

FILOZOFICKÁ FAKULTA UNIVERZITY KARLOVY

Katedra psychologie



Psychosociální rehabilitace lidí se schizofrenním onemocněním

Vedoucí diplomové práce

PhDr. Vendula Junková

Vypracovala

Michaela Čápková

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně za použití pramenů uvedených v seznamu použité literatury.

V Praze dne 28. 7. 2006

.....
Michaela Čapková

Především bych chtěla poděkovat klientům, s kterými jsem pracovala, za jejich otevřenost a ochotu sdílet, za jejich vnitřní sílu i slabost a lektorkám programu Student za jejich odvalu i potřebu svou práci neustále zkoumat a vyvíjet.

Děkuji svým rodičům za jejich nezlomnou důvěru a trpělivost.

Velké děkuji patří Tereze, Jani a Alešovi za jejich pomoc, podporu a smích.

Děkuji PhDr. Vendule Junkové za vedení mé diplomové práce.

OBSAH

ABSTRACT	7
ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 Schizofrenie.....	10
1.1 Historie pojmu schizofrenie.....	10
1.2 Definice schizofrenie, klasifikace.....	12
1.3 Epidemiologie.....	14
1.4 Teorie etiologie a patogenezy schizofrenie.....	14
1.4.1 Genetický model	15
1.4.2 Model interakční	15
1.4.3 Sociálně psychologické teorie – rodiny schizofreniků.....	16
1.4.4 Experimentálně psychologické teorie	17
1.4.5 Kognitivní handicap, stresový model vzniku onemocnění	18
1.4.6 Teorie stresu a vulnerability.....	18
1.5 Průběh.....	21
1.6 Prognóza	21
2 Přehled léčebných intervencí.....	22
2.1 Farmakoterapie	23
2.2 Psychoterapie.....	23
2.3 Early treatment	26
2.3.2 Příklad programů včasné intervence - PEPP.....	28
2.4 Psychosociální rehabilitace.....	30
2.4.2 Principy rehabilitace	31
2.4.3 Základní pojmy rehabilitace	32

2.4.4	Fáze rehabilitace	34
2.5	Psychosociální rehabilitace schizofrenie	36
2.5.2	Kognitivní deficity	43
2.5.3	Deficity v sociálních dovednostech	46
2.5.4	Interpersonální dovednosti a schizofrenie.....	47
2.5.5	Trénink sociálních a interpersonálních dovedností.....	48
2.5.6	Podporované vzdělávání	50
EMPIRICKÁ ČÁST.....		53
3	Program Student	53
3.1	Průběh vlastního programu Student.....	53
3.2	Patronství.....	54
3.3	Vstupní psychologické testování	56
4	Výzkum	56
4.1	Cíl výzkumu	57
4.2	Popis vzorku	57
5	Hodnocení programu Student klienty	59
5.1	Sběr dat.....	59
5.2	Metody zpracování dat	60
5.3	Výsledky.....	60
6	Patronství	66
7	Hodnocení patronské práce klienty	71
7.1	Sběr dat.....	71
7.2	Výsledky.....	72
8	Diskuse	77
9	Závěr.....	78

POUŽITÁ LITERATURA:	81
----------------------------------	-----------

ABSTRACT

The main topic of this thesis is a serious psychical illness schizophrenia. Theoretical part of this essay describes development of the term and the theories of etiology, whereas the accent is on the ones, which can be usefull for treatment and psychosocial rehabilitation of schizophrenic people. Then there are introduced the treatment methods with the emphasis on new concepts – early intervention and rehabilitation. The main part describes psychosocial rehabilitation and especially the programs, which are widely used in the last years – cognitive functions training, social skills training and supported education. These concepts are crucial in schizophrenia research nowadays as well in practical use and they are closely related to the subject of the practical part of this thesis.

In the practical part a specific psychosocial rehabilitation program is introduced – „Program Student“. The goal of my investigation was to find out using qualitative research methods, if the clients perceive any benefits from this program. The results reflects not only the benefits related to the educational process, but also the benefits for many other areas of the client’s life – activation, self-concept and self-confidence etc. It was also proved the importance of the group work during the program as well as establishing of an individual relation with the client’s key-worker, who is supporting the client during the process of his rehabilitation.

ÚVOD

V mé diplomové práci se zrcadlí otázky i zkušenosti mé práce s mladými lidmi, které postihla vážná nemoc, která i přes desetiletí zkoumání a určité úspěchy v léčbě stále zůstává ve své podstatě tajemnou a to v mnoha rovinách. Přes mnohé teorie a poznatky nikdo nedokáže říci, proč nemoc vzniká, čeho je důsledkem (je-li vůbec důsledkem) a čeho je potřeba pro uzdravu.

Tajemno schizofrenie má ale i svůj hluboký rozměr, vzbuzuje respekt vůči silám a cestám lidské duše a zároveň úctu vůči každému nemocnému a jeho cestám, jak se s oním hrůzným tajemnem vyrovnává.

V diplomové práci jsem se snažila popsat teoretické i praktické poznatky, které mohou pomoci schizofrenii aspoň trochu porozumět a především z praktického hlediska pomoci lidem trpícím schizofrenním onemocněním na jejich cestě k uzdravě. V teoretické části nejdříve přibližuji koncept schizofrenie, teorie etiologie, které se mi zdají funkční jako východiska léčebných a rehabilitačních intervencí, stejně jako prevence relapsu. Následně se věnuji samotným léčebným intervencím s těžištěm na některé novější koncepty (včasná intervence, psychosociální rehabilitace). Rehabilitaci jsem se pokusila přiblížit jak teoreticky (poslání, principy), tak prakticky podrobnějším popisem specifických programů (trénink kognitivních funkcí, sociálních dovedností a podporované vzdělávání). Mou prací vede linka specifčnosti situace mladých lidí (adolescenti a mladí dospělí) se schizofrenním onemocněním.

V empirické části jsem se rozhodla, věnovat se zkoumání jednoho aspektu konkrétního programu psychosociální rehabilitace – programu Student, jenž má za cíl doprovázet klienty při návratu ke studiu. Tímto aspektem je přínosnost programu pro jeho uživatele, kterými jsou mladí lidé, kteří prožili z většiny první ataku schizofrenního onemocnění a po ukončení hospitalizace musí čelit mnoha jejím následkům, poskládat opět svůj roztržštěný život i identitu. Pro svou výzkumnou otázku jsem se rozhodla vzhledem k tomu, že v programu jsou sledovány objektivní změny klientů testy, nebylo ale zjišťováno, jestli oni subjektivně vnímají, zda jim absolvování programu bylo přínosem či nikoliv.

Myslím si, že toto je právě bod, od kterého může začít případné zlepšování programu, tak aby více sledoval potřeby klientů.

TEORETICKÁ ČÁST

1 SCHIZOFRENIE

1.1 Historie pojmu schizofrenie

Pojem schizofrenie se objevil v monografii Rubena Bleulera „Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien“ z roku 1911. Původně bylo toto onemocnění nazýváno *dementia praecox* (předčasná demence) (Höschl, Libiger, Švestka, 2002). Pojem schizofrenie má popisovat rozštěp, rozpolcení osobnosti a dezintegraci jednotlivých psychických funkcí (Vágnerová, 2004). I když je tento název starý skoro 100 let, je to nemoc, která patří k lidstvu již odedávna. Přesto je i dnes velice obtížné nalézt jednoznačné a smysluplné vymezení pojmu schizofrenie. Jako diagnostická kategorie prochází schizofrenie procesem neustálé změny, rozšiřování i zužování hranic fenomenologického typu, shrnujícího charakteristické klinické projevy onemocnění. Charakteristické pro schizofrenii je její mnohotvárnost, a to jak její psychopatologie, průběh onemocnění i odpovědi na léčbu. Pravděpodobně jsou mnohočetné i etiologické procesy, jež vedou ke schizofrenii. Schizofrenie se tedy spíše než pevnou diagnostickou jednotkou jeví být úspěšně domluveným termínem pro označení pacientů s heterogenními syndromy a společnou základní strukturou chorobného procesu. Pro mnoho psychiatrů je schizofrenie skupinou schizofrenií (Höschl, Libiger, Švestka, 2002).

Jednotné číslo pojmu se však mnohem více vžilo, a proto jej budeme užívat i v této práci, i když souhlasíme, že schizofrenie by spíše měla označovat skupinu onemocnění - schizofrenií.

Diagnóza schizofrenie se opírala o čtyři hlavní koncepce, z nichž každá klade důraz na jiné vlastnosti diagnostické kategorie.

První tři koncepce pocházejí z Německa. Jedná se o první formulace pojmu *dementia praecox* Kraepelinem v letech 1896, 1898 a 1904, dále o Bleulerovu analýzu hierarchie psychopatologických příznaků a třetí je koncepce

K. Schneidera, formulovaná ve 30. letech, která vymezuje pragmaticky klinické příznaky 1. řádu, které jsou podle něj pro schizofrenii typické.

Čtvrtá koncepce se opírá o operacionální kritéria, která tvoří širší skupinu charakteristik a vyžaduje, aby tyto byly jednoznačné, spolehlivé jako nezbytná kritéria pro všechny psychiatry bez ohledu na jejich teoretické názory. Tato kritéria prosazoval Stengel a byla neúplněji uskutečněna americkými psychiatry ve 3. vydání Diagnostického a statistického manuálu DSM III (Libiger, 1991).

Kurt Schneider, vycházející z pragmatických pozic, rozdělil příznaky, typické pro schizofrenní onemocnění na příznaky 1. a 2. řádu. Symptomy 1. řádu, pro schizofrenii patognomické, nejsou považovány za nezbytné, ale jejich výskyt činil diagnózu schizofrenie jistou bez ohledu na průběh a výsledek onemocnění. Mezi příznaky 1. řádu například řadí ozvučování myšlenek, slyšení hlasů buď ve formě konverzace nebo komentujících počinání nemocného, prožitky ovlivňování, odnímání, ovlivňování a šíření myšlenek, bludné vnímání a další (Smolík 1996).

V Americe převládala širší Bleulerova koncepce schizofrenního onemocnění. I to způsobilo, že v USA byla používána diagnóza schizofrenie ve stále větším rozsahu. Diagnóza schizofrenie začala zahrnovat veškeré psychózy, které neměly jasně organický původ, postupně překrývala i evropskou diagnostiku manických, schizoafektivních a depresivních psychóz. Navíc začala zahrnovat i mnohé nepsychotické stavy, charakterizované chronickými obtížemi v sociálním přizpůsobení nebo zhoršením funkcí osobnosti bez ohledu na to, zda souvisely s psychotickými projevy nebo s úpadkem či ztrátou vyšších duševních funkcí. Vyskytly se obavy, že rozšíření diagnózy je doprovázeno poklesem její spolehlivosti a že je diagnóza spíše používána jako nálepka společenského stanoviska k určitému spektru duševních abnormit, než aby označovala nemoc samu (Libiger 1991).

Dále proběhla v letech 1969 - 1976 mezinárodní pilotní studie schizofrenie Světové zdravotnické organizace WHO. Bylo vyšetřeno celkem 1202 nemocných ve věkovém rozmezí 15 - 44 let v 9 centrech na různých světadílech (včetně Prahy). Washington a Moskva se oproti ostatním sedmi střediskům lišily širším

pojetím diagnózy schizofrenie. Studie dokumentovala užitečnost vytváření standartizovaných kritérií v mnoha zemích. Bylo využito dotazníku PSE a počítačového programu pro diagnostiku CATEGO.

Během provádění studie se již začínala prosazovat myšlenka diagnostických kritérií, která by sloužila k vytváření homogenních diagnostických skupin pro výzkumné účely. Objevila se kritéria Feingera, Taylorà, v roce 1975 Výzkumná diagnostická kritéria R. Spitzera a J. Edincottové. Pojem schizofrenie se začal zužovat a vývoj pojmu vyvrcholil ve třetím vydání Diagnostického a statistického manuálu Americké psychiatrické asociace, ve kterém byla zformulována pravidla pro jednoznačnou diagnózu schizofrenního onemocnění. Je zde bráno v úvahu i nezbytné minimální trvání poruchy jako jedna z podmínek diagnózy schizofrenie. Stav, který trvá méně než 6 měsíců jsou klasifikovány jako schizoforní porucha. Objevuje se přihlídnutí k úrovni sociálních vztahů, pracovního zapojení, péče o sebe sama. Jejich zhoršení je jednou z podmínek diagnózy (Höschl, Libiger, Švestka, 2002).

1.2 Definice schizofrenie, klasifikace

Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, které se vyznačuje změnou vztahu ke skutečnosti, vede k deformaci prožívání a chování a ke změně osobnostních charakteristik. Je to doprovázeno i změnami v sociálních vztazích, pracovní i lidské kompetenci v daném systému vztahů (Höschl, Libiger, Švestka, 2002).

Definice schizofrenie podle Smolíka (1996, s.151) zní: „Schizofrenie je duševní porucha všeobecně charakterizovaná fundamentálním a charakteristickým narušením myšlení a vnímání, přičemž emotivita neodpovídá situaci nebo je oploštělá. Jasně vědomí a intelektuální kapacita zůstávají obvykle zachovány, i když v průběhu času se může vyvinout určitý kognitivní deficit. Narušení zahrnuje většinu základních funkcí, které poskytují normálnímu jedinci pocit osobitosti, jedinečnosti a sebekontroly.“ Postižený jedinec má často pocit, že většina jeho intimních myšlenek, pocitů a počinů je známá jiným osobám,

popřípadě je s nimi sdílena, mohou se rozvinout bludy, které mají tento pocit vysvětlit. Patognomické příznaky zahrnují tyto nejdůležitější psychopatologické fenomény: ozvučování myšlenek, vkládání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek, bludné vnímání, bludy kontrolovanosti, ovlivňování nebo ovládání, halucinace hlasů, poruchy myšlenkových pochodů, katatonie, negativní příznaky.

Na počátku 70.let představil Strauss a Carpenter koncept negativních symptomů. Na to navázal T. J. Crow, jenž podle převládajícího výskytu jedněch či druhých navrhol rozlišení typů; pacientů na typ I nebo typ II, ale toto se neujalo (Gleeson, McGorry, 2005). Přesto se v klinické praxi běžně používá pojmů pozitivní a negativní symptomatika. Pozitivní příznaky zahrnují projevy, vyjadřující nadměrné nebo zkreslené vyjádření normálních funkcí. Jedná se o produkci; v duševním životě se objevuje něco navíc. Negativní příznaky znamenají oslabení nebo ztrátu normálních funkcí. Označují se tak projevy jako oploštělá emotivita, abulie, alogie (Libiger, 1991). Následné studie faktorové analýzy vedly k vytvoření dimenzionálního pohledu na schizofrenii jakožto na komplex syndromů s pozitivními, negativními a smíšenými podtypy (Gleeson, McGorry, 2005).

