj znamenaly zdroj sociální podpory. Z Programu Student si Petr odnesl také nové a doufejme že i budoucnost mající přátelské kontakty.

13.3.7 ADAPTACE VE ŠKOLE

Do prázdnin Petr opět vkročil ne zcela realistickým a rozhodně svazujícím plánem. Předsevzal si celý srpen věnovat přípravě do školy. Na studium gymnázia se přitom velmi těšil, jediné obavy, které ze školy měl, se týkaly docházky na celodenní vyučování, hlavně na předměty, které ho nebaví. Plán samozřejmě nedodržel, celé prázdniny věnoval zábavě a odpočinku. Před nástupem do školy se Petr opět ocitl v dobře známé situaci odkládání a výčitek svědomí, že se nedokáže přinutit k žádné práci.

V září nastoupil do oktávy gymnázia, adaptoval se dobře, studijní výkony podával dobré až průměrné, ve třídě si našel kamarády. Bohužel Petr situaci vyhodnocoval odlišně, neviděl své dílčí úspěchy ani vykonanou práci a neustále si vyčítal nesplněné cíle a čas věnovaný jiným, než studijním aktivitám. Patronka vedla Petra k vyváženějšímu pohledu: společně se zaměřili na to, aby Petr viděl jak vykonanou práci a splněné úkoly (v těch přeci nikdy nedojdeme nakonec) a také aby dal větší hodnotu mimoškolním aktivitám a viděl jejich potřebnost a záslužnost. Petr mnohokrát s patronkou v rámci schůzky prošel podobným cyklem: nespokojenost z nesplněných cílů spojená s depresí a znehodnocením sebe sama; aha-efekt v podobě zvědomění si, co všechno zároveň zvládl a udělal; ocenění sebe sama, optimismus, uvolnění.

13.3.8 ÚSPĚCHY KLIENTA A STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ

Po delší době se Petrovy zaběhané postupy začaly měnit. Jednou se sám od sebe rozhodl nedat si úkol do příští schůzky a spíše se pak ohlížet zpět, co zvládl. Pak Petr začal hledat rovnováhu mezi plánováním a improvizací. Přiznal platnost svému pracovnímu stylu, který je připravovat se na věci až těsně před termínem, protože má vyzkoušeno, že ho tento přístup mobilizuje a úkoly zvládne. Rozhodl se, si ho ponechat a přestat se napříště trápit spolužačkami s dávno vypracovanými stohy maturitních otázek. Dále si pozitivně přeznačkoval a začal uplatňovat strategii optimálního množství, začal se učit jen nezbytné a jen na některé důležité předměty. Petr pojmenoval důležitou věc: je důležité chránit si svůj vlastní styl řešení situací, tj. netlačit se do něčeho, co mi není vlastní.

Když se tyto změny postupně udály a usadily, Petr se sebou začal být spokojen, dokonce se mu i mírně zlepšily známky. Naučil se lépe propojovat plánování

s respektováním svých pocitů - věděl, že se má na písemku naučit, ale vybral si chvíli, kdy na to měl docela náladu.

Petr zachytil zajímavé změny, které v jeho postojích nejspíš způsobila nemoc: teď už není tak zaměřený na známky u sebe i u ostatních. Bere školní realitu více tak, že jsou někteří lepší, ale on chce dávat škole jen tolik, aby měl čas na vztahy, které jsou pro něj důležitější. Bere věci více s nadhledem, tolik už se kolem školy nestresuje.

Na konci cca roční spolupráce Petr cítil dostatek sil a schopností, aby dále školu zvládal sám. Důležitou podporu dále čerpal z individuální psychoterapie. Petr se ve škole začal méně stresovat a přestal mít z věcí strach, ani neúspěchy už pro něj nejsou tak ohrožující. Najednou pro něj začalo být snazší vyjádřit svůj vlastní názor a obhájit si před okolím i před sebou samým svoji cestu. Přestal tolik vytvářet veliké plány do budoucna a byl spokojenější se sebou a s aktuální situací. Méně se srovnával s druhými. Na maturitu má v plánu se učit dva měsíce předem - hodně o tom diskutoval se svými bývalými spolužáky, kterým stačil měsíc před maturitou. Petr se rozhodl, že jemu by měly stačit dva měsíce. Petr je celkově uvolněnější, ale své povinnosti zvládá a přestože se i více vymezuje a věří si, do mánie se nedostává. V podtextu zlepšení je asi také partnerský vztah, o který Petr hodně stál.

13.3.9 SOUČASNÁ KLIENTOVA SITUACE

Petr se samostatně připravil na maturitu a přijímací zkoušky na VŠ. Obě náročné situace zvládl a nyní studuje prvním rokem vysokoškolský obor, kombinující informatiku a ekonomii. Má přítelkyni a plánuje bydlet s kamarády v podnájmu. Se svým příběhem se zapojil do přednášek pro středoškolské a vysokoškolské studenty, které o.s. Baobab pořádá za účelem destigmatizace a prevence vážných duševních poruch.

Petr byl zástupcem skupiny studentů, jejichž studijní problémy nespočívají tolik v kognitivní výkonnosti a komunikaci se spolužáky, ale v negativním sebehodnocení a střídání nepřiměřeného plánování s obdobími vyčerpání, odporu, deprese a neschopnosti do školy vůbec vyrazit. Často jde o studenty s bipolární afektivní poruchou, depresemi, popř. schizoaftivní poruchou. Petr v průběhu práce na sobě dosáhl realističtějšího náhledu na své cíle, zjemnění sebehodnocení a většího sebevědomí. Je uvolněnější a věří svému studijnímu stylu, který zahrnuje občas i práci pod tlakem blízkého se termínu. Dostal větší rovnováhu mezi svým školní a mimoškolní život.

13.4 „STUDENT NACHÁZEJÍCÍ NOVÝ ŽIVOTNÍ SMĚR“

Jan je tmavovlasý ramenatý mladý muž. Při setkání s ním Vás na první pohled zaujme jeho souměrná tvář a modré oči. Během rozhovoru si můžete všimnout toho, že používá velmi nevýraznou mimiku a v hovoru dělá větší pauzy mezi větami, jako by se rozmýšlel, nebo nevěděl, co dál říct. Je už několik let v invalidním důchodu, bydlí s rodiči. Jeho rodina má na jeho životní směřování velký vliv.

13.4.1 ÚDAJE O NEMOCI, JEJÍ SOUVISLOST SE STUDIEM

Jan měl první psychotickou ataku v 18 letech v maturitním ročníku gymnázia, od té doby opakovaně relapsoval a byl hospitalizován, zřejmě i v souvislosti se zátěží při několika studijních pokusech. Nejtěžší ataku měl v 20ti (tehdy došlo k první hospitalizaci). Od roku 2003 je v invalidním důchodu, dlouhodobě neměl žádné pravidelné činnosti, jen kurz jógy. Svůj stav v posledních letech pokládal za nestabilní a špatný. V srpnu 2004 (po přechodu na depotní antipsychotika) se jeho stav subjektivně dlouhodobě zlepšil, proto se odhodlal znovu uvažovat o studiu.

13.4.2 PŘED VSTUPEM DO PROGRAMU

Poté, co se vzpamatoval z první ataky schizofrenie, začal studovat VŠ přírodovědného směru, dokončil 1. ročník. Ve druhém ročníku už studoval s podporou individuálního studijního plánu a to pouze 2 měsíce, pak znovu zrelapsoval. Po roce uzdravování se a rehabilitace se přihlásil na jinou fakultu, vydržel studovat opět 2 semestry a znovu onemocněl. Posléze se opět vrátil, podpořen individuálním studijním plánem, na první VŠ, kde znovu studoval několik měsíců. Následně se rozhodl, že už studovat nebude a obojí přerušené studium ukončil. Následující 2 roky se věnoval intenzivně rehabilitaci. Při nástupu do programu byl 2,5 roku bez pravidelnější celodenní aktivity a 2 roky v invalidním důchodu.