Klasifikace schizofrenie podle 10. mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10), která se u nás používá, spočívá v průkazu přítomnosti zřetelných psychotických příznaků, trvajících déle než 1 měsíc. Musí být zřetelně přítomen alespoň jeden ze symptomů, popsaných K. Schneidrem, nebo trvají bludy různých typů, které se zcela vymykají kulturnímu prostředí, nebo jsou přítomny alespoň dva symptomy méně zřetelně ohraničené psychopatologické skupiny (myšlenkový trysk vedoucí k inkoherencím nebo neologismům, katatonní chování, negativní symptomy - apatie, sociální stažení, oploštělá emotivita či jiné). Základním projevem schizofrenie je podle MKN 10 i DSM IV směs charakteristických znaků a příznaků, které jsou přítomny dostatečně zřetelně po určitou dobu.

Podle MKN 10 pod kódem F20 - F29 (schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy) rozlišujeme (kódem na čtvrtém místě) tyto kategorie: paranoidní schizofrenie, hebefrenní schizofrenie, katatonní schizofrenie,

nediferencovaná schizofrenie; dále jako F20.4 postschizofrenní depresi a dále ještě reziduální schizofrenii a simplexní schizofrenii (MNK10, 2000).

1.3 Epidemiologie

Výsledky *epidemiologických* studií jsou jednak absolutní údaje, jednak poměrné údaje. Tyto zahrnují incidenci - počet nově vzniklých onemocnění, a prevalenci - počet onemocnění v populaci. Incidence schizofrenního onemocnění je obvykle udávána mezi 15 - 35 případy na 100 000 dospělých během roku. Většina studií se shoduje v tom, že je výrazný rozdíl ve výskytu první ataky onemocnění mezi muži a ženami. Babigian zjistil nejčastější propuknutí nemoci u mužů mezi 15. a 24. rokem, u žen mezi 25. a 34. rokem. Häfner našel vrchol počtu prvních přijetí do nemocnice pro muže v dekádě 25 - 34 let a pro ženy 35 - 44 let. U obou studií z roku 1989 je tedy shoda v možném desetiletém rozdílu ve zjištění onemocnění mezi muži a ženami. Odhad celoživotního rizika schizofrenního onemocnění pro všechny věkové kategorie je mezi 0,8 - 1,5% (Jarolímek, 1996).

Prevalence onemocnění vzhledem k věku dosahuje vrcholu mezi 35 - 44 lety. Zdá se, že u mužů bývá onemocnění identifikováno dříve než u žen. V celoživotní prevalenci však nejsou mezi muži a ženami rozdíly. Libiger uvádí modus celoživotní prevalence v rozmezí 1,4 - 4,6 případů na 1000 obyvatel (Höschl, Libiger, Švestka, 2002).

Lze říci, že schizofrenii onemocní až 2% populace, a to nejčastěji mezi 16. a 30. rokem života (Jarolímek 1996).

1.4 Teorie etiologie a patogenezy schizofrenie

Tato práce si nedělá nárok na výčet všech existujících teorií etiologie, zaměřili jsme se především na nálezy v oblasti sociální a psychologické, protože se nám jeví jako nejvíce funkční pro koncept psychosociální rehabilitace. Stejně tak netvrdíme, že jenom tyto modely jsou platné, jsme si vědomi důležitosti

medicínských teorií, především z oblasti biochemie, jejich popis ale přesahuje účel této práce.

1.4.1 Genetický model

Ve velkém rozměru je aktivita neurotransmiterů kontrolována geny a existuje velká evidence, že geny jsou účastny na vzniku schizofrenie. Tento důkaz plyne především ze studií rodin a dvojčat. Existuje 10-15% pravděpodobnost rozvoje nemoci, pokud sourozenec nebo jeden z rodičů trpí touto nemocí. Konkordance u jednovaječných dvojčat je 50%, u dvouvaječných 15% (Schizophrenia Society of Canada 2003). V případě, že jsou schizofrenií postiženi oba rodiče, pravděpodobnost vzrůstá na přibližně 48%. U synovců, neteří nebo vnoučat někoho s nemocí existuje 3% pravděpodobnost vzniku onemocnění (Höschl, Libiger, Švestka, 2002).

Monogenetický model schizofrenie nebyl potvrzen ani vyvrácen. Multifaktoriální polygenní model schizofrenie předpokládá, že při vzniku poruchy jde o interakci mezi polygenně podmíněnou vlohou a různými faktory prostředí, především kumulaci stresorů (vyčerpání, nemoci, psychická traumata apod.) (Malá, 2005).

1.4.2 Model interakční

Vysvětluje poruchu jako vzájemné působení vlivů genetických, organických a enviromentálních. Do organických vlivů se řadí prenatální virové infekce, malnutrice, výskyt sociálních stresů matky v těhotenství, porodních komplikací, apod. Zevní faktory se dělí na rizikové a protektivní. Protektivní jsou vliv traumát, vliv farmak, nízký adaptační potenciál, komorbidní poruchy a negativní životní události. Protektivními faktory jsou základní jistota, vhodná stimulace, schopnost komunikace, dobré sociální vztahy, efektivní coping mechanismy, odolnost (resilience). Dá se říci, že genetické faktory determinují fyzickou bázi osobnosti (vulnerabilitu), ale psychická porucha je výsledkem souhry vlivů genetických, biologicko-organických, vývojových a enviromentálních. Dle Ruttera (in Malá, 2005) jsou poruchy výsledkem interakce

základních temperamentových charakteristik a vlivu prostředí jak intra-, tak i extrafamiliárního.

1.4.3 Sociálně psychologické teorie – rodiny schizofreniků

Sociálně psychologickým přístupem ke schizofrenii je skupina hypotéz, které spojují předpoklady o vlivu poruch v rodinných vztazích, rolích a komunikačním stylu na vznik schizofrenního onemocnění u postiženého jedince. Autory těchto teorií byli zejména G. Bateson, T. Lindz, L. C. Wynne, M. T. Singerová. Zmíněné poruchy se nechápu jako jediná a dostačující podmínka pro rozvoj onemocnění, ale jsou považovány za typické pro schizofrenní rodiny a mají pro ně specifický charakter. Jsou také základem pro specifika rodinné terapie psychóz (Libiger, 1991).

Analytička Frieda Fromm-Reichmannová, která se věnovala práci s psychotickými pacienty, razí od roku 1948 termín „schizofrenogenní matka“ Jedná se o hyperprotektivní typ matky, která nepřiměřeně ochrannou péčí zužuje prostor normálního vývoje dítěte a vytváří mezi sebou a jím symbiotický vztah, který přetrvává daleko do dospělosti. Dále byly též popsány jako typické matky odmítavé, necitlivé, chladné a dominantní. To vedlo T. Lindze k tomu, že za schizofrenogenní faktor pokládal porušenou rovnováhu celé rodiny. Zavedl pojmy „manželský rozštěp“ (marital schizm) a „zdánlivé manželství“ (marital skew), kterými popisuje rodiny, v nichž manželství drží pohromadě povrchně, bez skutečných vztahů. Zároveň se tyto rodiny vyznačují nejasně definovanými sexuálními a generačními hranicemi, nedostatkem ochrany a emoční vřelosti, výraznými emočními boji a častou existencí patologické vazby rodič-dítě, jenž vytváří předpoklady pro neadekvátní osobnostní vývoj a sociální integraci (Malá, 2005).

Gregory Bateson (1956 a 1963) popsal „dvojnou vazbu“ jako typickou poruchu komunikace v rodinách schizofrenních nemocných. Dvojná vazba spočívá v komunikování neslučitelných, protichůdných obsahů v jednom sdělení

(Rahn, Mahnkopf, 2000). Vzniká tak pro dítě neřešitelná situace, kdy nemůže vybrat správnou odpověď, neboť obě jsou v podstatě špatné, nelze vyhovět. Vede to ke ztrátě jistoty a schopnosti předvídat sociální význam svého jednání. Snižuje též porozumění sociálním situacím (Malá, 2005).

Teorie poruch v rodinném systému se zapojují do současných multidimenzionálních teorií o etiopatogenezi schizofrenie. Zejména jsou to hypotézy opírající se o výzkum tzv. expressed emotions, zkráceně EE.

Emoční expresivita (expressed emotions), již je možno měřit na subškálách CC (critical comments – kritické komentáře), H (hostilita), EO (emotional overinvolvement – přehnaná emoční angažovanost), vyjadřuje schopnost emočního přijetí rodinou (Malá, 2005). Pomocí EE je možno měřit emocionální napětí v rodinách pacientů. Tento fakt je především důležitý při návratu pacienta do rodiny, jak je rodinou akceptován a jakou podobu má jeho emoční přijetí. Dle Malé (2005) nehrají z hlediska dnešních neurotransmiterových a neuroanatomických zjištění komunikační odlišnosti v etiologii schizofrenie žádnou roli, ale jsou nosným predikátorem relapsu. Byla studována a prokázána souvislost mezi vysokým EE a predikcí relapsu schizofrenní epizody. Nejvýznamnější výzkumy v této oblasti provedli v roce 1972 Brown, Birley a Wing a v roce 1976 Vaughn a Leff (in Birchwood, 1995). Recipročně vysoká EE je také spojena se špatnou premorbidní adaptací nemocného (Huguelet, 2002 in Malá, 2005).

1.4.4 Experimentálně psychologické teorie

Na tomto místě bychom chtěli zmínit dvě hlavní hypotézy, které vznikly v oblasti psychofyziologie a které jsou velice důležité pro naši preferovanou teorii základní kognitivní poruchy. Hypotézy vycházejí z experimentální psychologie a z teorie učení.

První ze zmíněných hypotéz, kterou původně zformuloval Mednick, předpokládá nadměrnou generalizaci podnětu, který spouští naučenou odpověď. Tak je u schizofreniků zvýšená pravděpodobnost neadekvátního chování. Další

obměny předpokládají, že schizofrenní nemocní mají nižší práh pro alternativní a méně pravděpodobné chování v dané situaci. Porucha je v hierarchii obvyklých odpovědí v chování při běžných podnětech (Libiger, 1991).

Druhá hypotéza předpokládá poruchu na úrovni vstupu – vnímání. Hypotéza o percepční poruše navazuje na pojem „overinkluzivní myšlení“ N.Camerona. Znamená to, že u schizofreniků pojmy zahrnují větší počet možných konkrétních obsahů, mají tu širší a rozmanitější hranice než u zdravých lidí. Je to vysvětlováno narušením „percepčního filtru“, který u normálních jedinců zajišťuje výběrovost vnímání, zaměřování pozornosti na podstatné charakteristiky situace a inhibici těch nepodstatných. U člověka, který trpí schizofrenií, dochází k zahlcení podněty, a tak k poruchám pozornosti a následnému selhání v myšlení, učení, apod. (Rahn, Mahnkopf, 2000).

Na tuto hypotézu přímo navazuje následující teorie.

1.4.5 Kognitivní handicap, stresový model vzniku onemocnění

Novější teorie vzniku schizofrenie, které berou jako hlavní faktor v potaz poruchy kognitivních procesů, se vrací k multifaktoriálnímu modelu geneze, a patří tak mezi syntetizující teorie. V poslední době též uvažujeme o průběhu onemocnění spíše jako o procesu vzájemného působení příčin a následků, ve kterém různé příčinné faktory vzájemně zesilují a zeslabují, což se děje i se samotným onemocněním, jeho projevy a příčinami.

1.4.6 Teorie stresu a vulnerability

Tento model uznává velký podíl biologických vlivů v etiologii schizofrenie. Zároveň je tento model interaktivní. Životní událost je vnímaná jako stresující jedincem, který vnímá diskrepanci mezi jeho vlastními osobními zdroji a zdroji jeho prostředí a množstvím adaptace, která je od něj požadovaná. Pokud je vysoký již současný životní stres, zdroje pro efektivní zvládnání jsou omezené a relativně menší podnět může překročit hranice (Hahlweg, Dose, 2000).

Huber a další se zabývali vytvořením *koncepce bazální poruchy*, která vede ke vzniku bazálních symptomů. Obojí se odehrává na úrovni kognitivních procesů. Za nejpodstatnější pokládá ztrátu navyklých hierarchií (hierarchie možných odpovědí umožňuje při zpracování informace obejít proces zpracovávání celého dlouhodobého paměťového registru; v případě, že selže, může v důsledku interference nepodstatných aspektů podnětu vzniknout neadekvátní odpověď (Roder, Brenner et al., 1993).

Centrální roli poruchám kognitivních funkcí připisuje také tzv. *stresový model* schizofrenie aneb model *vulnerabilita - stres - zvládnutí*. Zubin a Spring (1977) při pokusu o vytvoření integrujícího, širšího pojetí rozlišili vulnerabilitu pro schizofrenii jako relativně stabilní, přetrvávající znak a jednotlivé epizody schizofrenního onemocnění jako nestabilní, měnlivé stavy. Základní principy jejich modelu vulnerability jsou následující: Schizofrenní epizoda se vyskytne tehdy, když je jedinec konfrontován se zátěží, která překračuje jeho schopnosti zvládnutí (stres). Pokud jedinec nebo jeho okolí nemůže způsobit zmírnění působení této zátěže, musí počítat se vznikem epizody. Pokud se podaří stresovou situaci zvládnout (popř. z ní uniknout např. hospitalizací), epizoda končí léčbou nebo bez ní, a člověk se vrací na úroveň svých premorbidních funkčních a adaptačních schopností (Roder, 2002).

Brenner (Roder, Brenner et al., 1993) propojil tento model s modely patologické rodinné komunikace a vznikl tak model schizofrenie o více komponentách: Převládající emoční atmosféra (např. EE) jako základní, poměrně stabilní, hladina stresu; na ní navazující běžné stresory, které zatím nepřesahují práh vulnerability; specifické kritické životní události, které se „postaví“ na základech předchozích stresů, a tak se s nimi spojí, již překročí práh zranitelnosti a jedinec zareaguje dekompenzací.

Tento proces se opakuje při každém setkání s kritickou zátěžovou situací (stresorem, typickým pro konkrétního vulnerabilního člověka); opakují se tedy schizofrenní epizody. Jejich opakování lze mimo jiné předejít identifikací stresoru, zátěžové situace a vytvořením postupů na její zvládnutí.

Vulnerabilita se vztahuje k různým charakteristickým vlastnostem jedince, které představují predispozici pro vývoj akutní schizofrenní epizody. Tyto charakteristiky mohou nabývat konkrétního obsahu v podobě nejrůznějších aspektů, které byly zmíněny výše u jiných teorií etiologie a patogeneze onemocnění.

Rozhodující význam má však existence vztahu mezi vulnerabilitou pro schizofrenii a dysfunkcemi v procesu zpracování informace u schizofrenních pacientů. Při hledání psychologických indikátorů vulnerability se ukázalo, že jejich kritéria splňují kognitivní poruchy, které se objevily během experimentálního výzkumu schizofrenie (Roder, 2002).

Význam této souvislosti zavzal do svého multikondicionálního třífázového modelu schizofrenie Ciompi (1984). Model postihuje vznik zranitelné premorbidní osobnosti, kritická přetížení, která vedou k akutní atace nemoci a vznik variabilních průběhových forem jako výsledek interakce nejrůznějších faktorů - genetických, psychosociálních a familiárních. Kognitivním poruchám se zde připisuje centrální role, uplatňují se jako projev vulnerability a jako příčina zvýšené citlivosti vůči stresu (Rahn, Mahnkopf, 2000).

Uvedené teorie jsou teoretickými východisky, ze kterých přímo vycházíme při naší práci s pacienty. Teorie kognitivní poruchy tvoří základ pro terapeutické programy, které jsou zaměřeny na práci s kognitivními funkcemi. Stresový model vzniku epizody se používá při prevenci relapsu onemocnění, jejíž součástí je edukace pacientů ve smyslu co nejpodrobnějšího poznání „nepřítele“, se kterým se pravděpodobně budou dlouhodobě utkávat.

To nejdůležitější, co dle našeho názoru vyplývá z modelu *vulnerabilita - stres - zvládnutí*, je možnost a také nutnost přerušení „bludného kruhu“ opakovaných schizofrenních epizod. Z tohoto teoretického modelu vyplývá praktická a konkrétní naděje na možnost ovlivnění průběhu schizofrenie v pozitivním smyslu.

1.5 Průběh

Dle Libigera (Höschl, Libiger, Švestka, 2002) lze průběh onemocnění rozdělit do několika stadií. První stádium se nazývá premorbidní a je charakterizováno malými odchylkami v motorickém a sociálním vývoji. Toto období zůstává většinou nepovšimnuto okolím. Tato fáze přechází do období prodromálního. Nespecifické příznaky v tomto období mohou být úzkost, depresivní ladění, hloubavost, ozvláštňené vnímání a sklon ke vztahovačnosti a především příznaky negativní jako emoční stažení a zploštění, nemluvnost. První psychotická epizoda je charakterizována náhlou změnou skutečnosti, která se projevuje psychotickými příznaky. Do psychopatologie onemocnění dle Vágnerové (2004) patří poruchy kognitivních funkcí (poruchy vnímání, myšlení, narušení orientace v realitě, autistické projevy, poruchy verbálního projevu), poruchy emotivity, poruchy jednání a poruchy osobnosti (porucha integrity osobnosti, subjektivní hodnocení vlastní choroby a postoj k léčeni).

Samotný průběh onemocnění je heterogenní, MKN-10 uvádí 8 různých podob (chronický, v atakách s postupným defektem, v atakách se stabilním defektem, v atakách s remisemi, neúplná remise, úplná remise, jiný, období pozorování kratší než jeden rok), přičemž prognostická validita jednotlivých rizikových faktorů je nedostatečně vysvětlena (Huber, 1997 in Remschmidt, 2004). Zároveň je identifikace protektivních a rizikových faktorů nepostradatelná pro optimalizaci léčebných strategií.

1.6 Prognóza

Co se týče prognózy průběhu schizofrenního onemocnění, bylo provedeno mnoho studií. My bychom chtěli zmínit výsledky studií, která se nám jeví ze všech jako nejvíce relevantní ve vztahu k našemu následujícímu zkoumání (psychosociální rehabilitace adolescentů a mladých dospělých, u nichž byla diagnostikována schizofrenie). Studie Blanze, Layové a Schmidta (in Remschmidt, 2004) zkoumala pacienty, kteří onemocněli do 18 let svého věku a byli zkoumáni v průměru po 11 letech po první hospitalizaci. Pouze šestina byla hospitalizována

jedenkrát, zbylí potřebovali další stacionární péči; z toho 55% více než 3krát. Co se týče sociálního přizpůsobení a školní a profesní kariéry pouze 26% žilo nezávisle, zbytek žil u rodičů nebo v nějaké instituci. Čtvrtina si vydělávala na živobytí, zbytek nebyl pracovně činný. 78% patřilo do nižší sociální vrstvy. Jejich školní a profesní kariéra byla značně omezena. Pouze 7 z 22 respondentů, kteří původně navštěvovali gymnázium toto dokončilo maturitou. 61% nedosáhlo původně zamýšleného vzdělání, 18% ukončilo školu bez jakéhokoliv závěru. V souhrnném hodnocení vzdělávací a profesní kariéry pouze 18% nevykazovalo žádné poškození, 25% mírné. U více než poloviny se našlo obsáhlé poškození v této důležité životní oblasti. Sociální kompetence byly u dvou třetin poškozeny. Vysoce signifikantní byla korelace mezi školním a profesním vývojem a vývojem sociálních funkcí.

Jedním ze závěrů autorů této studie je nutnost vytvoření a evaluace programů psychosociální terapie a rehabilitace, které by měly obsahovat školní reintegraci a trénink sociálních kompetencí, přičemž by se měly vyhýbat přetížení klientů.

2 PŘEHLED LÉČEBNÝCH INTERVENČÍ

Dříve byly psychózy, zejména pak schizofrenie, pokládány za nemoci s velmi nepříznivými vyhlídkami. Mnoho lidí končilo proto jako chronicky duševně nemocní, neschopní se o sebe postarat.

Současná léčba je naštěstí již mnohem dál. Padesátá léta znamenala velký boom v oblasti farmakoterapie. Ukázalo se však, že samotná neuroleptika odstraňují problémy pouze na jedné úrovni. Vzhledem k tomu, že schizofrenie postihuje všechny tři roviny – bio/psycho/sociální, je nutné kombinovat léčbu na všech úrovních.

Moderní model komplexní péče, který propojuje farmakoterapii, psychoterapii a rehabilitaci poskytuje nejvhodnější a nejefektivnější léčbu.

Model komplexní péče o psychotického klienta

Biologická rovina	Psychologická rovina	Sociální rovina
FARMAKOTERAPIE	PSYCHOTERAPIE	REHABILITACE
medicínská oblast ovlivňování nemoci prostřednictvím léků	individuální skupinová rodinná	vzdělání práce bydlení volný čas
Cílem je odstranění nebo zmírnění nemoci	Cílem je zlepšení psychického stavu, vztahů v rodině, komunikace atd.	Cílem je zapojit a začlenit klienta do běžného života (do společnosti)

2.1 Farmakoterapie

Nejčastěji používaná psychofarmaka u schizofrenních pacientů jsou neuroleptika.

V 50. letech znamenalo jejich objevení a užívání k léčbě schizofrenie velký pokrok a naději na příznivý průběh nemoci. Předtím byli nemocní většinou nuceni trvale pobývat v psychiatrických zařízeních.

Neuroleptika zmírňují napětí, neklid a úzkost a odstraňují bludy a halucinace. Povzbuzují také psychickou činnost. Hypnotika zlepšují spánek nemocného. Antidepresiva se podávají, pokud nemocný trpí depresí. Anxiolytika zmírňují úzkost a napětí. Mnohdy se psychotickým pacientům předepisují další léky, které snižují vedlejší účinky.

2.2 Psychoterapie

Psychoterapie užívá k léčbě psychologické prostředky. Její hlavní účinek spočívá v komunikaci a vytváření vztahu mezi klientem a psychoterapeutem, což vede ke změnám psychického stavu i chování, ovlivňuje to mezilidské vztahy i tělesné procesy. Tento zvláštní druh psychologické intervence navozuje žádoucí změny, podporuje uzdravení a napomáhá předcházení relapsu (=návratu akutní fáze nemoci).

Kalina (2001) poukazuje na dva základní psychoterapeutické postupy používající se při léčbě duševně nemocných – a to zakrývající a odkrývající postup (používá se u neurotických pacientů aj.). Syřišťová (1989), zabývající se u nás psychoterapií schizofrenních pacientů, doporučuje metodu zakrývající. Psychoterapeut má respektovat zvláštní způsoby schizofrenní komunikace a zvláštnosti psychiky. Psychoanalýza – přímá analýza minulosti i reprodukování traumatických zážitků jsou nebezpečné. Schizofrenní svět pacienta plný bludů, halucinací a jiných příznaků má totiž také funkci ochrannou a léčebnou a takový člověk není připraven konfrontovat se s realitou.

„Jáská“ struktura osoby trpící schizofrenií je méně zralá, strukturovaná a integrovaná. Terapeut má proto prostřednictvím vztahu s klientem, poskytované jistoty a bezpečí vést pacienta k větší autonomii. Víc než porozumět minulosti by měl pacient prožívat nové zkušenosti v terapeutickém vztahu, orientovat se v realitě a zaměřit se na budoucnost. Základem všech psychoterapeutických postupů je podpora zdravých částí osobnosti, které jsou vždy přítomné.

Jako hlavní psychoterapeutické postupy v užším smyslu jsou popisovány psychoanalytické (ve specifické formě), humanistické, kognitivní a behaviorální a systemické přístupy. Liší se mezi jiným ve svém uspořádání (individuální, skupinová, párová nebo rodinná terapie). V širším smyslu patří k psychoterapeutickým metodám opatření socioterapeutická (podpora při praktických životních činnostech – vedení domácnosti, cestování, komunikace aj.), terapie prostředím i psychoedukativní intervence.

Terapie individuální, skupinová a rodinná využívá psychoterapeutických metod: zejména rozhovoru, arteterapeutické práce, dramatizace, psychogymnastiky, hraní rolí a nácviku dovedností. Skupinová psychoterapie se nedoporučuje klientům v akutní fázi psychózy. Je vhodné s klientem začít pracovat formou individuální psychoterapie a v ní rozvíjet důvěrný blízký vztah s atmosférou bezpečí, pomoci klientovi k integraci osobnosti a prolomit jeho izolaci. Klient může mluvit o svém světě a později i najít pochopení, případně podobné zážitky u lidí ve skupině.

Rodinná psychoterapie je zvláště v léčbě schizofrenních pacientů velmi důležitá. Kolem 65 % nemocných se vrací zpět do rodinného prostředí po ukončení hospitalizace (Praško, 1998). Pokud se podaří vytvořit příznivé rodinné klima, lze tak předejít opakovanému návratu nemoci.

Role terapeuta zde spočívá v povzbuzení a pomoci celé rodině. Snad nejdůležitější je podrobně informovat rodinu a poskytnout jí vhodná doporučení.

Psychoedukační programy nabízí konkrétní údaje o nemoci, informace o nabízených službách, návrhy způsobů řešení problémů v rodině a nezbytnou míru podpory pro rodinné příslušníky. Práce s rodinou by v ideálním případě měla patřit do kompetencí sociálního pracovníka. Záleží však na typu zařízení a způsobu práce s celým kontextem klientova života.

Cílem psychoterapie je získání náhledu a hledání způsobů, jak ovlivnit svou nemoc tak, aby se klient vyhnul další psychotické atace.

Schizofrenní pacienti se zpravidla nemohou v akutní fázi nemoci účastnit strukturovaných léčebných programů. Ale i v akutní fázi může pomoci základní psychoterapeutický postoj; jde především o doprovázení nemocného a sdílení jeho úzkostných zážitků v atmosféře pochopení a bezpečí. V rámci hospitalizace se uplatňuje léčebné společenství, individuální plány, otevřené skupiny. Následně při doléčování se volí psychoedukativní terapie, sociální rehabilitace a práce s rodinou. Denní sanatoria napomáhají aktivaci a resocializaci. V případě vhodné indikace je možné docházet do skupinové terapie v rámci ambulantních služeb.

Praxe je však taková, že nemocní navštěvují nejčastěji pouze psychiatra. Jen část z nich dochází do denních sanatorií či center denních aktivit a je motivována pracovat na sobě. Pro úspěšnost léčby je nutné dobře kombinovat zdravotní a sociální služby.

Změna struktury péče o lidi s postižením v současnosti

Zařazení do společnosti může podpořit *deinstitutionalizace* služeb v oblasti duševního zdraví a zavedení služeb v rámci primární péče, komunitních

středisek a všeobecných nemocnic, což odpovídá potřebám pacienta a jeho rodiny. Velké psychiatrické léčebny nebo zařízení mohou naopak ke vzniku stigmatu snadno napomoci. V rámci reformy svých psychiatrických služeb přecházejí mnohé země při poskytování služeb v oblasti duševního zdraví od velkých psychiatrických zařízení (v některých nových členských zemích se tato zařízení podílejí na infrastruktuře služeb v oblasti duševního zdraví vysokou měrou) ke službám zajišťovaným komunitou. Zároveň jsou pacienti, jejich rodiny i zdravotní personál informováni o strategiích aktivní účasti a zmocnění. Studie vypracovaná pro Evropskou komisi pod názvem „Included in Society“ (Zařazení do společnosti) potvrdila, že nahrazení psychiatrických zařízení alternativami zajišťovanými komunitou obecně poskytuje příležitosti pro lepší kvalitu života postižených lidí. Nová studie provede analýzu a představení toho, jak by mohly být nejlépe využity stávající finanční zdroje na potřeby lidí s postižením, a poskytne i údaje o nákladech na deinstitucionalizaci (Zelená kniha, 2005).

2.3 Early treatment

Posledním trendem v léčbě schizofrenie je tzv. „časná intervence“ (early intervention), která zdůrazňuje nutnost co nejvčasnějšího komplexního terapeutického zásahu do průběhu onemocnění tak, aby se nejlépe ihned po vypuknutí první akutní epizody zabránilo jejímu opakování. Zcela nejnovějšími jsou pokusy zachytit potencionální nemocné ještě dříve, než se u nich choroba vyvine propuknutím psychotických příznaků; jedná se tedy vlastně o prevenci. Tento trend je silně uplatňován ve Velké Británii, Austrálii, Norsku, Nizozemí a dalších zemích. Na tomto místě chceme zdůraznit, že včasné zásahy dávají velkou naději na plnou a poměrně rychlou úzdravu pacientů, což je jistě, zejména vzhledem k průměrnému věku nemocných s první epizodou, velice žádoucí.

Schizofrenie je dlouhodobá nemoc. Výzkumy ukazují, že několik prvních let nemoci může determinovat výsledek. Prodromální stádium nemoci může trvat několik let. Projevuje se poruchami nálady (deprese, úzkost, dysforie), kognitivními symptomy, sociálním stažením a obsedantními symptomy. Částečně se mohou objevovat i pozitivní symptomy jako jsou iluze, magické myšlení apod..