13.4.3 NÁSTUP DO PROGRAMU

Jan očekával od Programu Student široké spektrum pobídek: nácvik vstávání a dojíždění, režim (možnost někam pravidelně chodit), seznámení se s lidmi, zlepšení soustředění, posílení vůle, strategie efektivního učení, posílení sebevědomí, nácvik zvládání testů a zkoušek, podávání výkonu pod časovým tlakem. Velkou výzvou pro

Jana od začátku bylo dokončit program, jelikož několik posledních let z každé započaté dlouhodobější aktivity odešel v jejím průběhu.

13.4.4 ADAPTACE V PROGRAMU

Nástup do programu pro Jana znamenal velkou změnu a pozitivní výzvu. Musel po dlouhé době začít vstávat dříve a také pociťoval větší únavu. Důležité bylo, že si Jan začal únavu lépe uvědomovat. Zpočátku musel ráno překonávat velkou nechuť, neustále v průběhu vyučování sledoval, kdy už skončí. Po skončení vyučování se ale dostavil vždy pocit zadostiučinění, který Janovi pomohl překonat počáteční únikové tendence.

13.4.5 KLIENTOVY PROJEVY/CHOVÁNÍ V PROGRAMU

Postupně se u Jana se snížila únava a on měl čím dál větší chuť do práce. Začal více věřit, že program dokončí a zvládne. Hlavní motivací byl pro něj pocit úspěchu.

Jan zažíval asi v polovině programu takový příliv energie, že dokonce chodil občas odpoledne běhat, což mu pomohlo navodit uvolnění. Celkově se mu i zlepšila nálada, více si věřil a doufal, že alespoň jeden semestr na VŠ zvládne. Postupně se dokázal přizpůsobit režimu programu, pomohla mu v tom pravidelnost a ranní rituály. Jan se cílevědomě učil z téměř každého cvičení na programu, měl vysokou schopnost najít na předkládaném úkolu nebo technice učení něco pro sebe zajímavého a přínosného. Sám i s patronkou pak vymyslel spoustu metod a postupů ke zvládnání různých zátěžových situací, které následně opravdu používal (např. rozložení práce na části, nepřetěžování se, doplnění studia fyzickou aktivitou, ustálené časy a postupy pro práci). Tím Jan prokázal značnou systematičnost a cílevědomost.

Janova míra únavy postupně stoupala v první polovině programu, potom dokonce trochu klesla a obrovský nárůst se objevil až před koncem programu, kdy musel Jan věnovat hodně času domácí přípravě. Jan byl schopen reflektovat, že šlo jak o fyzickou, tak psychickou únavu. Janovi se, až na závěrečné zátěžovější období programu, docela dařilo v průběhu Studenta udržet v rovnováze míru zatížení a odpočinku.

13.4.6 ZÁVĚR PROGRAMU

S přibližováním se konce Programu Student se pro Jana znovu aktualizovalo téma studia. V jeho uchopení této záležitosti se promítala značná ambivalentnost a tenze. Často v rámci patronských schůzek kolísal od představy, že studium na VŠ zvládne

k představě, že ho ze studia s potupou vyloučí. Míra jeho sebedůvěry v této oblasti také kolísala. Postupně vycházelo víc a více najevo, že v rozporuplnosti tématu studia hraje velkou roli vliv Janovy rodiny. Rodiče si velmi přáli, aby Jan vystudoval a dávali mu to najevo různými jemnými i tvrdými, vědomými i nevědomými cestami (např. jednou Jan řekl rodičům, že to jde na VŠ jen zkusit, což rodiče ihned onálepkovali jako poráženecké řeči).

Konference byla pro Jana opravdovým vyvrcholením programu. V mnoha aspektech se překonal, zvládl referát přednést z paměti podle folií, doplnil ho obrázky, našel si na tématu něco zajímavého, zvládl stres kolem vystoupení před publikem (sice s podporou léků navíc).

Po skončení programu Jan nějakou dobu vnímal prázdnotu po něm ve svém životě, bylo to pro něj prý nejhezčí období za uplynulých pět let, vše bral hodně osobně, chodil do skupiny velmi rád. V tom se odrážela jeho jiná výchozí pozice než u ostatních účastníků programu, Jakub žil s nemocí už 7 let, většina jeho spolužáků 1-2 roky. Během prázdnin se Jan systematicky snažil udržet se v psychické i fyzické kondici: četl knížky, řešil obtížné logické hlavolamy, počítal chemické rovnice, jezdil na kole, hrál tenis a scházel se s kamarády z programu. Pracoval do školy pravidelně tři dny v týdnu, dohromady asi osm hodin týdně. Uměl si v průběhu zařazovat minutové pauzy na protažení se a práci s dechem. Vypěstoval si návyk pravidelně každý den či obden pracovat na něčem pro školu a už se k práci nemusel přemáhat.

13.4.7 ÚSPĚCHY, NEÚSPĚCHY KLIENKY V PROGRAMU A STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ

V tréninku studijních strategií se Jan naučil rozdělovat a plánovat si studium, pořizovat si kvalitnější výpisky a to jen v heslech, zařazovat při učení pauzy, ale ne moc dlouhé jak činil dřív. Na tréninku sociálních dovedností se Jan ukázal jako schopný týmový hráč, velmi dobře plnil role sjednocovatele, facilitátora, shrnovače názorů. Jeho slabší stránkou ale byl značný deficit pozornosti (výkyvy pozornosti jsou patrné i během tříminutové práce na cvičení) a pomalejší reakční časy. Se svými obtížemi se vyrovnával vždy s nadhledem a výdrží, cvičení opakoval dokud se nezlepšil a zaměřoval se především na přesnost. Na opakujících se cvičeních bylo vidět, jak se postupně Janova pozornost zlepšila.

Jan se v programu Student potýkal s poměrně výraznými kognitivními problémy, únavou a stresovou reaktivitou. V závěrečných retestech kognitivních funkcí se

dokázal hodně zlepšit, sám si však nejvíce cenil své nové schopnosti více o věcech přemýšlet a zjištění, že kvalita a pohoda je důležitější než kvantita a rychlost.

13.4.8 ADAPTACE VE ŠKOLE

Po nástupu na VŠ se v pravidelných schůzkách se svojí patronkou dále věnoval zvládání studia a hledání vlastního studijního stylu, který by mu nejvíce vyhovoval. Zápis do školy zvládl velmi dobře, míra stresu byla minimální. Samostatně si podal žádost o uznání zkoušek. Jan studium hodně promýšlel dopředu, plánoval si doučování a průběžné studium z přednášky na přednášku. Už od začátku studia trpěl Jan úzkostně-paranoidními myšlenkami, které znal už z předchozích studijních pokusů. Dokud na ně měl náhled, vymýšleli s patronkou preventivní strategie proti jejich zintenzívnění.