Předpokládá se, že čím déle je psychóza neléčená, tím je dlouhodobá prognóza onemocnění horší (Motlová, Koukolík, 2004). Trvání a počet období aktivních psychotických příznaků během první epizody nemoci před nasazením antipsychotik je významným predikátorem doby odpovědi na léčbu, výskytu relapsů a dlouhodobého průběhu (Halbreich, Kinon, Gilmore, 2003 in: Motlová, Koukolík, 2004). Jinými slovy, je velice pravděpodobné, že úspěch zásahů v prvních letech po začátku nemoci signifikantně ovlivní zda dojde k uzdravě klienta nebo bude trpět chronickými relapsy. Mladí lidé, kteří prožili prolongované psychotické symptomy, jsou rizikovou skupinou, že budou trpět i nadále neurobiologickými deficity, společně s pracovními, vzdělávacími a psychosociálními zpožděními (Schizophrenia Society of Canada, 2003).

Výsledky těchto nálezů, společně s vlivem programů zaměřených na prevenci a včasnou detekci psychóz (např. Early Psychosis Prevention and Intervention Centre EPPIC v Austrálii) ovlivnily současný fokus výzkumů léčebných strategií. Existuje několik programů včasného zásahu; nejrozšířenější jsou v Kanadě, Anglii a Austrálii. Jejich přístup a rámec jsou podobné; používají case-management, psychiatrický management a medikaci, kognitivně behaviorální terapii, skupinovou terapii a práci s rodinou. Programy práce s rodinou jsou představitelé nového konceptu v psychoedukativních intervencích a dosáhly celosvětového uznání. Výzkumy ukázaly, že tyto programy, pokud jsou kombinovány s medikací, jsou mnohem úspěšnější v redukci relapsů než jenom psychofarmakologická léčba. Studie také ukazují, že problémy a výzvy, kterým musí rodina se schizofrenním členem čelit, jsou odlišné podle stádia nemoci. To znamená, že jedinci i jejich příbuzní mohou lépe reagovat na rodinný program, který je přesně ušit podle jejich osobních potřeb, než na skupinový program (Schizophrenia Society of Canada 2003).

Nejvíce zisku přinese léčba, která integruje biologické intervence (antipsychotika, symptomatická léčba – manické projevy nebo post-psychotická deprese), sociální (zapojení rodiny, vrstevníci, jenž nabídnou pomoc s problémy, které klienti identifikují a to dokonce i v tom stádiu, kdy daný jedinec popírá

potřebu léčby) a psychologické (podpora dodržování léčby – vysvětlit efekty medikace a nabídnout přijatelné zdůvodnění pro užívání léků, psychoedukace, vyvinutí jasného obrazu klientovy současné situace jakožto psychotika a vyhnutí se traumatickým procedurám). Priority léčby se samozřejmě liší podle průběhu nemoci (Gleeson, McGorry, 2004).

Včasné varovné signály počátku nemoci

Jedním z problémů čtení raných varovných znaků schizofrenie je jejich lehká záměna s některým typickým adolescentním chováním. Schizofrenie často začíná v průběhu puberty a adolescence, v době, kdy probíhá mnoho rapidních fyzických, sociálních, emočních změn a změn chování. Přesto se dají říci základní nejčastější signály počátku schizofrenie (Finzen 2003):

- sociální stáhnutí se, izolace a podezřívavost
- deteriorace
- chabá pozornost a koncentrace
- excesivní únava a ospalost nebo insomnie
- ztráta motivace
- nezvyklé percepce

2.3.2 Příklad programů včasné intervence - PEPP

(zdroj: Prevention & Early Intervention Program for Psychoses PEPP manual)

PEPP – Prevention and early intervention program for psychoses – je inovativní program zaměřený na prevenci, léčbu a rehabilitaci psychóz v jejich rané fázi /první epizoda/. Je to program, který v sobě integruje služby (diagnostika, léčba nejnovějšími atypickými neuroleptiky, kognitivně-behaviorální terapie, case management, trénink kognitivních funkcí, rehabilitace a trénink dovedností dle individuální potřeby klienta, edukace nemocných a

rodinných příslušníků, podpora rodin, pomoc při návratu klienta zpět do běžné komunity), osvětovou (laická i odborná veřejnost) a preventivní činnost.

Po prožití akutní epizody většinou není jedinec schopen okamžitého návratu do každodenního života v takové podobě, jaký byl před nemocí. V tom mu brání jeho zhoršené fungování, jenž je následkem neuroleptik, zhoršení kognitivních a psychosociálních schopností. Z tohoto důvodu nabízí PEPP jednoduché nízkostresové aktivity, jež podporují každodenní fungování a napomáhají plnění osobních cílů klienta. Tyto skupiny jsou přechodné, zaměřené na monitorování klientů v ranných fázích zdravy; často představují spojnicí mezi léčebnou a komunitou.

Příklady skupinových intervencí

RAP

RAP se schází dvakrát týdně, aktivity jsou vybírány členy, přičemž jsou zaměřeny na naplňování jejich aktuálních potřeb a dosažení jejich cílů. Mezi aktivity může patřit vaření, hraní her, přednášky, výlety apod.

Cíle :

- poskytnout pomoc při zhodnocení každodenního fungování
- získat dovednosti podstatné pro fungování v rolích
- zvýšit strukturu v týdnu
- poskytnout neustálou podporu
- zlepšení sociální integrace
- zlepšení tolerance k aktivitě (zátěži)
- podpořit osobní zodpovědnost za úzdravu

Jeden běh skupiny trvá 12 týdnů, po čas trvání skupiny jsou cíle členů a jejich plány po opuštění programu evaluovány s case managerem.

Na to navazují specifitější skupinové programy psychoedukační. Jsou určeny klientovi a rodině a zaměřují se především na tyto oblasti:

1. fáze, témata terapie : symptomy

diagnóza

stigma

alkohol, drogy

2. fáze, léčba : medikace

varovné příznaky

sociální chování

stress management

3 fáze, úzdava : sociální role a nemoc

sebevědomí, identita a nemoc

nacházení a podpora zdrojů (v rodině, okolí)

V programu PEPP pracují se stejnou intenzitou s klientem i jeho rodinou. Pro rodiny je nabízen osmihodinový informační program, workshopy na téma zvládání nemoci a jejích příznaků, nácviky chování v konkrétních situacích dle potřeb rodiny.

Dalším nabízeným programem je trénink kognitivních funkcí a skupina managementu učení. Tyto programy nabízejí po 3-4 měsících léčby a je doporučen case managerem. Při vstupu do těchto programů dělá psychologka čtyřhodinové vyšetření.

2.4 Psychosociální rehabilitace

Pojem rehabilitace úplně obecně znamená soubor opatření, která jsou používána, aby zabránila stávajícímu nebo hrozícímu postižení. Mají umožnit nemocnému člověku se v mezích jeho možností maximálně zapojit do

společenského a pracovního života. Na dané nemoci záleží, jaká konkrétní opatření budou použita (Remschmidt, 2004).

Poslání rehabilitace

Přes rozdílné proudy psychosociální rehabilitace (někdy také nazývána psychiatrická rehabilitace) existuje shoda v tom, jaké je obecné poslání rehabilitace. Tento konsensus zní, že *(psychiatrická) rehabilitace pomáhá lidem s dlouhodobými psychiatrickými problémy a postiženími zvýšit jejich fungování tak, aby byli úspěšní a spokojení v prostředí, které si vybrali k životu, s co nejmenší mírou trvalé profesionální podpory* (Anthony, Cohen 1983). Jedním z myšlenkových předpokladů je, že i když se psychiatrické léčbě podaří odstranit symptomy duševní poruchy, není v její moci zmírnit či odstranit všechny funkční deficity, které z dané poruchy vyplývají. Tyto funkční deficity ale přitom zásadně určují jak kvalitu života, tak mají velký vliv na průběh poruchy. V základě rehabilitace je přesvědčení, že člověk, ať už má jakékoliv duševní postižení, je schopen rozvíjet svou osobnost, dovednosti a zlepšovat kvalitu svého života. Z toho vyplývá, že důraz je kladen na rozvoj pro klienta důležitých dovedností a tak získání co největší nezávislosti, zatímco psychiatrie se zaměřuje na hledání symptomů a jejich odstraňování. Je evidentní, že oba přístupy jsou pro klienta důležité a nejvíc profituje při jejich funkčním propojení (Finzen, 2003).

Cílem rehabilitace je úzdrava (recovery), jež se chápe jako hluboce osobní, jedinečný proces změny přístupu, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a rolí člověka. Výsledkem by měl být uspokojující a plnohodnotný život (Anthony, Cohen 1983). Úzdrava zahrnuje rozvoj nového smyslu a významu života i přes přetrvávající psychiatrické postižení.

2.4.2 Principy rehabilitace

Základní principy, na nichž se shodnou autoři různých pojetí rehabilitace, jsou:

- rehabilitace je primárně zaměřená na zlepšení osobních kompetencí lidí s psychiatrickým postižením
- přínosem psychiatrické rehabilitace pro klienta je zlepšení chování v prostředí, ve kterém si sám přeje být
- rehabilitace je eklektická v používání technik
- v centru zájmu je zlepšení pracovních možností
- naděje je hlavní složkou rehabilitačního procesu
- přechodné zvýšení závislosti by mělo vést k postupné nezávislosti
- aktivní účast klienta v jeho rehabilitačním procesu je žádoucí
- dlouhodobá terapie léky je často nezbytná, ale málokdy dostačující komponenta rehabilitačního procesu (Psychiatrická rehabilitace, 2005).

Autoři modelu rehabilitace, z kterého v naší práci hodně čerpáme, zdůrazňují tři principy rehabilitace – jsou to emancipace, normalizace a participace (Wilken, Hollander 1999).

2.4.3 Základní pojmy rehabilitace

Rehabilitace rozlišuje tři důležité pojmy, které se na první pohled mohou zdát podobné či dokonce stejné. Tyto pojmy jsou poškození (impairment), postižení (disability – překládáno též jako neschopnost, nezpůsobilost) a handicap.

Impairment znamená ztrátu nebo abnormalitu psychologické, fyziologické nebo anatomické struktury či funkce. Jsou to symptomy nemoci a kognitivní deficity. Jako příklad u schizofrenie můžeme uvést halucinace nebo bludné myšlení.

Disability znamená funkční ztrátu, která vyplývá z poškození. Je odpovědná za narušenou schopnost vykonávat sociální úlohy a plnit role. Například ze zhoršené kognitivní funkce může vyplývat neschopnost učit se a člověk tak nezvládá roli žáka. Z toho plyne nedokončené vzdělání, což je

handicap. Handicap v sobě zároveň obsahuje i sociální odpověď na postižení; nedokončené vzdělání posiluje nemožnost uplatnit se na trhu práce (Train-the-trainer program, 2002).

Psychiatrická rehabilitace (2005) uvádí 3 základní přístupy v rehabilitaci:

1. přístup zaměřený na problém – klientova role je asertivní pacient, základem je stanovení diagnózy, podstatou je nalezení problémů a překážek a rehabilitace se uskutečňuje jako plán péče a sled intervencí.
2. enviromentální přístup – jak z názvu vyplývá, rehabilitační intervence se zaměřuje na bezprostřední okolí klienta, snaží se mu zajistit terapeutické prostředí a podporované bydlení. Cílem je vytvoření funkčního, co možná nejpřirozenějšího prostředí, které by zmírňovalo dopady nemoci. Zároveň je klient podporován v opouštění tohoto bezpečného prostředí, aby podnikal aktivity i mimo něj. V tomto přístupu je klientova role spolupracující uživatel.
3. vývojový přístup – základnou tohoto přístupu jsou klientova přání a cíle. Zde je patrný zásadní obrat od aktivity klíčových pracovníků k aktivitě klienta, jenž musí sám určit své potřeby a cíle a zároveň hledat za doprovodu funkční cesty k jejich naplnění. Podstatou je zde osobnostní růst a učení se klienta, jeho role se tudíž dá nazvat studentem. Funkčnost tohoto přístupu je zpochybňována v souvislosti s chronickými klienty, nicméně se dokázalo, že systematickou podporou jsou i chroničtí klienti schopni určit svou vývojovou cestu (Psychiatrická rehabilitace 2005).

Komplexní přístup k rehabilitaci

Wilken definuje komplexní přístup jako proces, jehož činnosti směřují k tomu, aby lidem s psychosociální nedostačivostí pomohly optimalizovat jejich kvalitu života a soběstačnost, takže mohou působit v různých, svobodně zvolených prostředích (bydlení, zaměstnání) způsobem, který jim přináší osobní a sociální uspokojení (Wilken, Hollander 1999).

Označení komplexní naznačuje kombinaci na problém zaměřeného přístupu, enviromentálního přístupu a přístupu vývojového. Cílem je najít

optimální kombinaci tak, aby rehabilitační plán byl ušit přesně na stávající situaci klienta. Zároveň je model dynamický, to znamená, že se plán přizpůsobuje klientově motivaci a možnostem při hledání nejvyššího cíle, tedy nejvyšší možné kvality života. Aktivity jsou zaměřeny jak na klienta, tak na jeho nejbližší okolí i na sociální kontext. Cílem je pomoci klientovi vykonávat běžné činnosti zatímco se učí akceptovat relativně trvalé postižení a možnost, že třeba bude potřebovat chráněné podmínky (Pieters, Peuskens, 1995).

Psychosociální rehabilitace probíhá na všech třech již zmíněných úrovních – klient (triáda klient-rodina-pracovník), jeho prostředí (prostředí, kde žije, pracuje nebo mu je poskytována péče) a společnost (politika vlády, struktura služeb péče o duševní zdraví).

Pro klienta, stejně jako pro zdravého člověka, existují čtyři životní domény – oblast bydlení, oblast práce, oblast učení se a oblast volného času.

Tyto domény se zároveň vzájemně ovlivňují čtyřmi osobními doménami, které jak klienta, tak u zdravé osoby, podmiňují osobní spokojenost. Osobní domény jsou – oblast osobní péče, oblast zdraví, oblast účelu a smyslu a oblast sociálních vztahů (Psychiatrická rehabilitace 2005).

Wilken a Hollander (1999) uvádí, že rehabilitace se odehrává ve třech dimenzích – v dimenzi vztahů, činnosti a času. Tyto tři dimenze jsou provázané; vztahy klienta (s rodinou, s profesionály atd.) ovlivňují klientovu činnost a dalo by se říci, že ji dokonce umožňují nebo naopak znemožňují. Zároveň historie klienta ovlivňuje jeho vztahy a profesionál ji musí znát, aby mohl klientovi porozumět. Časová dimenze má také velmi důležitý úkol – hledání perspektivy klienta.

2.4.4 Fáze rehabilitace

Každý přístup k rehabilitaci má své dělení rehabilitačního procesu. Můžeme ale v každém najít společnou linku a tou je návaznost fáze mapování, plánování a hodnocení.

STORM uvádí například až 6 fází rehabilitačního procesu (Train-the-trainer program, 2002):

- fáze orientace a vzájemného poznávání
- fáze mapování (vyšetření)
- fáze stanovování cílů
- fáze plánování
- fáze intervencí
- fáze hodnocení a zpětné vazby

Do **mapování** patří stanovení diagnózy klienta, mapování jeho potřeb, schopností, dovedností a sociální sítě. Rehabilitační analýza znamená rozbor a hodnocení fungování klienta vzhledem k dosažení cíle a zdrojů či překážek, nacházejících se v prostředí klienta, které vstupují do vztahu s dosažením cíle.

Do fáze **plánování** patří stanovení rehabilitačních cílů, což je jedna z nejdůležitějších fází. Je velkým uměním rehabilitačního pracovníka pomoci klientovi uvědomit si jeho plány do budoucna, jeho cíle, umět je rozkrokovat do cílů malých a zároveň tyto cíle vztáhnout k realitě tak, aby bylo možné jich opravdu dosáhnout, aby byly zdrojem uspokojení a dalšího rozvoje a ne zdrojem frustrace a stagnace.

V návaznosti na stanovené cíle se vytváří **rehabilitační plán**. Rehabilitační plánování je systematickým, strukturovaným, postupným a smysluplným vytvářením jednotlivých kroků, které podle možnosti klienta povedou k naplnění jeho cíle. Cíle je potřeba rozdělit na dílčí cíle a ty pak na jednotlivé kroky, které povedou k jejich naplnění. Kroky se musí volit tak, aby odpovídaly možnostem klienta – to vychází s předchozího hodnocení. Ke každému kroku přísluší určení plánované intervence (akce), vytvoření časového rámce, rozdělení zodpovědnosti za plnění kroků a popis účasti klienta a případných dalších osob, které se na plnění podílejí. Poté následuje samotné **naplňování** tohoto plánu a po jeho ukončení fáze hodnocení rehabilitační

intervence. Ke každému dílčímu cíli – kroku – přísluší určitá intervence (akce) a naopak. Intervence jsou prováděné klientem, profesionálem či jinými osobami, které byly určeny při plánování a svou účast stvrdily a převzaly patřičnou zodpovědnost. Při setkáních s klientem hodnotíme průběh intervencí a tím plnění jednotlivých kroků plánu. Je dobré tyto kroky vztahovat k původními cíli a co nejvíce názorně hodnotit přiblížení jeho naplnění – jak daleko jsme k dosažení cíle. Mezi intervence patří např. učení se novým dovednostem, používání dovedností v praxi, využívání zdrojů, vyhledávání a rozvoj zdrojů. Intervence se uskuteční v prostředí, které si klient zvolí.

Hodnocení se vztahuje k stanoveným cílům, které se ale mohou také v průběhu rehabilitace měnit. Hodnotí se, nakolik se klientovi podařilo cíle naplnit a nakolik je s dosaženými cíly spokojen. Může se ukázat, že dosažené cíle, i když jsou to ty stanovené, klienta neuspokojují. Zde je prostor pro tvorbu nového rehabilitačního plánu ať už s tím samým rehabilitačním pracovníkem či v rámci jiné služby, která více odpovídá klientovým současným potřebám (například přechod z podporovaného vzdělávání do podporovaného zaměstnání či naopak). Fáze hodnocení se účastní jak klient a rehabilitační (či klíčový) pracovník, tak se ho mohou účastnit další osoby, které byly do rehabilitačního plánu zapojeny – psychiatr, ergoterapeut, psycholog, rodiče, partner.

Z výše uvedeného vyplývá nezbytnost vytvoření kvalitního pracovního vztahu s klientem, aby proces rehabilitace měl šanci na úspěch.

2.5 Psychosociální rehabilitace schizofrenie

I přes vysokou odpověď pacientů na farmakoterapii v akutní fázi zůstává u mnohých patrný kognitivní deficit a poruchy psychosociální adaptace (Binder, Goldman, Robinson, 2000 in: Motlová, Koukolík, 2004). Toto zjištění ukazuje na klíčový význam psychosociálních programů.

Klienti zažívající první akutní fázi nemoci jsou vnímáni jako jedinci vysoce vulnerabilní vůči psychosociálnímu stresu, jenž pokračuje i po propuštění z hospitalizace a je často dále složen z osobních a sociálních důsledků nemoci,

jako je například ztráta studia či zaměstnání, odmítnutí rodinou a přáteli apod. Tyto psychosociální faktory mohou později i u propuštěných klientů velmi ovlivnit znovuobjevení symptomů, relaps a znovupřijetí. (Gleeson, McGorry, 2005)

Duševní onemocnění zasahuje prakticky všechny oblasti života a chování nemocného. Ovlivňuje ale i jeho nejbližší okolí (rodinu) a širší prostředí (přátele, sousedy a kolegy). Soužití s duševně nemocnými je namáhavé a často vede také k vývoji somatického onemocnění členů rodiny.

Vývoj schizofrenie je často spojován s chronickým stavem nemoci, který s sebou přináší omezenou možnost pracovat, častěji však její naprosté zbavení spojené s vyplácením invalidního důchodu. To vše vede k výrazným existenčním problémům těchto lidí. Okolí nemocného zaujímá stanovisko nedůvěry, zlehčuje jeho sdělení a omezuje jeho běžná občanská práva. Kvůli těmto znevýhodněním hraje důležitou roli systém podpůrných návazných rehabilitačních a resocializačních programů, které poskytují nemocnému podporu v návratu do běžného života.

Po období nemoci a neaktivity mnoho mladých lidí ztratí jejich školní a profesní cestu a potřebují pomoc při vyvinutí důvěry v jejich schopnost být aktivními a produktivními (Jones, 1993, in Perris, 1999). Podporované vzdělávání a zaměstnávání (jeden proud psychosociální rehabilitace) se zaměřuje na minimalizaci ztráty studijních dovedností a zaměstnání, podporuje rozvoj dovedností nutných pro úspěšné vzdělávání a vytvoření realistických studijních a profesních plánů, jenž by byly založeny na poznatku dostupných možností a rozpoznání vlastních zájmů, schopností, dovedností a hodnot (Perris, 1999).

Schizofrenií onemocní často člověk v poměrně mladém věku, v době, kdy je ještě závislý na rodině a osamostatnění by ho teprve čekalo. Kvůli finančním problémům (nedostačující prostředky invalidního důchodu) má takový člověk často problémy v oblasti bydlení.

Tyto tři okruhy pomáhají duševně nemocným řešit rehabilitační a resocializační programy.

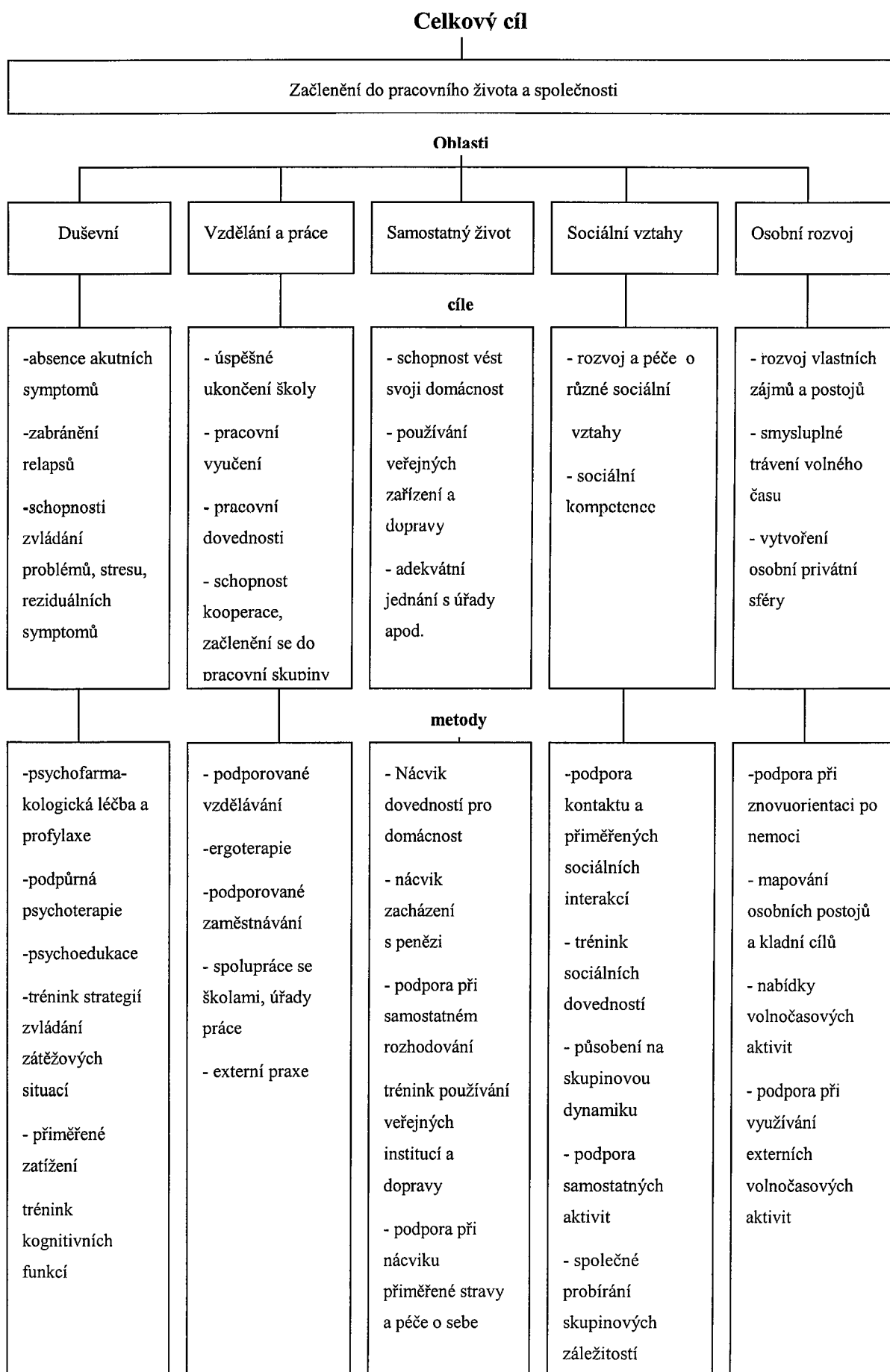
Rehabilitace jako způsob práce s klientem (duševně nemocným) by mu měla umožnit zůstat zodpovědný za svůj vlastní život a rozhodnutí. Klient by měl ve vztahu s „rehabilitačním“ pracovníkem zažít rovnoprávnost, přijetí a respekt. Je důležité v klientovi posilovat vlastní zodpovědnost a pomoci mu tak získat kontrolu nad jeho životem, aby mohl i přes své postižení/znevýhodnění žít běžný život v co nejnormálnějších a nejdůstojnějších podmínkách.

První psychotická epizoda může představovat hrozbu pro jejich začínající pocit identity, vztahy a jejich vyhlídky na vzdělávání a zaměstnání. Psychotická epizoda může podkopat, paralyzovat nebo vychýlit jejich normální psychosociální vývoj. Klientům i jejich rodinám jsou většinou duševní choroby, jejich důsledky a psychiatrické služby cizí, a proto zažívají velký stres jako následek nemoci. Proto chování a služby profesionálů v tomto stádiu mohou ovlivnit budoucí směr.

Podpora vyrovnání se a psychosociální údravy tváří tvář ničícímu, stigmatizujícímu a často vysoce traumatizujícímu zážitku je klíčem k rozvoji v osobním životě.

Obsahová struktura rehabilitace

V následující tabulce jsou přehledně zobrazeny cíle a metody rehabilitace mladých lidí se schizofrenním onemocněním (Werner, Martin, 2004).



Principy rehabilitace schizofrenních pacientů

Podle klasifikace Světové zdravotnické organizace se postižení manifestuje jako „sociální omezení (handicap) v interakci dané osoby s jejím společenským okolím (Remschmidt, 2004, s.97).“ To znamená, že člověk nemůže dostát určitým rolím a je tím omezen v jeho možnostech žít samostatný a nezávislý život.

V literatuře (Birchwood, Hallett, Presto, 1988; Falloon, Boyd, McGill, 1984; Gleeson, McGorry, 2004; Remschmidt, 2004) nalézáme 2 základní aspekty postižení u schizofrenie, které je potřeba brát v podtaz při rehabilitaci:

Specifická vulnerabilita, která je pojímána jako snížená tolerance stresu; to znamená, že zatížení může u nemocných lehčeji než u zdravých vyvolat psychotické stavy. Z toho plyne, že i rehabilitační snahy mohou působit patogenně. Je proto nutné v průběhu celé rehabilitace schizofrenních pacientů hledat kompromisy.

Deficity chování a výkonnosti. Kvůli často dlouhodobé negativní symptomatice není mnoho pacientů schopno naplnit požadavky odpovídající jejich věku.

Remschmidt (2004) uvádí čtyři strategie rehabilitace mládeže se schizofrenním onemocněním, které vycházejí z těchto dvou aspektů postižení:

Ovlivnění vulnerability – posílení tolerance stresu. Rozlišuje 2 aspekty vulnerability, biologický a kognitivní, kde biologický aspekt se dá ovlivnit profylaktickou medikací a kognitivní tréninkovými metodami, které zlepšují schopnost pacientů zvládat stres a přiměřeněji zpracovávat komplexní sociální situace.

Redukce zatížení stresem. Zde jsou možné 2 strategie. První je vyhýbání se oblastem, které jsou obsazeny stresem a vyhledávání prostorů, kde nemusí pacient čelit stresu. Takovou strategií může být po opuštění stacionáře přechod do rehabilitačního zařízení místo okamžitého návratu do prostředí, kde nemoc

vypukla. Druhou strategií je aktivní ovlivňování okolí za účelem omezení stresových faktorů, a to především jasným, klidným a přátelským zacházením s pacientem (Olbrich, 1990).

Zprostředkování kompetencí, kompenzace deficitů. Mimo celkové aktivizace obsahuje rehabilitace především trénink schopností a dovedností potřebných pro všechny životní oblasti – škola, povolání, bydlení, volný čas, sociální vztahy, jelikož se ukázalo, že naučené schopnosti a dovednosti nejsou plně přenositelné do reálných životních situací (Schaub, Brenner 1996). Proto by se měl trénink co nejvíce blížit situacím každodenního života, nacvičovat by se mělo v mnoha variantách a rozličných situacích, a to tak dlouho, až se daná dovednost stane rutinou, kterou je možno kdykoliv zaktivovat.

Přizpůsobení požadavků a podpor aktuální úrovni dovednosti, které má zabránit na jedné straně sociálnímu stažení a pasivitě pacientů z důvodu nedostatečných podnětů a aktivizace a na druhé straně potencionálnímu vyvolání psychózy v důsledku nadměrného zatížení.