V průběhu podzimního semestru Jan zažil studijní krizi, která byla podložena obtížemi v adaptaci na náročné denní studium a zhoršením zdravotního stavu. Hrozící zhoršení zdravotního stavu se projevilo ve vztahovačných pocitech vůči spolužákům a depresivních rozladách. Studijní krize pak měla podobu výpadku v docházce, zmenšené schopnosti průběžně se do školy připravovat, propadu sebevědomí, rezignační myšlenky (na ukončení studia), větší dopad stresu, menší subjektivní pocit zvládání a kontroly nad situací. Krizi se podařilo zvládnout díky intenzivnější spolupráci s patronkou. Na přechodné období Jan omezil povinnosti na minimum a přidal co nejvíce aktivit, které mu zvednou náladu. Školu navštěvoval nadále téměř denně, ale vždy jen na jednu přednášku nebo cvičení z mnoha. S patronkou se dohodli zatím nevolit žádné extrémní varianty řešení, školu zatím nekončit, ale na druhou stranu nepřestat chodit do školy úplně. V období krize se zvýraznil fakt, že studium je pro Jana na hranici zvládnutelnosti (z hlediska energie nutné k vynaložení, stresu), dále se zvýraznily jeho ambivalentní postoje ke studiu a protichůdné faktory v motivaci. Krizi se nakonec podařilo zvládnout hlavně díky tomu, že si dal Jakub dva týdny volno, setkal se s kamarády, přemýšlel o své situaci, zvýšil si po domluvě s lékařem dávku medikace. První semestr a zkuškové období Jan zvládl úspěšně, zápočty a zkoušky si rozložil na maximální možné časové období, pár studijních povinností splnil v předtermínu. Studium se stalo běžnou součástí jeho života. Jan byl se sebou spokojený, semestr dopadl nad jeho očekávání: "Zvládl regulovat zátěž, nepřetěžovat se, udržet si disciplínu." Zvládnutí zkoušek dodalo Jakubovi sebevědomí, myslí si, že podal dobrý výkon a že věří tomu, že má v sobě potenciál.

Jan čerpal motivaci ke studiu z výrazně ambivalentních zdrojů. Jan bral školu jako boží soud - spravedlivě se ukáže, jestli ke studiu má předpoklady. Takto vnímal hlavně zkouškově situace. Škola byla pro něj boj, který lze jen vyhrát nebo prohrát. V krizových situacích pro něj potom nabýval síly záchranný motiv „nevzdat se“. K těmto hodně silovým motivům k setrvání ve škole se ještě přidávala vnější motivace tlakem na vzdělání ze strany rodičů a příklad sestry s VŠ vzděláním. V průběhu spolupráce s patronkou se Janovi podařilo svoji motivaci trochu zjemnit tím, že začal studium vnímat i jako získávání nových informací, zábavu se studenty, začal si vážit svého zájmu o obor, uznal zvědavost jako podnětnou a platnou součást motivace.

V dalším semestru Jan pokračoval ve studiu podobným stylem, pravidelně navštěvoval přednášky a cvičení, intenzivně spolupracoval s patronkou, pravidelně se doma připravoval. Věnoval se v podstatě pouze studiu a na další životní oblasti mu dlouhodobě nezbývalo mnoho času ani energie. Dlouhodobě ho také vyčerpávaly jeho ambivalentní postoje ke studiu, konfliktní zdroje motivace a nátlak ze strany rodičů.

13.4.9 SOUČASNÁ KLIENTOVA SITUACE

V průběhu druhého semestru začal uvažovat o tom, zda mu velké psychické vypětí opravdu stojí za to. Shledával, že je pro něj studium natolik náročné, že vlastně vůbec nemá čas na hledání kamarádů a rozvíjení svých zájmů. Po zralé úvaze a tentokrát nikoliv pod tlakem studijně-zdravotní krize se rozhodl během letního semestru studium ukončit a věnovat se přípravě na zaměstnání ve formě intenzivní pracovní rehabilitace s výhledem na zaměstnání na volném trhu práce s podporou konzultanta služby podporovaného zaměstnávání.

Jan reprezentuje menší skupinu studentů, kteří návrat do školy sice zvládnou, ale po nějaké době ji po svobodné a zralé úvaze opouštějí. Rozhodnutí o ukončení studia pak bývá spíše než neúspěchem přijetím svých vlastních limitů a změnou hodnot.

V programu Student se často setkáváme s klienty, jejichž rozhodnutí pro studium je více než zájmem a vnitřní motivací ovlivněno tlaky výkonově orientovaných blízkých osob. Studiu se vlastně někde v sobě vnitřně brání a udržování se na škole je často spíše odkládáním přijetí Jaktu, že cíl přesahuje jejich možnosti. V programu Student se jim postupně začíná otevírat prostor pro svobodnou volbu, co je pro ně v životě vlastně důležité a co pro to chtějí a nechtějí obětovat.

13.5 „POZVOLNA SE ZOTAVUJÍCÍ STUDENTKA“

Při prvním kontaktu s programem bylo Evě 21 let, nyní je to 25letá mladá žena, která působí některými rysy trochu dětsky. Je nenápadná, ale někdy si všimnete, že na sobě má nepřípadně působící oblečení. Často se nervózně usmívá a mluví potichu. Bydlí v podnájmu s kamarádkou, vydělává si na vlastní živobytí a má za sebou i pracovní pobyt na farmě v zahraničí. Maluje a účastnila se jedné autorské a několika kolektivních výstav. Studuje prvním rokem VOŠ. Občas se příliš často omlouvá za to co řekla, a dovoluje se ostatních, zda něco může udělat.

13.5.1 ÚDAJE O NEMOCI, JEJÍ SOUVISLOST SE STUDIEM

Eva se do nemoci začala pomalu zanořovat již roky před jejím rozpoznáním. Vystudovala SŠ oděvní. Zpočátku měla dobré studijní výsledky, ty se však v druhé polovině středoškolského studia rapidně zhoršily a Eva maturovala s nejslabšími známkami z celé třídy. Na SS byla zaměřená na mechaničtější zapamatování si látky během vyučování ve škole. Během středoškolského studia se nijak neprofilovala. Eva nechápala dost dobře látku, která se probírala, nestíhala to, nedokázala si látku zažít, nedokázala si teoretické informace převést do praktických příkladů. Situaci ale nijak neřešila. Zlom v klasifikaci vnímala jako nespravedlnost, ke škole měla odpor, zaujímal pasivně rezistentní postoj (popsala to jako „dobře, dobře, říkejte si co chcete, já to nějak přetrpím“). Na maturitu ani důležité zkoušky se neučila, protože většinou s přípravou začala tak pozdě, že si myslela, že si to nebude schopná všechno zapamatovat. Po SS odešla studovat VŠ do jiného města, obor si zvolila podle toho, že navazoval na její středoškolské vzdělání, a že se na něj nekonalý přijímací zkoušky. Náročnost studia technického oboru však nezvládla a v polovině 2. semestru školu sama opustila. 1,5 roku před nástupem do programu neměla žádný strukturovaný denní program a asi rok před nástupem u ní byla diagnostikována simplexní forma schizofrenie. Nemoc u ní probíhá nenápadně, takže nebyla nutná hospitalizace. Dlouhodobý pomalý nástup nemoci mohl souviset s neúspěchem jejího prvního vysokoškolského studia (alespoň u mnoha osob se simplexní schizofrenií ovlivňuje onemocnění jejich fungování roky před rozpoznáním nemoci), Eva však není schopná rozklíčovat vliv nemoci na její život v minulosti, je to pro ni obtížné i u událostí v současnosti.

13.5.2 NÁSTUP DO PROGRAMU

Klientka nastoupila do programu Student na podzim roku 2004. Program si našla sama díky exkurzi klientů ze spolupracující zdravotnické organizace DPS Ondřejov, které se zúčastnila. Před vstupem do programu si stěžovala na problémy s pamětí. Měla také velké obavy z náročnosti programu. V programu se chtěla připravit na opětovný nástup k vysokoškolskému studiu, své studijní zaměření však formulovala dost vágně a v průběhu programu ho několikrát změnila.

13.5.3 ADAPTACE V PROGRAMU

Zpočátku trpěla Eva v programu úzkostí a problémy s pozorností. V průběhu kurzu se jí však podařilo úzkost odbourat a pozornost posílit. Eva se už při vstupu do programu zajímala o možnost prodloužení patronských schůzek až do přijímaček, což lze interpretovat jako projev úzkosti.

13.5.4 KLIENTČINY PROJEVY/CHOVÁNÍ V PROGRAMU

Klientka velmi pilně navštěvovala program (nechyběla ani jednou, což je v programu rarita) a na všech úlohách pracovala s velikým nasazením. Tomu také odpovídalo velké zlepšení kognitivního fungování, které bylo změřeno psychologickými testy na začátku a na konci programu. Eva byla zvláštní výrazně nízkým pracovním tempem, svou pomalost však více než vyvažovala nasazením a svojí pevnou zaměřeností na seberozvoj. Někdy mluvila i o aplikaci nově nabytých dovedností v nejběžnějším životě. Působila ustrašeně, zakřiknutě a nesebevědomě, přesto se postupem času začala za některé výkony chválit a zkoušet si rostoucí sebevědomí asertivními projevy vlastního názoru.

Pro klientku bylo důležité osvojování si paměťových strategií. Při tréninku studijních dovedností se zaměřovala hlavně na zlepšení pochopení studovaného textu, rozlišování a vybírání důležitých informací, zvýšení samostatnosti práce, zkvalitnění prezentačních schopností, snížení úrovně trémy při prezentaci.

13.5.5 DOSAŽENÉ ZMĚNY BĚHEM PROGRAMU

Změny, dosažené během programu, byly nejvýraznější z tehdejší skupiny účastníků. Na konci programu Student bylo u Evy zjištěna zlepšení v schopnosti zobecnění (IST), paměťovém výkonu (IST, test tváře, AVLT), výkonu pozornosti a psychomotorickém

tempu (TMT). Při testování se projevil Evin problematický a stresový styl řešení úkolu. Eva se při zadání úkolu dostane do šoku a je paralyzovaná pocitem "tohle nikdy nemůžu zvládnout", po určité době stres opadne a nastane fáze, Eva se uklidní a ustálí na vytrvalém výkonu.

Po absolvování programu měla Eva i nadále rezervy v práci s časem, pracovala celkově pomaleji a občas chaoticky a neefektivně.

13.5.6 ÚSPĚCHY, NEÚSPĚCHY KLIENTKY V PROGRAMU A STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ

Závěrečný úkol celého programu Student - konference - byl pro Evu opravdovým vyvrcholením výkonu a úsilí. Dlouho předem byla z této události velmi stresovaná, vymyslela hodně možností, jak se s ochromujícím stresem vyrovnat, ale potom máloco zrealizovala. Toto je u Evy velmi častý obrázek. Lze se ptát, zda šlo o projev vyhýbavých tendencí, nebo naopak paralyzovanost velkou stresovou zátěží.

13.5.7 ZÁVĚR PROGRAMU

Eva v závěru zhodnotila program jako pro sebe velmi důležitý, ze všech modulů si něco vzala. Myslí si, že získané dovednosti může využít nejen ve škole, ale i při hledání zaměstnání, v běžném životě. Eva ukončovala program s pocitem, že se v něm rozhýbala a nastartovala. Student hodnotila jako velmi náročný program a byla na sebe pyšná, že ho zvládla absolvovat.

13.5.8 POKRAČOVÁNÍ SPOLUPRÁCE - VOLBA DALŠÍHO STUDIJNÍHO SMĚRU

Po skončení intenzivního programu začala Eva navštěvovat skupinovou terapii, kde se dále vypořádávala se svojí nemocí. Sama si našla jazykový kurz poskytovaný sociální službou a začala na něj docházet.

I nadále Eva přicházela na individuální schůzky. Jejich obsahem bylo rozhodování se pro konkrétní VOS. Eva si vybrala několik škol velmi různého zaměření do širšího výběru. O všech si zjistila značně podrobné informace. U každého Evu lákalo něco jiného a u každého jí chyběla řada dovedností a znalostí k tomu, aby úspěšně složila zkoušky. Eva hodně času a energie strávila promýšlením jednotlivých variant, odhadováním obtížnosti přijímaček a pravděpodobnosti své úspěšnosti v nich. Bohužel ale dlouho nevnímala důležitost toho, aby se rozhodla pro jednu z variant a začala se konkrétně připravovat. Tento prvek ambivalence a váhání, odkládání rozhodnutí a akce

se ve spolupráci s patronkou a Evině studiu projevili ještě několikrát. Nakonec výběr VOŠ zúžila Eva sama na jedinou školu sociálněpedagogického zaměření. Během přípravy na přijímací řízení prodělala Eva ještě několik ambivalentních odboček: uvažovala o další VOŠ podobného zaměření, váhala zda nejlépe raději pracovat. Vždy se nakonec vrátila ke svému původnímu záměru. K úspěšnému zvládnutí přípravy na studium sociální pedagogiky jí pomohlo hlavně to, že začala být celkově aktivnější, začala aktivně hledat informace, studovat a číst knížky, mluvit o studiu s víc lidmi, zapojila se do krátkodobé pracovní rehabilitace v tréninkové kavárně, navštěvovala kurz angličtiny, začala působit jako dobrovolník v komunitním centru a uskutečnila rozhovory s několika sociálními pracovníky, které znala ze své léčby, kdy se jich ptala na podstatu jejich práce, její náročné momenty a úskalí.

Eva byla následně přijata na zvolenou školu. Zde studovala dva roky. Pobyt na škole jí vyhovoval vzhledem k malé náročnosti studia, komunitnosti školy a možnosti odložit termíny zkoušek. Nevýhodou studia bylo vysoké školné a chybějící atestace MŠMT, bez které mají absolventi velmi omezené uplatnění. Během dvou let studia se vrátila do programu Student: jednou k patronce pro pomoc s uspořádáním zkouškového období, pokaždé na konci léta do čtrnáctidenního přípravného kurzu zaměřeného na nastartování do nového školního roku.

13.5.9 NÁVRAT DO PROGRAMU - ADAPTACE V NOVÉ ŠKOLE

Po dvou letech studia na sociálně pedagogické škole přišla Eva opět do prázdninového přípravného kurzu. Během individuálních rozhovorů vyjadřovala nespokojenost se studiem a obavy, že nedokáže dlouhodobě splácet vysoké školné. Po společné konzultaci dalších možností se tedy Eva přihlásila na prestižní státní VOŠ sociálně právního směru, kam se v druhém kole přijímacích zkoušek také dostala. V návaznosti na náročnost adaptace na nové studium se rozhodla čerpat opět půlroční individuální podporu klíčové pracovnice v Programu Student. S patronkou se v daném půlroce potřebovala soustředit hlavně na témata: jak skloubit školu a práci, přestat plnit povinnosti na poslední chvíli, začít plánovat, připomínat si postupy, které se naučila v programu Student a začít je používat ve škole. Eva učinila na začátku semestru první kroky k vědomějšímu plánování povinností: začala sepisovat své úkoly, které má na tento semestr, začala s předstihem vypracovávat jednodušší seminární práce. Eva si ale opakovaně plánuje věci do kratšího času, než za který je pak zvládá, uměle si přidává

euforizující stres, ale zvyšuje celkovou míru stresu ve svém životě. Dále si Eva rozpracovala způsob plánování na měsíc a týden s použitím diáře a tabulky studijních povinností na semestr. K realizaci naplánovaných kroků se ale dlouhodobě nemohla dostat, její studijní motivace začala upadat, místy měla dokonce pocit, že věci jdou samospádem a ona se „jenom veze“, že svojí situaci neřídí. S pomocí většího strukturování činností a podpory klíčové pracovnice v malých aktivních krocích se Evě pomalu začalo dařit samostatně plánovat do diáře. Výsledkem bylo, že se jí daří nyní mnohem víc věcí vyřídit a dokončit. Pociťovala z nové dovednosti plánování radost.