Pozornost zaměřená na účinnost léčby jakož i na možnosti intervence pomáhají najít nejlepší průnik mezi klientovými potřebami a komunitními programy. Typy léčebných intervencí mohou být dle literatury klasifikovány do tří větších kategorií:

Kognitivní/neuropsychologické: techniky navržené na zlepšení zpracovávání informací a odpovědí vycházející z neurologického modelu

Kognitivní/ behaviorální: léčba jenž utváří chování a učí klienta vyrovnávat se s symptomy jako projevy fyziologické abnormality

Psychosociální: programy, které vycházejí z modelu deficitu dovedností a nabízejí přímý a explicitní trénink v každodenním fungování. Většina rehabilitačních programů je založena na psychosociálním modelu a mohou obsahovat kognitivně-behaviorální a kognitivně –neuropsychologické elementy. Některé programy jsou více specializovány a mohou být navrženy speciálně pro

určitý typ klienta, pro nějž problémy v chování nebo kognitivní deficity znamenají největší problém ve vztahu ke každodennímu fungování.

Další důležitou součástí psychosociální rehabilitace jsou skupinové programy. Tyto programy mají velký smysl už jenom v samotném setkávání klientů s podobnou zkušeností v případě kdy terapeut, lektor dokáže této velké potence využít. Samozřejmě pokud se nepracuje se skupinou na pozitivním vidění situace, může mít toto setkávání se sobě podobnými spíše negativní dopad. V praxi se setkáváme se vztekem, sklíčeností a beznadějí, která plyne právě ze skupinových setkání. Skupiny ale nabízí poměrně velký prostor pro naplňování velmi důležitých cílů rehabilitace.

Cíle programů psychosociální rehabilitace

Některé cíle jsou v úzkém vztahu s nemocí a jejími symptomy, mezi tyto dle Birchwood a Tarriera patří:

podporovat zotavení z psychotické epizody, ulehčit znovunabytí předcházejících schopností a dovedností a vyvinutí nových.

Měla by také fungovat jako prevence vzniku reziduálních symptomů, relapsů nebo tyto zpozdit či zmírnit jejich vážnost.

Pomáhat při vyrovnávání se a procházení všemi stadii nemoci, společně hledat cesty nejefektivnějšího přizpůsobení se

Zvyšovat nezávislé fungování klienta

pomáhá klientovy v návratu k realitě tím že směřuje jeho pozornost a vnější prostředí a nabízí odvrácení pozornosti od vnitřních zkušeností

Některé cíle se více vztahují k osobě klienta jako takového:

Podporovat udržování kontaktů s komunitou a klientovou sociální sítí, minimalizovat narušení či úplné přerušení těchto vztahů

poskytovat možnost pozitivního kontaktu v bezpečném prostředí

dávat zpětnou vazbu klientovi o jeho sociálním chování (Birchwood, Tarrier, 1992).

Psychosociální potíže ve formě deficitů životních a sociálních dovedností, postižení (disability) ve schopnosti vykonávat zaměstnání, nízké volnočasové aktivity apod. jsou dlouhodobé projevy schizofrenie, které lze pozorovat v různém stupni jak v zařízeních pro komunitní péči pro mladé schizofreniky tak i v institučních zařízeních pro chronické klienty. (Schizophrenia Society of Canada, 2003). Proto je důležité zdůraznit, že rehabilitační služby by měly být vyvinuty takovým způsobem, aby byly dosažitelné pro většinu, v ideálním případě pro všechny schizofrenní klienty. Samozřejmě že v každé skupině bude důraz kladen na jinou oblast rehabilitace.

V následující kapitole se podrobněji věnujeme programům psychosociální rehabilitace, které se nejvíce vztahují předmětu zájmu této diplomové práce.

2.5.2 Kognitivní deficity

Názor, že pro schizofrenii jsou ústřední kognitivní poruchy pochází od Bleulera, který se domníval, že primární poruchy základních kognitivních procesů mají vztah k poruchám myšlení u schizofreniků. Kognitivními funkcemi označujeme všechny poznávací psychické jevy, jako vnímání, myšlení, paměť, pozornost a další.

Tůma (1998) uvádí že s první psychotickou epizodou je spojen významný pokles kognitivní výkonnosti a „je jednou z hlavních příčin selhávání ve studiu, v zaměstnání i v sociálních vztazích“ (Tůma, 1998, s. 12)

Jako základní kognitivní poruchy u schizofreniků jsou popisovány zejména: obtíže při rozlišení a výběru relevantních podnětů a potlačení irelevantních vzhledem k situaci, udržení či flexibilitě pozornosti, obtíže v pohotovosti disponovat uloženou informací a identifikací podnětu, omezená schopnost abstrakce, nedostatečná tvorba konceptu, omezený výběr odpovědi způsobený vměšováním konkurujících si reakcí, chyby v sylogických a analogických závěrech (Tůma, 1998).

Na počátku 20.století Kraepelin a jeho současníci postulovali biologickou základnu pro schizofrenii, aby vysvětlili neurologické deficity afázie, apraxie atd., které pozorovali. V posledních 30 letech bylo vyvinuto užitečné paradigma pro neuropsychologii schizofrenie, díky pokrokům v neurovědě. S tím související snaha začala na počátku 70. let 20. století. Ta měla rehabilitaci schizofrenie založenou na psychosociální a kognitivní rehabilitaci, např. učili klienty používat „samomluvu“ pro řešení problémů (Csernansky, 2001). Výsledky těchto studií ale nebyly schopny ukázat podstatné zlepšení v denním fungování klienta.

Pozdější studie podpořily teorii, že kognitivní náprava je pomocná, ale ne esenciální, mnoho výzkumníků v této oblasti zjistilo, že i když se zdá, že úplná náprava kognitivních funkcí není možná, může být dosaženo kompenzace (vytvoření adaptivních dovedností).

Identifikované kognitivní deficity:

- pozornost a zpracovávání informací
- pracovní paměť (a další aspekty paměťových funkcí)
- vizuálněprostorové dovednosti
- exekutivní funkce

Pozornost je komplexní systém, jenž ovlivňuje všechny další aspekty zpracovávání informací a odpovědi. Deficit pozornosti se také nejčastěji uvádí jako součást specifické kognitivní zranitelnosti k onemocnění schizofrenií. Dle některých výzkumů je nejvíce ovlivněna složka výdrže, dále se uvádí snížená odolnost vůči rušivým vnějším i vnitřním vlivům, někdy i obtíže v rozdělení, popřípadě i výběrové funkci pozornosti (Bracy, 1998).

Pozornost zahrnuje:

- aktivní exploraci
- systematickou exploraci
- zaměření jak na celek tak na části vnímaného pole

- současně probíhající zvážení zdrojů informace
- záměrnost pozornosti (Csernansky, 2001)

Tyto funkce mohou ovlivňovat také aspekty pracovní paměti a exekutivních funkcí. Pracovní paměť se vztahuje ke kapacitě podržení a zpracování informací (např. zapamatovat si číselnou řadu telefonního čísla po dobu jeho vymačkání na telefonu). Tato zahrnuje pozornost a krátkodobé dekódování. Úlohy na pracovní paměť mohou také souviset s funkcemi vizuální paměti a paměťové strategie. Sem patří například představování si čísel na tabuli nebo opakování si slov potichu pro sebe, to vše jsou strategie používané pro splnění zadaného úkolu. Zdá se, že lidé se schizofrenií mají deficity ve funkcích pracovní paměti, které se odlišují od deficitů pozornosti a psychózy. Dále mají tendenci pomaleji se učit novému materiálu. Z toho vyplývá, že tréninky, které nepracují s vědomím těchto deficitů, nemohou být úspěšné. Dále se ukázalo, že schizofrenie přináší poškození vizuálněprostorových dovedností. Tyto dovednosti např. umožňují člověku používat konceptualizaci a zdůvodňování při řešení neverbálních úloh jako je opakování plánu, skládání celku z částí. Narušení těchto funkcí může mít vliv na takové aktivity jako je čtení v mapě (Bracy, 1998).

Jak ovlivňují kognitivní deficity každodenní fungování?

Pokud jsou deficity mírné, má člověk problém se čtením, psaním, sledováním televize. Pokud jsou tyto deficity většího rázu, lidé jsou neschopni vykonávat úkoly, jako je například vaření, nakupování, zacházení s penězi apod.. To může vést k špatné hygieně, podvýživě a sebezanedbávání. Postupem času mohou kognitivní deficity vést k takovým následkům jako je nezaměstnanost, disabilita, chudoba a excesivní závislost. Z nejběžnějších problémů je zapomínání medikace a nenavštěvování ambulantního psychiatra (Schizophrenia Society of Canada, 2003).

Po první vlně slibných výsledků v osmdesátých letech, přišla i řada studií, které pozitivní dopad kognitivní rehabilitace u pacientů se schizofrenií

neprokazovaly a objevily se různé pochybnosti, popsané podrobněji níže. V posledních pěti až deseti letech, s rozvojem cílenějších a propracovanějších programů kognitivní rehabilitace se zdá, že již není otázkou, zda kognitivní rehabilitace u schizofrenie ano nebo ne, ale spíše jaká, popř. u kterých pacientů, a jaké jsou vlastně mechanismy jejich účinků (Perglová, 2006). Je otázkou, zda je vůbec nějaké zlepšení možné, když je kognitivní deficit považován za jádrový problém u schizofrenie a mnohé výzkumy naznačují, že je součástí specifické zranitelnosti přítomné již od narození. Někteří autoři poukazují i v tomto případě na roli neuroplasticity mozku a na to, že kognitivní rehabilitace by byla přínosná, i pokud by byla metodou spíše kompenzační než léčebnou (Perglová, 2006). Zdá se, že efektivita kognitivní rehabilitace stoupá s mírou strukturovanosti, přesné průběžné zpětné vazby podávané individuálně, lepších výsledků dosahují programy zaměřené na učení se strategiím řešení úloh sestavené podle poznatků o facilitaci procesu učení. Významnou roli hraje, jak se zdá, především systematická, cílená zpětná vazba, protože z pouhého opakování úlohy nejsou schopni pacienti se schizofrenií tolik profitovat (Bracy, 1998).

2.5.3 Deficity v sociálních dovednostech

Vysoká prevalence a funkční signifikance sociální dysfunkce u schizofrenie je prokázána, ale základ tohoto zhoršení je stále předmětem diskuse. Jedna z nejvíce uznávaných hypotéz je, že sociální dysfunkce je konsekvencí deficitu sociálních dovedností - chyby v provádění různých postupů chování a kognitivní operace, které jsou nezbytné pro sociální interakci. Schizofrenní pacienti se liší od jiných diagnostických skupin v řadě chování, včetně vzorců pohledu, latence a trvání verbálních odpovědí, používání ilustrativních gest a schopností generovat verbální obsah v konverzaci a konfliktních situacích. Mnoho z nich má defekt v sociální percepci, včetně schopnosti přesně vnímat a dekodovat výraz tváře a hlasu a schopnosti detekovat lingvistické a logické chyby ve vlastní řeči (Bellack, 1994). Liberman a Wallace (in Bellack, 1994) dokázali, že tyto relativně elementární motorické a kognitivní odpovědi jsou nezbytné stavební bloky pro efektivní sociální chování. Vytvořili model úspěšného sociálního

chování, jež sestává ze sociální percepce, řešení sociálních problémů a schopností provedení.

Pojem sociálních dovedností je zastřešující pojem pro rozmanité sociální aktivity jako je denní žití, rodinné faktory, komunikační chování, psychopatologie, motivační a situační faktory a kognitivní deficity. Trénink sociálních dovedností je široce používán v různých rehabilitačních programech multidisciplinárními týmy, včetně sester a zdravotnického personálu, ergoterapeuty, psychology, expresivními terapeutů (Schizophrenia Society of Canada, 2003).

Poslední 3 dekády je trénink sociálních dovedností považován za hlavní strategii psychosociální léčby pro lidi s duševní nemocí. Interpersonální dovednosti zahrnují verbální i neverbální a používají se pro vyjádření pocitů a emocí. Mezi jinými funkcemi jsou prostředkem pro zahájení, udržování a ukončení konverzace. Mohou být klasifikovány na dvou úrovních: mikro – a makroúroveň. Mikroúroveň interpersonálních dovedností jsou jednoduché elementy sociálního chování, jako je oční kontakt, výraz tváře, tón a výška hlasu atd.. Makroúroveň dovedností se vztahuje k více komplexním odpovědím, v kterých jsou dovednosti mikroúrovně integrovány do celkové strategie, která slouží např. k pozdravení, udržení konverzace, vyjednávání s druhými apod. (Hartley, 1993 in France, 1999).

2.5.4 Interpersonální dovednosti a schizofrenie

Získání interpersonálních dovedností může být zhoršeno z mnoha důvodů, jako je nedostatek instrukcí nebo slabý model, fyzická nemoc, emoční poruchy nebo poruchy učení. Zhoršené interpersonální dovednosti jsou často nalézány společně s duševními nemocí jako je deprese, úzkostná porucha osobnosti nebo psychóza. Existují dva směry vysvětlení, proč pacienti se schizofrenií mají slabé interpersonální dovednosti (France, 1999). Starší teorie předpokládá, že se duševní nemoc vyvinula jako následek chabého sociálního a komunikačního fungování. Komunikační deviace rodičů je považována za předpoklad vzniku

schizofrenie, je velmi dobře podložena korelace premorbidního sociálního přizpůsobení a směrem schizofrenní nemoci (Lieberman, 1982); to znamená, že se předpokládalo, že pacienti mají predispozice pro onemocnění schizofrenií. Novější teorie předpokládá, že slabé sociální fungování je pouze jedním z mnoha podob defektu způsobeného duševní nemocí. Dívající se spíše na organické než sociální faktory, vychází tato teorie ze současných medicínských výzkumů schizofrenie. U normálně fungujících dospělých se jedna z hemisfér mozku stane dominantní (obvykle levá) a je větší než druhá. U pacientů se schizofrenií tomu tak není. Obě hemisféry jsou stejně velké, z čehož se usuzuje na nedostatek mozkové specializace. Pravá hemisféra je nyní považovaná za dominantní v takových dovednostech jako je rozpoznání obličeje, rozpoznání emocí a interpretace komplexní komunikace (Schizophrenia Society of Canada, 2003). V mnoha případech se zdá, že schizofrenní pacienti nemají žádné sociální cíle, jejich sociální chování a interakce jsou popisovány jako iracionální a bez významu. Dovednosti započetí konverzace korelují s množstvím času, který pacienti stráví s druhými a s kvalitou jejich interakce. Tyto interpersonální vztahy, zatím nejdůležitější pobídka pro interpersonální dovednosti, mohou zvýšit pacientovu úzkost. Z toho plynoucí sociální stažení se a emoční plochost vede k bludnému kruhu zvýšené sociální izolace a nárůstu negativních symptomů (Birchwood, Tarrier, 1992). Pokud by sociální přizpůsobení pacienta bylo maximální, mělo by to pro něj podstatný zisk. Tím se důležitost tréninku interpersonálních dovedností stává zřejmou.