S patronkou také Eva pracovala na vědomější a stálejší motivaci. Došla k poznání, že na začátku semestru je hodně nabuzena novostí a zájmem, na konci ukončováním povinností, v mezidobí trpí propadem motivace a odkládáním, pomoci ji může pravidelné plánování, podpora motivace zvnějšku a určitým rytmem.

13.5.10 SOUČASNÁ SITUACE

Eva nadále studuje státní VOS a využívá podpory programu Student. Stále se u ní projevují pozvolna se zlepšující obtíže v oblasti plánování, strukturování a zpracovávání informací, odkládání povinností a nerozhodnosti. Různé formy podpory v rámci programu Eva využívala od konce roku 2004 do začátku roku 2008, tedy přes 3 roky. Celou dobu lze u ní pozorovat v porovnání s jinými klienty velmi pomalý, ale setrvalý vývoj k větší samostatnosti, sebevědomí, sebeorganizaci a zvládnání větší zátěže.

14 VÝSLEDKY VÝZKUMU

V následující části práce Vás na základě analýzy předložených kasuistik seznámím s nalezenými odpověďmi na mé zpočátku položené výzkumné otázky

14.1 JAKÉ STUDIJNÍ OBTÍŽE MAJÍ STUDENTI SE SCHIZOFRENIÍ?

Studenti trpící schizofrenií vykazují během tréninku a následné integrace do studijního procesu širokou škálu potíží, které jim studium znesnadňují. Malá část je úzce propojena s příznaky nemoci, větší část pouze volněji.

14.1.1 PŘÍZNAKY NEMOCI

Studenti, kteří trpí onemocněním již delší dobu (Jana, Jan), při zvýšené zátěži častěji zažívají zhoršené příznaky nemoci jako může být například depresivní rozlada,

úzkostně-paranoidní myšlenky o škole a spolužácích. Studenti se schizofrenií se mohou velmi rychle propadnout do krize spojené se zhoršením zdravotního stavu, chybějí jim totiž často záchytné body a způsoby regulace stresu. V kasuistice Jana lze vidět jak je v takovém případě důležitá rychlá a profesionální podpora, jelikož právě takovéto krize, které student nepřekoná, mají za následek časté vypadávání mladých lidí s duševním onemocněním z nově započatého studia. Častou obtíží, kterou studenti z mých kasuistik vykazovali, byla úzkost v různých podobách. Pokud úzkost zesílí, je možné ji dát do souvislosti s příznaky základního onemocnění. Dalším negativním psychotickým příznakem, který může vytrvat i do fáze remise a svým zesílením oznamovat možnou studijní i zdravotní krizi je sociální stažení. Na případu Jany je možno vidět, jak tento projev, spojený s odříznutím se od profesionálních i neprofesionálních zdrojů podpory, může mít fatální následky.

14.1.2 KOGNITIVNÍ OBTÍŽE

Všichni studenti trpěli alespoň některými kognitivními obtížemi, po atace nemoci se jim zhoršilo fungování paměti, pozornosti, pracovní tempo, snadněji se dostanou do stavu přehlcení informacemi, který nejsou schopni korigovat. Pro studenty je také velmi obtížné rozlišení důležitých a nedůležitých informací nebo úkolů, častěji nedokáží udržet strukturu a v informacích nebo zadáních se ztrácí. Míra a rychlost kompenzace těchto obtíží často koreluje s úspěšností studentů při přechodu z fáze tréninku do reálné studijní situace.

14.1.3 AKTIVITA, ENERGIE, VŮLE

Studenti se alespoň zpočátku tréninku cítí snadněji unavitelní než před nemocí. Tato míra se během tréninku zlepšuje. Časté jsou potíže s ranním vstáváním a dodržováním jakéhokoliv režimu, které velmi znesnadňují možnost zařadit se zpět do studia. Všem studentům je po nemoci společný špatný odhad energetických rezerv. Ten může snadněji vést ke drobným studijním i zdravotním krizím a absencím. S adaptací se na novou situaci se většina studentů své rezervy opět naučí rozpoznávat. S poklesem životní energie bezprostředně po atace psychózy a také s psychotickým příznakem abulie souvisí často přetrvávající potíže odhodlat se k činnosti, k realizaci svých plánů (v kasuistikách zachyceno u Petra a Evy). U podobného projevu se můžeme ptát, zda jde o projev vyhubavých tendencí, nebo naopak paralyzovanost velkou stresovou zátěží."

14.1.4 KŘEHKOST VŮČI STRESU

Stresová reaktivita se projevuje u studentů s duševním onemocněním ve fázi nástupu do školy a adaptace (příklad Jana a jeho počáteční studijně-zdravotní krize), ale hlavně ve zkouškových situacích (kasuistika Jany a její stresový odchod ze studia). Je třeba připomenout poznatek zmíněný již v teoretické části, že totiž lidé s duševním onemocněním prožívají jako stresující už mnohem méně náročné situace než běžná populace. Stres tak může zasáhnout do zpracovávání každého úkolu v rámci tréninku nebo při studiu, jak jsme se mohli dočíst v kasuistice Evy. Ta měla na počátku programu velmi problematický a stresový styl řešení úkolu. Zadání úkolu Evu dostane do šoku a ona je paralyzovaná pocitem "tohle nikdy nemůžu zvládnout", po určité době stres opadne a nastane fáze, kdy se Eva ustálí na vytrvalém výkonu.

14.1.5 STUDIJNÍ KRIZE

Menší nebo větší studijní krize potká i běžného studenta. U studenta s psychózou je její riziko v tom, že se může propojit s krizí zdravotní a také v tom, že osoba s duševním onemocněním se do krizových stavů propadá mnohem rychleji a hlouběji. Také většinou nemá dobře vyvinuté mechanismy vyhledávání pomoci v krizi. Krize u Jana pak měla podobu výpadku v docházce, zmenšené schopnosti průběžně se do školy připravovat, propadu sebevědomí, rezignačních myšlenek. Dále bylo možné pozorovat větší dopad stresu, menší subjektivní pocit zvládnání a kontroly nad situací.

14.1.6 POTÍŽE S PLÁNOVÁNÍM

Studenti s duševním onemocněním velmi často volí strategie odkládání na poslední chvíli. V minulosti, před atakou nemoci, to pro ně možná byla efektivní strategie, ale v nové situaci, s narušenými kognitivními funkcemi a zvýšenou křehkostí vůči stresu už často nevede ke kýženým výsledkům, ale ke zhroucení. Potíže s organizací času mohou mít také podobu prodloužené fáze rozhodování, neschopnosti přejít od přemýšlení, plánování k realizaci (viz kasuistika Evy).

14.1.7 MALADAPTIVNÍ POSTOJE

Psychóza je stav, který do základů ovlivní fungování postižené osoby i její postoje k sobě samé (viz teoretická část). Studenti trpící schizofrenií reagují často na své neúspěchy sebeobviňováním, ztrátou sebedůvěry, nespokojeností se sebou a pocitem, že

se nemůžou spolehnout na své schopnosti. Dalším neadaptivním postojem, který studentům s psychózou znepríjemňuje návrat je perfekcionismus, kvůli následkům nemoci totiž nejsou již schopni své přehnané nároky na sebe a své výkony naplňovat, což je frustruje a zároveň vysiluje.

14.2 JAK SE STUDENTI S TĚMITO OBTÍŽEMI VYROVNÁVAJÍ (VE FÁZI TRÉNINKU A VE FÁZI NÁVRATU DO REÁLNÉ ŠKOLNÍ SITUACE)?

Studenti trpící schizofrenií používají směs efektivních a méně efektivních zvládacích strategií, seznámíme se s nimi v pořadí od přístupů účinných k maladaptivním.

14.2.1 AKTIVNÍ ZVLÁDÁNÍ SITUACE

Když se studentům začíná dařit, pozorujeme na nich aktivnější učení se v tréninku i aktivnější přístup ke studiu (Petr, Jana). Podobně u Evy skončila obtížná fáze ambivalence kolem volby dalšího studijního zaměření obdobím, kdy začala být aktivnější, dala se do aktivního hledání informací, pustila se do studia odborné literatury, navštěvovala kurz jazyka, začala působit jako dobrovolník v komunitním centru. Další formou aktivního přístupu k úkolům je dovednost učit se i z obtížnějších úkolů - brát obtížný úkol jako výzvu a nikoliv jako ohrožení (to dokázala Hana a obtížné to bylo pro Janu). V Janově případě jeho aktivní přístup k situaci tkvěl v každodenní účasti na tréninku i přednáškách a ještě ve vymýšlení metod a postupů ke zvládnutí různých zátěžových situací, které následně opravdu používal (např. rozložení práce na části, nepřetěžování se, doplnění studia fyzickou aktivitou, ustálené časy a postupy pro práci).

14.2.2 AKTIVACE ZDROJŮ PODPORY

Úspěšnější studenti dokáží aktivovat své zdroje sociální podpory (rodina, spolužáci, najít si ve škole známé) a to v různé fázi zotavování a návratu ke Studiu. Za Petrem docházeli spolužáci už na hospitalizaci, on se ihned po hospitalizaci vrátil do svého třídního kolektivu aspoň na hodinu až dvě denně. Jana i Petr si dokázali najít v novém kolektivu přátele. Jan při své zdravotně-studijní krizi ihned kontaktoval klíčovou pracovníci a s její podporou se brzy do školy vrátil. Eva dokázala opakovaně v obtížných momentech vyhledat pomoc klíčové pracovníce z Programu Student a posunout se o další krok na své studijní cestě dál.

14.2.3 PLÁNOVÁNÍ A JINÉ ZPŮSOBY AKTIVNÍ KONTROLY SITUACE

Způsoby aktivní kontroly situace mohou být: plánování, termínování, dostatečná příprava na situaci (ať je to zkouška nebo jeden úkol). Příkladem může být Jan, který si zápočty a zkoušky rozložil na maximální možné časové období, pár studijních povinností splnil v předtermínu. Studenti si často pomáhají zavedením pravidelnosti do svého studijního života, pomáhají si různými rituály a pro některé je ideální, když se jim práce do školy stane ustáleným návykem (viz příklad Jana).

Na druhou stranu přílišné plánování a přílišná snaha o kontrolu situace může být maladaptivní - svazující a energeticky příliš náročná. Mohli jsme to sledovat v kasuistice Jana, který studium hodně promýšlel dopředu, plánoval průběžné studium z přednášky na přednášku, ale nedokázal udělat další krok k uvolněnosti a nadhledu. Jan se přílišným plánováním a kontrolou držel v neustálém pohybu, protože kdyby se na moment zastavil, zjistil by nakolik je vyčerpaný a přetížený a že už se do původních obrátek nedostane.

Mnohem zralejší a životaschopnější uchopení je vidět v příběhu Petra, který začal po fázi dokonalého plánování bez realizace hledat rovnováhu mezi plánováním a improvizací. Tato uvolněnější a vyrovnanější forma kontroly studia mu pomohla zvládnout první semestr na VŠ.

14.2.4 PRVKY MOTIVACE

Zaměření a síla motivace často velmi ovlivňuje úspěšnost při návratu ke studiu. Hodně konfliktní typy motivace mohou vést k vyčerpání a zhoršenému fungování studentů. Může jít o vyhraněně výkonovou motivaci, na jejíž naplňování student po nemoci už nemá energetické rezervy. V případě Petra a Hany se tyto tendence podařilo zkorigovat, ale v případě Jana výkonnostní motivace ve formě „studium jako boj, ve kterém lze vyhrát nebo prohrát“ a „studium jako boží soud“ vedla k Janovu vyčerpání a posléze k zanechání studia. Maladaptivním motivačním vlivem může být také vnější tlak ze strany blízkých nebo rodiny, jak tomu bylo u Janových rodičů. Opačným pólem potom je ztráta nebo kolísání motivace, které může až hraničit s abulií. Takovéto stavy zažívá dlouhodobě Eva a více či méně se jí je daří pozvolna korigovat.

Podporujícím zdrojem motivace u studentů z našeho vzorku bylo například celkové osobnostní nastavení na rozvoj a učení (to vykazovali Hana, Jana, Jan a Eva). Část

studentů ze vzorku se dokázala namotivovat k účasti na programu i k následnému studiu tím, že našli ve většině úkolů nějakou informaci nebo dovednost důležitou pro svou osobu (tuto strategii používal hlavně Jan, Jana a Helena). Tento způsob podpory motivace je rozhodně dlouhodobější než pouhé motivování se novostí prostředí, úkolů a vyučovacích předmětů, jak to zpočátku zažívala Eva.

Studenty z mého průzkumu často velmi posunulo vpřed, když si dokázali svou motivaci ke studiu více zvědomit a ustálit. U Evy můžeme tento moment zachytit, když si uvědomila, že na začátku semestru je motivována novostí a zájmem, na konci termíny a zkouškami a v průběhu semestru tedy musí pomoci své motivaci pravidelným plánováním, podporou motivace zvnějšku a určitým rytmem.

14.2.5 ROVNOVÁHA PRÁCE/ODPOČINEK

Další důležitou strategií, kterou více či méně úspěšně modifikovali všichni uvádění studenti, je rovnováha mezi zatížením a relaxací. Vzhledem ke sníženým energetickým rezervám po atace nemoci a zvýšené křehkosti vůči stresu je moment návratu do školy pro mnoho z nich prvním okamžikem, kdy ze sebezáchovných důvodů musí přiznat odpočinku a mimoškolním aktivitám jejich váhu (Petr, Jan). Na druhou stranu už tito studenti nejsou tak dobře schopni nárazových extrémních výkonů, proto je pro ně důležité nalezení právě té specifické rovnováhy mezi těmito oblastmi (Petr, Jan, Hana).

14.2.6 ZVLÁDÁNÍ KRIZE

Důležitou strategií zvládání zátěžových situací je u studentů, zotavujících se z duševního onemocnění, zvládání zhoršení psychického stavu. V menší nebo větší míře podobná krize potká každého studenta z této skupiny. Je výhodné, když v takovém případě dokáže, podobně jako Jan, aktivizovat své přirozené i profesionální zdroje podpory, omezit povinnosti na minimum, přidat relaxační a radost činící aktivity. Je dobré, nepřetrhat během krize se studiem vazby a pokusit se třeba jednu přednášku z mnoha navštívit, nebo alespoň kontaktovat spolužáky a získat informace od nich.