2.5.5 Trénink sociálních a interpersonálních dovedností

Trénink sociálních a interpersonálních dovedností má svůj původ v behaviorální a sociální psychologii. Učení se v každodenním životě je často metodou pokus-omyl, což může být nespolehlivá forma tréninku. Trénink dovedností potřebuje být řízen, používat behaviorální techniky jakož prostředek kompenzace těžkých zkušeností klienta zapříčiněných jeho deficitem pozornosti a zpracovávání informací (Bellack et al., 1997).

Pojem sociálních dovedností, interpersonálního chování, je v současné době definován tak, že v sobě zahrnuje afektivní, kognitivní a motorickou složku (France, 1999). Jsou to faktory, jenž umožňují člověku efektivně se vyrovnat s životními okolnostmi a poradit si v různých životních situacích. U schizofrenních pacientů nacházíme nedostatky v různých oblastech – v neverbální komunikaci (oční kontakt, výraz tváře apod.), ve verbální komunikaci, ve vnímání interpersonálních kontaktů. Schizofrenní pacient může v důsledku zhoršení kognitivních funkcí neadekvátně přijímat signály z okolí.

Trénink interpersonálních dovedností není o naučení se konformních vzorců chování v sociální interakci. Zaměřuje se na vzrůst uvědomování si, co jsou interpersonální dovednosti a jak a proč se používají. Může obsahovat také více komplexní témata jako je trénink asertivity, zacházení s hněvem, práce s rodinou a podpůrné skupiny.

Tréninkové metody

Struktura každého tréninkového sezení je designována stejně. Pro každé setkání se vybere jedno téma, vztahující se k sociálním dovednostem. Toto téma je na začátku představeno, poté se sesbírá zkušenost klientů s daným tématem, diskutuje se v jakých sociálních situacích se může vyskytovat a terapeut za podpory skupiny vysvětlí, proč je dané téma (např. určitý druh verbální nebo neverbální komunikace) důležité. Tato část se nazývá instrukce. Poté následuje modelování, terapeut k tomu používá videonahrávky, fotografie, úkolem klientů je sledovat jednotlivé kroky či části vztahující se k tématu. Poté obvykle následuje hraní rolí, kde se situace nacvičuje v rámci bezpečného prostředí skupiny. Důraz je také kladen na řešení problémů, čímž se zvyšuje sebedůvěra klientů (Bellack, 1994).

Důležitou součástí je posilování již naučených sociálních dovedností. To se většinou děje skrze pochvalu od terapeuta a skrze pozitivní zpětné vazby od členů skupiny. Tím je také klient povzbuzen pro použití dané dovednosti mimo skupinu.

Klienti jsou vedeni k tomu, aby si zkoušeli a používali nové dovednosti v každodenních situacích, to se může dít i skrze domácí úkoly.

Studie sledující efektivitu tréninku sociálních dovedností přišly s následujícími výsledky:

- V tréninkových situacích se lze naučit celou řadu instrumentálních a komunikačních dovedností.
- Lze očekávat přenositelnost naučeného, čím je ale dovednost obtížnější, tím menší je míra zobecnění a přenosu do vnějších podmínek.
- Pokud jsou pacienti svými kolegy, příbuznými a pečovateli povzbuzováni v tom, aby své nabyté dovednosti uplatňovali v běžném životě, je míra zobecnění nově naučeného větší.
- Pacienti pravidelně referují o snížení sociální úzkosti po absolvování tréninku.
- Trvalost nabytých dovedností je malá, pokud trénink netrvá alespoň 2 až 3 měsíce při sezení minimálně 2krát týdně.
- Trénink sociálních dovedností, pokud je prováděn alespoň 3 měsíce, v ideálním případě 1 rok, a je doplňován dalšími formami léčby, snižuje významně riziko relapsu a zlepšuje sociální chování (Falloon a Liberman, 1983, Hogarty, 1984, Liberman a Mueser, 1989 in: Birchwood a Tarrier, 1992).

2.5.6 Podporované vzdělávání

Vznik nemoci můžeme tedy velmi často zařadit do doby, kdy se mladý člověk intenzivně připravuje na budoucí profesní dráhu; tj. studuje střední školu, střední odborné učiliště nebo vysokou školu.

Řada klientů se díky onemocnění zpět ke studiu nevrátí, neboť nároky běžného studia není schopna bez specializované pomoci zvládnout. V době, kdy je zdravotní stav alespoň částečně stabilizován, začínají klienti uvažovat o své budoucnosti. Často se zapojují do programů v oblasti pracovní rehabilitace a

začínají hledat zaměstnání. Bohužel však hledání zaměstnání bývá značně svízelné, neboť celkové oslabení prodělanou nemocí, větší citlivost ke stresu, v některých případech také trvalé poškození v kombinaci s nulovou kvalifikací vedou k dlouhodobé nezaměstnanosti klienta. Určité procento mladých duševně nemocných je pak invalidizováno právě kvůli těmto sekundárním následkům onemocnění. Dlouhodobá nezaměstnanost, stagnace v oblasti rozvoje osobnosti mladého člověka hraje velkou roli v upevnění „depravierend“ situace (Modellprojekt, 1993) a mohou vést zpět k relapsu. Klient se pak znovu dostává do péče zdravotních a sociálních institucí. Pohyb po této spirále pak často vede k prohlubování psychosociálního handicapu a trvalé závislosti klienta na službách. Studie Winga (1982, in Modellprojekt, 1993) na problematiku životní situace mladých lidí se schizofrenním onemocněním zjistila, že jejich situace je charakterizovaná absencí nějakého vzdělání, minimálními pracovními zkušenostmi, vícero sociálními potížemi a především menším počtem sociálních dovedností než jaké mají jejich vrstevníci.

Přitom právě ukončené vzdělání se ukázalo ve výzkumech rehabilitace být jedním z centrálních faktorů dobré prognózy (Ciompi, 1979, in Modellprojekt, 1993).

Podporované vzdělávání „ zahrnuje poskytování trvalé podpory a asistence lidem s psychiatrickými postiženími tak, aby mohli využívat výhody dovedností, vzdělání, kariéry a osobnostního rozvoje.“ (Psychiatrická rehabilitace, 2005, s. 74).

Výukové materiály Psychiatrické rehabilitace (2005) uvádí základní principy podporovaného vzdělávání. Mezi nejdůležitější patří posílení vzdělávacích kompetencí (studijní dovednosti, docházka, plánování, self-management), příležitost k identifikování skutečností, které ovlivňují výběr povolání, podpora ve zvládnutí vzdělávacího prostředí a napojení na přirozenou podpůrnou síť a podpora vrstevníků ze skupiny, která navštěvuje stejný rehabilitační program.

EMPIRICKÁ ČÁST

V empirické části nejdříve popíšeme program psychosociální rehabilitace – Program Student – abychom blíže představili konkrétní program, který jsme zkoumali. Poté popíšeme samotný výzkumný plán a následně výsledky, ke kterým jsme dospěli.

3 PROGRAM STUDENT

3.1 Průběh vlastního programu Student

Vyučování – skupinová práce s edukačním pracovníkem

Po tři měsíce dochází klienti do zařízení na pravidelné vyučování. Vyučování probíhá tři hodiny každý všední den. Skládá se z 5ti tématických bloků:

- trénink kognitivních funkcí (paměť, pozornost, řídicí funkce)
- trénink sociálních dovedností
- trénink studijních dovedností
- zvyšování odolnosti vůči školnímu stresu
- celým vyučováním prolínají relaxační a aktivizační cvičení

Tyto klíčové oblasti jsou v programu vzájemně propojeny.

V rámci programu jsou využívány jednak nejrůznější psychologické testy, pedagogické příručky, jiné odborné a populárně-naučné knihy běžně dostupné na trhu, interaktivní počítačové hry a programy, CD-ROM a Internet. Klienti mohou získané dovednosti ihned aplikovat na předměty, týkající se jejich studia. Součástí programu je i praktické vyučování mimo místnosti sdružení (výuka v knihovně, na přednášce, docházka na vybraný vyučovací předmět na „spřátelenou“ střední školu). Tuto část programu zajišťují edukační pracovníci.

Modul trénink kognitivních funkcí

Cílem je kognitivní rozhybání se, sebereflexe silných a slabých stránek svého kognitivního profilu, zlepšování pozornosti, paměti a exekutivních funkcí, využívání paměťových strategií a rozvoj sebeřídících funkcí v průběhu učení se.

Modul sociálních dovedností

Nácvik komunikačních a sociálních dovedností užitečných pro život a návrat ke studiu - verbální a neverbální komunikace (práce s videem), sebezprezentace, sebereflexe, posilování sebehodnocení – schopnost ocenit sám sebe, schopnost ocenit druhé, asertivita, mluvení o nemoci.

Modul školní stresy

Ten má tři části:

specifické stresové situace - různé typy testů, matematické a logické úlohy, diktáty, samostatné práce – referát, slohový úkol(esej)

prevence stresů - teoretické informace o tématu stresové reakce, poznání svých vlastních spouštěčů a reakcí, „Mapa mého stresu“.

relaxační a koncentrační cvičení – nácvik, vlastní použití

Modul studijních dovedností

Hledání informací a orientace v nich, práce s textem, rychlé vyhledávání a zapamatování si informací, způsoby zaznamenávání poznámek při přednášce, způsoby jak opakovat učivo, samostatná tvorba

3.2 Patronství

Po tři měsíce trvání programu a potom ještě po 6 měsících následujících probíhá individuální setkávání klienta a pracovníka. Pracuje se na individuálních cílech klienta v programu Student i v reálné studijní situaci. Pracuje se s rehabilitačním plánem a dohodou o spolupráci.

Kromě „vyučovacích“ hodin mohou klienti společně s patronem (klíčový pracovník klienta v programu Student) individuálně řešit návrat ke studiu, které

přerušili či opustili. Patron může být prostředníkem při vyjednávání s jednotlivými školami. Může pomoci klientovi vyjednat podmínky návratu do školy, individuální studijní plán apod. Do procesu vyjednávání je v indikovaných případech (např. u velmi mladých klientů, v případě komplikované rodinné situace) zapojena také rodina. Klientům, u nichž bude návrat do původní školy nemožný, je společně s patronem hledána jiná vzdělávací alternativa. Obdobně bude postupováno také u klientů, kteří se sice do školy vrátit mohou, ale daná škola je pro ně z nějakého důvodu nevhodná. Toto setkávání s patronem trvá o půl roku déle než docházkový program, celkem tedy 9 měsíců.

Kritéria pro přijetí do programu Student:

Klient musí pro přijetí do programu Student splňovat následující kritéria:

- jedná se o osobu s diagnostikovaným psychotickým onemocněním (počáteční fáze)
- je ve stabilizovaném zdravotním stavu, nikoliv v akutní fázi psychotického onemocnění
- má zodpovědný přístup k léčbě, spolupracuje se svým lékařem (např. užívá pravidelně léky, dochází na pravidelné kontroly, účastní se indikovaných terapeutických programů apod.)
- je motivovaný k práci na sobě a spolupracuje na zlepšení své celkové zdravotní a sociální situace; je motivovaný k tréninku a dosahování vytčených rehabilitačních cílů
- je motivovaný k návratu ke studiu
- má předpoklad pro návrat ke studiu střední školy, středního odborného učiliště, vyšší odborné školy či vysoké školy
- je schopen docházet 5x týdně do programu
- ošetřující lékař službu indikuje

3.3 Vstupní psychologické testování

Před zahájením programu jsou klienti podrobeni psychologickým vyšetřením pro tyto účely speciálně sestavenou baterií psychologických testů, kterou vytvořily psycholožky programu.

Přehled používaných testů:

Název testu	účel
Bentonův vizuální retenční test	Zraková percepce, vizuální paměť, vizuálně-konstrukční dovednosti
D2 Test pozornosti	Pozornost
I-S-T 2000	Inteligence, struktura inteligence
Opakování čísel	pracovní paměť
Rey-Osterriethova figura	Vizuální paměť, grafomotorika, exekutivní funkce
Strategie zvládnání stresu SVF 78	Strategie zvládnání stresu
Stroopův test	pozornost
Tenazo	Pozornost, zrakové vnímání
Test koncentrace pozornosti	pozornost
Trail making test	Exekutivní funkce
Tváře I., II.	Krátkodobá a dlouhodobá vizuální paměť
Vídeňský maticový test	zjišťování neverbální inteligence

4 VÝZKUM

Vzhledem k naprosté neprozkoumanosti oblasti, která nás zajímá, jsme zvolili kvalitativní plán výzkumu a to výzkum orientační, také nazývaný mapující. „...zaměření tohoto typu projektu je hlavně deskriptivní, cílené na zorientování, porozumění danému problému“ (Ferjenčík, 2000). Mapující výzkumný projekt proniká do podstaty studovaného systému (Miklík, 1986). Sonda může být realizována vypracováním série otázek, které potom v písemné či ústní podobě předložíme vybranému vzorku osob (Ferjenčík, 2000).

4.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu bylo zjistit, zda samotní klienti vnímají docházení do Programu Student jako přínosné či nikoliv, a pokud ano, tak v čem. Vedl nás k tomu fakt, že i když program má za sebou již několikátý běh, jedinou zpětnou vazbou bylo objektivní zlepšení klientů v retestech na závěr programu a jejich hodnocení náplně jednotlivých modulů, z čehož sice lze částečně vyvozovat, zda a co se jim jevílo jako přínosné, ale je zde velký prostor pro mylné interpretace a zároveň nezachycení mnoha jiných oblastí než je samotná výuka.

V našem výzkumu nemapujeme jejich objektivní změny – ty jsou mapovány v rámci projektu psychologickým testováním.

Program byl dříve vyhodnocován dotazníkovou metodou, která byla především zaměřená na hodnocení struktury programu a jednotlivých cvičení. Z našeho pohledu ale tyto dotazníky přinesly pouze odpovědi typu která cvičení či metody byla pro klienty přínosná či zajímavá, respektive nepřínosná. Svou strukturou a otázkami už ale sám dotazník určoval, které části programu má klient vnímat a hodnotit.

Výsledky našeho zkoumání slouží pro vícero účelům, jednak jako podklad pro podrobnější evaluaci programu, dále jako zpětná vazba lektorkám, které se jim moc nedostává v tomto druhu práce, čímž může sloužit jako prevence syndromu burn-out či naopak jako podnět pro hloubkové zjišťování, co je potřeba v programu změnit či doplnit, aby byl pro klienty opravdu přínosem.