14.2.7 SEBEHODNOCENÍ

Vzhledem k změně funkční kapacity mladých lidí po proběhlé atace schizofrenie je výhodné, když u nich proběhne i přehodnocení nároků na své výkony. Snížení nároků na sebe prodělal posléze Petr, který se přestal tolik srovnávat se spolužáky, a Hana,

kteřá se rozhodla dostudovat na méně obtížné a kratší škole. I u dalších úspěšných studentů můžeme pozorovat drobné změny v pohledu na sebe a své schopnosti ve smyslu většího ocenění sebe sama a zjemnění sebehodnocení.

14.2.8 *STUDIJNÍ STYL A STRATEGIE*

Pokud měli studenti rozvinutý a funkční studijní styl již před nemocí, mohli ho využít jako podpůrný zdroj kompenzující kognitivní obtíže při návratu ke studiu. To byl případ Hany, která uměla dobře vyhledávat zdroje informací, rychle a efektivně vybírat informace relevantní k tématu, při učení používala strategii jdoucí po významu a uměla si nalézt doplňující zdroje. V návratu ke studiu pak stačilo lehce podpořit její sebevědomí a poskytnout jí prostor pro nácvik docházení a studijních aktivit v bezpečných podmínkách.

Studenti, kteří neměli premorbidně rozvinutý studijní styl, jsou po nemoci velmi tvrdě konfrontováni se svými kognitivními deficity. Musí potom rozvinout nejrůznější strategie, které jim pomohou strukturovat si učivo, vštípit si ho do paměti a déle a vyrovnaněji se soustředit. Mnoha studentům v tom pomohly během Programu Student osvojené paměťové strategie. V modulu studijních dovedností se zase někteří z nich naučili třídít si informace a učit se podle významu a nikoliv mechanicky (důležité to bylo pro Evu a Petra). Pro některé studenty může být také novým zjištěním reflexe toho, zda jsem informace pochopil nebo ne (významné zjištění pro Janu). Jako efektivní se také ukázalo propojit studium a v něm nabyté znalosti s běžným životem, příkladem může být Eva, která začala samostatně používat naučené paměťové strategie při zapamatovávání si zpráv z rozhlasu. Lze očekávat, že podobně bude přistupovat i ke svému studiu sociální práce a praxím během studia.

14.2.9 *VYHÝBÁNÍ, ÚNIK, REZIGNACE*

Neefektivní strategie, které studenti vykazují při setkání s obtížemi ve studiu, jsou únikové a vyhýbané tendence. Silnou vyhýbavou strategií používala např. Jana vlastně už během Programu Student. Prožívala zátěžové situace jako předem stresující a to pak mělo za následek velkou touhu po uniknutí z nesnesitelného stavu permanentního stresu. Jana také často upadala do rezignačních stavů, ve kterých pochybovala o svých dovednostech a chtěla rušit své plány, často byla rezignace reakcí na dílčí neúspěch. Nakonec tyto strategie vyústily v zanechání studia.

Posláním programu Student je poskytování podpory mladým lidem s psychotickou zkušeností v oblasti přípravy na studium a doprovázení mladých lidí v procesu návratu a udržení se při studiu.

Cílovou skupinou programu podpory ve studiu jsou lidé, jejichž kvalita života je snížena v důsledku psychotického onemocnění a mají snahu zlepšit svou situaci v oblasti vzdělávání. Program se věnuje lidem, kteří plánují začít studovat nebo aktuálně studují. Jde především o osoby v rané fázi (1-2 hospitalizace nebo 3 roky od začátku nemoci) psychotického onemocnění nebo jiného základního onemocnění s psychotickými rysy. Do programu jsou přijímány osoby s jasnou motivací ke studiu ve věku 15-28 let (ženy 15-35 let).

Filosofií programu je překlenout most z období na počátku zotavování se z vážné duševní nemoci až do období začlenění se do běžného života a studia.

Mladí lidé mají možnost v rámci skupinových programů v prostorách sdružení hledat a objevovat pro sebe ty efektivnější a pestřejší strategie podpory paměti a pozornosti, postupy plánování, hledání a zpracovávání informací, variabilnější způsoby odpočinku a eliminace stresu. Skupinové programy jejich návštěvníkům také dávají možnost tréninku dochvilnosti, výdrže, soustředění a fungování ve skupině. Mladí lidé zde také mají možnost navázat nové kontakty, vzájemně se podpořit a vyměnit si zkušenosti.

V rámci individuálních programů pomáhají pracovníci služby studentovi samostatněji tvořit jeho studijní a životní situaci, společně hledají možnosti osobního rozvoje, objevují zdroje motivace, posilují samostatnost a sebedůvěru a směřují k zodpovědnosti. Individuální programy a méně intenzivní programy skupinové jsou tím druhým koncem mostu, který studenta doprovází až do doby, kdy už se začleňuje zpět do studia.

1. JEDNOTLIVÉ PODOBY PROGRAMU

Tříměsíční intenzivní program Student

Jedná se o intenzivní každodenní skupinový trénink dovedností v prostorách o.s. Baobab a v terénu. Dlouhodobý program je zaměřený na osvojení dovedností, upevnění režimu, změnu postojů ke studiu.

Trénink se věnuje oblastem:

- > trénink kognitivních funkcí (osvojování si paměťových strategií, systematické posilování pozornosti, cvičení logického myšlení)
- > trénink sociálních dovedností (procvičování komunikačních a prezentačních dovedností, hraní rolí na témata přinesená účastníky programu, asertivní způsoby komunikace, nacvičování spolupráce)
- > trénink studijních dovedností (nácvičení efektivních technik vyhledávání a zpracovávání informací, technik učení, nácvičení psaní článku a vyhotovení referátu)
- > stress management ve škole (nácvičení rozpoznání projevů stresu, přirozené způsoby relaxace, osvojení si relaxačních technik)

Skupinový trénink dovedností je doplněn individuálními konzultacemi s klíčovým pracovníkem - patronem, které jsou zaměřeny na specifickou podporu klienta a plánování jeho studijních cílů. Individuální konzultace probíhají po dobu trvání programu 1x za týden, v následujícím půlroce pak v nižší frekvenci 1x za 14 dní. Vzhledem k tomu, že klíčovou součástí programu je práce s postpsychotickými kognitivními deficity, je jeho integrální součástí psychologické testování na začátku a konci intenzivního skupinového programu.

Čtrnáctidenní (nebo měsíční) příprava Student

Jedná se o intenzivní každodenní skupinový trénink dovedností v prostorách o.s. Baobab a v terénu. Krátkodobý program je zaměřený na aktivizaci a posílení sebevědomí těsně před nástupem ke studiu. Probíhá v srpnu a lednu, tedy vždy před začátkem pololetí.

Poradenské služby

Do komplexu programu podpory ve studiu také patří poradenské služby, kdy studenti mohou využít poradnu studijní referentky pro krátkodobé praktické studijní poradenství a poradnu pro volbu studijní orientace pro individuální poradenství a psychologické **testování.**

Další doplňkové služby

Kromě dlouhodobých intenzivních skupinových programů mohou studenti využít také docházkovou skupinu Klub Student, která je zaměřená na podporu vzájemných vztahů a kurzy jednotlivých dovedností (studijních, sociálních, stress managementu, trénink kognitivních funkcí), které jsou zaměřené na cílené osvojení dovedností nebo zopakování již osvojeného z dlouhodobého intenzivního programu pro již studující.

ZÁVĚR

Část mladých lidí během adolescence nebo rané dospělosti onemocní schizofrenií. Stane se to nejčastěji souběhem jejich vnitřní vulnerability a stresorů přicházejících z jejich okolí. Nejlepším způsobem, jak zabránit jejich celoživotní invalidizaci, je umožnit jim co nejrychlejší návrat na jejich přerušenu životní dráhu. To u mnoha těchto osob znamená návrat na střední nebo vysokou školu. Tito lidé ale trpí po nemoci mnohými kognitivními obtížemi, velkým zásahem do sebevědomí a sníženou důvěrou ve své schopnosti. Některé nevýhodné charakteristiky, jako třeba menší nadání, jednoduchý a mechanický studijní styl nebo zlovyk odkládání povinností na poslední chvíli, si tito studenti nesou už ze svého premorbidního života. Aby se tito křehcí mladí lidé mohli úspěšně vrátit k svému přerušnému studiu, potřebují, trénink narušené kognice a sociálního fungování, trénink často nevhodného studijního stylu a osvojení si pestřejších a efektivnějších způsobů zvládnutí stresu a obtížných situací. A právě účinnost a pestrost těchto zvládacích strategií často spoluurčuje míru konečné úspěšnosti těchto studentů.

POUŽITÁ LITERATURA:

- HARVEY, P.D., SHARMA, T. *Understanding and treating cognition in schizophrenia: A clinicians handbook*. M. United Kingdom : Dunitz Ltd., 2002.
- McGORRY, P., JACKSON, H. (Ed.) *The Recognition and Management of Early Psychosis (a Preventive Approach)*. Cambridge : Cambridge University Press, 1999.
- MILLER, T., MEDNICK, S., MCGLASHAN, T., LIBIGER, J., JOHANNESSEN, J. (Ed.) *Early Intervention in Psychotic Disorders (NATO Science Series)*. Dordrecht : Kluwer Academic Publishers, 2001.
- BIRCHWOOD, M., FOWLER, D., JACKSON, Ch. (Ed.) *Early Intervention in Psychosis (a Guide to Concepts, Evidence and Interventions)*. Chichester, New York : John Wiley & Sons, Ltd, 2002.
- BENDA, J. *Mystika a schizofrenie. Mystické zážitky jako předmět klinického zájmu*. Rigorózní práce. Praha : Katedra psychologie FF UK, 2001.
- HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. Praha : Tigris, 2004.
- Duševní poruchy a poruchy chování. Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize*. Praha : Psychiatrické centrum Praha, 2000.
- MOTLOVA, L., KOUKOLÍK, F. *Schizofrenie - Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén. 2004.
- LIBIGER, J. *Schizofrenie*. Praha : PCP, 1991.
- KÖNIG, P., PLATZ, T., SCHUBERT H. (Ed.) *Aktuelle Probleme der Schizophrenie Band 1: Schizophrenie erkennen, verstehen, behandeln. Beiträge aus Theorie und Praxis*. Wien, New York : Springer-Verlag, 1990.
- KÖNIG, P., PLATZ, T., SCHUBERT H. (Ed.) *Aktuelle Probleme der Schizophrenie Band 3: Rückfallprophylaxe schizophrener Erkrankungen (eine multidisziplinäre Standortbestimmung)*. Wien, New York : Springer-Verlag, 1992.
- PEČEŇÁK, J. *Kapitoly o schizofrénii*. Martin : Osvěta, 2005.
- MALA, E. *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. Praha : Grada, 2005.
- MENSCHING, M. *Schizophrenie und Sozialpsychologie (Pilotstudie zu einem integrativem Modell)*. Bonn : Verlag M. Wehle, 1990.

- UNGER, K. *Handbook on Supported Education (Providing Services for Students with Psychiatric Disabilities)*. Paul H. Brooks Publishing Co., 1998.
- HORÁČEK, J. *Psychotické stavy v klinické praxi*. Praha : Amepra, 2003.
- VOLZ, G.-P., KASPER, S. *Die Rolle der Kognition in der Therapie schizophrener Störung*. Wiesbaden : Deutscher Universitäts-Verlag, 2000.
- LASAR, M., RIBBERT, H. *Kognitive und motivational Prozesse bei Schizophrener Erkrankung*. Regensburg : S. Roderer Verlag, 1999.
- CAMPBELL, J. *Mýty*. Praha : Pragma, 1998.
- LAUBENSTEIN, D. *Interaktion zwischen Copingprozessen und Selbstkonzepten bei Ersterkrankten in einem Zeitraum von drei Jahren*. Konstanz : Hartung-Gorre Verlag, 1996.
- EDWARDS, J., MCGORRY, P. *Implementing Early Intervention in Psychosis (A Guide to Establishing Early Psychosis Services)*. Informa Health Care, 2002.
- RODER, V., BRENNER, H. D. *Schizophrenie. Integrováný psychoterapeutický program pro schizofrenní pacienty*. Praha : Triton, 1993.
- PREISS, M., KUČEROVÁ, H. a kol. *Neuropsychologie v psychiatrii*. Praha : Grada Publishing, 2006.
- REY, E.-R. *Prognose und Verlauf ersthospitalisierter Schizophrener*. Frankfurt am Main : Peter Lang - Europäischer Verlag der Wissenschaften, 1996.
- THURM-MUSSGAY, I. *Krankheitsverarbeitung Schizophrener - die Anwendung des Coping-Konzepts auf die Schizophrenie*. Konstanz : Hartung-Gorre Verlag, 1990.
- MARTINIUS, J. *Schizophrene Psychosen in der Adoleszenz*. Berlin, München : Quintessenz Verlags, 1994.
- ROTHAUS, W. (Ed.). *Psychotisches Verhalten Jugendlicher*. Dortmund : Verlag Modernes Lernen, 1989.
- Du BOIS, R. *Junge Schizophrene zwischen Alltag und Klinik*. Göttingen : Verlag für angewandte Psychologie, 1996.
- MODELPROJEKT: ARBEIT UND AUSBILDUNG FÜR PSYCHISCH KRANKE JUGENDLICHE UND JUNGE ERWACHSENE. Baden Baden : Nomos, 1993.

BÛRGIN, D., MENG, H. (Ed.). *Childhood and adolescent psychosis*. Basel : Karger, 2004.

REMSCHMIDT, H. *Schizophre ne Erkrankungen im Kindes- und Jungenalter. Klinik,  tiologie, Therapie nnd Rehabilitation*. Stuttgart : Schattauer, 2004.

 l nky

Hoffman, F. & Mastrianni, X. The role of supported education in the inpatient treatment of young adults: A two-site comparison. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1993, 17(1), s. 109-120.

Unger, K. Creating supported education programs utilizing existing community resources. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1993, 17(1), s. 11-23.

Unger, K., Anthony, W., Sciarappa, K., & Rogers, E.S. Development and evaluation of supported education program for young adults with long-term mental illness. *Hospital and Community Psychiatry*, 1991, 42(8), 838-842.

Parton, D. Implementation of a systems approach to supported education at four community college model service sites. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1993, 17(1), 171-188.

Parton, D. Implementation of a systems approach to supported education at four community college model service sites. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1993, 17(1), 171-188.

Harvey, P.D., a kol. Encoding, memory and thought disorder in schizophrenia and mania. *Schizophrenia Bulletin*, 1986, Vol. 12,252-261.

Internetov  a elektronick  zdroje:

V ukov  moduly: Komunitn psychiatrie v praxi. Praha : CRPDZ, 2005.

Open the Doors. Information about Schizophrenia Relevant to Programme Implementation [online]. Publikov no z r , 1998. [cit. 2008-04-01]. Dostupn  z: http://www.openthedoors.com/english/media/vol_2.pdf