Záměrně jsme nedefinovali proměnné, které by se zkoumaly, protože jsme nechtěli omezit oblasti, o kterých by respondenti vypovídali, ale chtěli jsme naopak zjistit, o kterých tématech budou oni sami spontánně vypovídat.

4.2 Popis vzorku

Do programu Student nastoupilo 11 klientů, všichni splňovali kritéria klienta programu Student. Celý program absolvovalo 9 klientů a všichni tito se účastnili výzkumu.

Důvody odchodu 2 klientů byly: zhoršení zdravotního stavu a následná hospitalizace, nedosahování požadavků programu a z toho plynoucí potřeba méně náročného rehabilitačního programu.

Věk klientů:

klienti ve věku 16 - 18let

5 klientů ve věku 18 - 21 let

1 klient ve věku 24 let

7 klientů bylo během půlroku, který předcházel programu Student, hospitalizováno. Všichni klienti přišli do služby velmi brzy, buď rovnou ze stacionáře, který následoval po hospitalizaci, nebo byli doma maximálně 1 rok.

Čerpání sociálních služeb

Velká část klientů má zkušenost se službami:

Skupinová psychoterapie (psychoedukace) (5 klientů)

Individuální psychoterapie (3 klienti)

Situace v oblasti vzdělání na začátku programu vypadala následovně

Dokončené vzdělání:	5 x ZŠ, 4 x gymnázium
Nedokončené vzdělání (v souvislosti s nemocí)	1x nematuritní vyučební obor, 5x střední škola n. gymnázium, 3x VS
Vzdělání - momentální situace:	7x přerušené studium, 1x IVP a souběh Studenta a studia, 1x přihláška na VS
Diagnóza:	5x schizofrenie, 2x akutní psychóza, 1x psychóza s náznakem schizofrenie, 1x deprese s psychotickými rysy

Počet hospitalizací v životě:	7 klientů hospitalizováno 1x 1 klient 2x 1 klient 0x
-------------------------------	--

Kdy naposledy byl/a klient/ka naposledy hospitalizován/a:	
do 1/2 roku před nástupem do programu Student	6
1/2 - 1 rok před nástupem	2
déle než před jedním rokem	0

Z 11 klientů nedokončili program 2.

5 HODNOCENÍ PROGRAMU STUDENT KLIENTY

5.1 Sběr dat

Vzhledem k tomu, že naším cílem bylo zjistit přínosnost programu z pohledu uživatele, požádali jsme absolventy programu poslední týden programu o jejich hodnocení programu a to psanou formou. Respondenti měli jednotné zadání i podmínky, na hodnocení programu byl vyhrazen jeden vyučovací den – 3 vyučovací hodiny, klienti o tom byli předem informováni. V den hodnocení se dostavili všichni klienti, kteří program aktuálně navštěvovali, tedy 9 respondentů. Na začátku jim bylo představeno zadání, poté měli jednu vyučovací hodinu na brainstorming, psaní asociací a poznámek. Další dvě hodiny měli na samotné psaní hodnocení. Jelikož jsme chtěli co nejméně ovlivnit hodnocení programu klienty, nestrukturovali jsme jejich hodnocení předem danými otázkami, které by se cíleně dotazovali na určité okruhy programu. Klientům byli položeny pouze dvě základní otázky:

1. Co mi program Student přinesl?

2. Co mi program Student nepřinesl a potřeboval/a bych to?

Na počátku proběhlo vyjasňování, zda klienti otázkám správně rozumí.

Tímto jsme získali 9 textů, které z pohledu uživatele hodnotí přínos programu Student a následně jsme provedli analýzu těchto textů.

5.2 Metody zpracování dat

Vytvářeli jsme kategoriální systém ad hoc z empirického materiálu (Hendl, 1997) metodou vytváření trsů, která slouží k seskupení a konceptualizaci výroků do skupin. Tyto skupiny (trsy) vznikají na základě vzájemného překryvu mezi identifikovanými jednotkami. Tak vznikají obecnější, induktivně zformované kategorie. Následně jsme provedli metodu zachycení vzorců (gestaltů), která spočívá ve vyhledávání určitých opakujících se vzorců. Výzkumník při analýze dat vytváří koherentní příběhy, jak daný jev probíhá (Miovský, 2006).

5.3 Výsledky

Ve výpovědích klientů jsme našli několik základních oblastí, ke kterým se vyjadřovali.

Tyto oblasti jsou: celkové hodnocení programu, obecnější vliv programu na klientův život (sebehodnocení, změna zdravotního stavu, postoj ke škole, sociální vztahy), hodnocení jednotlivých modulů programu, nově naučené dovednosti ve vztahu ke škole.

Celkové vnímání programu

Klienti se shodli, že program Student vnímají jako důležitý krok mezi hospitalizací/stacionářem a návratem do školy. Program je pro ně mezistupněm mezi nemocí a s ní spojenou nemožností nějaké souvislejší aktivity a školou, kterou z pohledu nemoci vnímali jako příliš náročnou, jejíž požadavkům nejsou dostát. Program Student jim poskytl chráněné prostředí, které se ve své struktuře a obsahu blížilo škole, bylo vzdáleno léčebně či stacionáři a zároveň nebylo ohrožující jako je v tomu v případě reálné školy. V rámci tohoto mezistupně měli

možnost se postupně zaktivizovat, zároveň jim poskytoval zpětnou vazbu o jejich aktuálním stavu, ať už skrze úkoly, kontakty se spolužáky nebo lektorkami. (*„Už jsem si jakoby prošla školu tady, což bylo úplně jiný než ten stacionář. Mnohem víc se to podobalo studijnímu režimu. Ověřila jsem si, že to dokážu projít a ještě o přestávkách mluvit se spolužáky a mít si co říct, takže to byl takový mezistupeň do školy, nebyl takový skok jako být ve stacionáři a jít rovnou do školy.“*)

Obecnější vliv na klientův život

Pravidelný režim

Jako jeden z velkých přínosů a zároveň jednu z největších potíží vidí v pravidelném docházení někam, ať už jde o každodennost, nutnost dodržovat předem stanovené časy či ranní vstávání. Důležité to bylo jak z důvodu vnějšího požadavku, který je nutil vstát a někam dojít, čímž překonali únavu pasivity, která jinak charakterizovala jejich dny a zároveň si mohli ověřit, že jsou schopni někam ráno docházet, i když s určitými výpadky, což mělo následně vliv na strach ze školy a pocit neschopnosti cokoliv dělat. (*„Donutit se ráno vstát a pravidelně někam docházet, ač se to může zdát pro student vysoké školy banalitou, nebylo to vždy lehké.“*)

Zároveň jim svou strukturou poskytl určitý řád v jejich životě, kde předtím spíše převládal chaos a zmatek. (*„Kdybych sem nechodil, neměl bych řád, byl bych hozen do chaosu, měl bych pořád volno, v kterém bych nic nedělal, vůbec bych se v tom neorientoval.“*)

Aktivita

Dalším důležitým momentem je, že jim program jak nabízel aktivitu, tak ji po nich vyžadoval. V kontextu jejich aktuální situace, kdy nejsou schopni vykonávat aktivity jako před nemocí, trpí ztrátou motivace, apatií a zároveň mají na danou situaci náhled a touží se opět vrátit k životnímu stylu, který měli dřív, je funkční program, který zohledňuje jejich aktuální zdravotní stav a možnosti, ale

zároveň je stimuluje k duševní i fyzické aktivitě, aniž by byl zaměřený na hodnocení či výkon.

Program

Každodenní docházení do Studenta a připravené aktivity, které jim nabízel mimo jiné měli funkci připraveného programu, který částečně vyplňoval jejich dny. V mnoha případech to byl jediný program, který během dne měli, protože z výše zmíněných důvodů nebyli schopni si sami čas efektivně vyplnit. („*Než jsem chodil na Studenta tak jsem byl doma, většinu dne jsem prospal, koukal na televizi, z tohoto hlediska byl pro mě Student byl taková kotva, něco na co jsem se mohl upnout a co mělo aspoň nějaký smysl.*“)

Zdravotní stav

V této kategorii lze pozorovat dvě základní podkategorie a to jednak změna zdravotního stavu a jednak změna postoje k zdravotnímu stavu.

I když na konci programu Student ještě u mnohých přetrvávají v různé míře reziduální symptomy, přesto během trvání programu u sebe zaznamenali změny. Je samozřejmě nemožné říci, že to bylo pouze v důsledku docházení do programu, přesto sami klienti referují, že se díky jeho podobnosti škole a aktivitám, které simulují reálný život, vrátili více do reálu, „normálu“. („*Můj celkový stav se změnil, už se necítím tak nemocná. když jsem byla doma, tak jsem se cítila v nemoci. Ale tím, že jsem se zapojila do Studenta, tak mi to pomohlo, bylo to něco jako léčba.*“)

Pro mnohé to byl pro jejich sebepojetí mnohem přijatelnější druh léčby než například stacionář, kde jsou aktivity zaměřeny mnohem více terapeuticky (a tím opět připomínají nemoc) a zároveň tam jsou společné s chroničtějšími klienty, což právem mnohé děsí.

Podpurným momentem byla také možnost mít objektivní zhodnocení jejich kognitivních funkcí díky testování („*díky výsledkům z testů vím jak na tom jsem, vím, že na mám na to školu zvládnout.*“), jejich pravidelný trénink a zpětná

vazba tréninku, která jim umožňovala vidět jejich pokroky. („*Především to bylo ověření a zlepšení mých paměťových schopností, o kterých jsem po atace psychotického onemocnění začal pochybovat.*“)

Postoj k nemoci

Ve výpovědích lze sledovat určité přijmutí nemoci a jejich limitů a zároveň aktivnější přístup k těmto limitům a jejich překračování.

Vliv na osobnost klienta

Klienti referují o zvýšení sebedůvěry, více si věří díky programu Student. Tato změna plyne jak ze zažitých úspěchů z řešení úkolů (v rámci kognitivního tréninku, studijních dovedností), splnění povinností (referáty, eseje) či při řešení různých mezilidských situací ať už v rámci sociálních dovedností nebo reálných situací, které sebou každodenní setkávání nese. („*Dokázala jsem si, že mám na to, být znova ve škole, protože já jsem si po nemoci přestala věřit. Prášky jsem byla úplně omámená. Vůbec jsem si nevěřila, že mám nějakou paměť a že dokážu něco napsat dobře.*“)

„Životní aktivita“

Druhou oblastí, která souvisí s předchozí je zvýšení nastartování k aktivnímu přístupu k životu, kterou klienti definují jako opětovné získání chuti do života, schopnosti dosahovat cílů, schopnosti se opět prosadit v životě. ?? („*Zbavil jsem se neschopnosti cokoliv dosahovat, neschopnosti jakýchkoliv činností, z 50ti % díky antidepresivám , zbytek udělal Student a čas.*“)

Sociální vztahy

Tato kategorie zaznívala v hodnocení velmi výrazně. A to v dvou podobách, jednak klienti, kteří byli schopni si i navzdory nemoci uchovat přátele a kamarády, referují o důležitosti získání nových vztahů s lidmi, kteří mají

podobnou životní zkušenost. Tyto vztahy jim skýtají prostor pro sdílení těžkých situací, podporu a porozumění, které u ostatních nenacházeli.

Druhá skupina se vyznačuje skoro absolutní ztrátou kontaktů s vrstevníky v důsledku nemoci a jejich symptomů. Tito klienti sice ani ve Studentovi nenavázali zásadní hluboké vztahy, přesto byl pro ně Student důležitý z hlediska sociálních kontaktů, jelikož to byl jejich jediný kontakt vyjma rodičů nebo jiných osob, s kterými sdíleli domácnost. (*„Po odeznění psychické nemoci jsem se navíc evidentně stáhl do sebe a značně omezil své kontakty s okolím. Po celé trvání programu Student tak chvíle strávené v něm byly pro mne hlavním stykem s lidmi.“*)

Postoj k učení a ke škole

Výrazně zaznívala změna postoje ke škole a to jak postoj vůči autoritám, učitelům, tak vůči samotnému procesu učení a zvládnání požadavků školy. Zde často vypovídají, že díky lektorskému přístupu a možnosti poznat jiný styl předávání poznatků vnímají školu a autority jinak, myslí si, že si ze školy dokáží vytvořit příjemné prostředí, navázat s učiteli více partnerský vztah a více ho žádat o pomoc v problematické situaci. Druhým důležitým momentem je aktivnější přístup k učení a k problémům s ním spojených, klienti se naučili, že se i jejich problémy dají řešit, jen je potřeba být v něm aktivní a přibližně vědět jak dál postupovat, Právě plánování, krokování a praktické rady získali ve Studentovi.

Dalším efektem, který Student přinesl ve vztahu ke škole je ztráta strachu z ní, což je důsledkem mnoha okolností, především zažitím úspěchů ve Studentovi, ověřením si a zlepšením určitých schopností a dovedností vztahujících se ke škole. (*„Spadl ze mě, ten balvan co jsem měla už od října, že se nedokážu nic naučit, tak úplně spadl, začala jsem si věřit.“*)

Hodnocení jednotlivých modulů programu Student

Trénink kognitivních funkcí

V tomto modulu hodnotí jako nejpřínosnější ověření si a zlepšení paměti a pozornosti, naučení se využívání různých typů paměťových strategií. Ověření těchto funkcí získali jak samotným tréninkem, tak vstupním a výstupním testováním, jehož výsledky jsou klientovi vždy sděleny.

Studijní dovednosti

V tomto modulu nejvíce zaznívala práce s informacemi a plánování. Referují, že se díky znalostem studijních dovedností lépe učí, neztrácí se v nepřehledném množství informací a neunikají. Metody a materiály, které zde získali, využijí ve škole. („Vím, že když se budu topit ve škole v problémech, najdu si v portfoliu ze Studenta techniky, jak se učit, abych to zvládnul.“)

Sociální dovednosti

Zde nejvíce referovali o přínosu teorie komunikace a její nácviku, veřejného přednesu (prezentace přednášek na natáčených na video a jejich následný rozbor), sebe prezentace, zlepšili se ve schopnosti se vyjadřovat, asertivita, , mluvení o nemoci (hledání pro sebe nejpříjemnějších strategií jak o své nemoci mluvit (pokud vůbec) v novém kolektivu.

Práce se stresem

Poznání sama sebe ve vztahu ke stresu (mapa stresu), strategie zvládání stresu, relaxační techniky, kde se ozývalo volání po více technikách a většímu zastoupení jejich cvičení ve Studentovi.

Školní stresy

Tento modul se nejvíce se blíží reálné škole, což klienti hodnotí velice kladně. Zvládání úkolů podobných školním jim přinášelo nejvíce sebejistoty a klidu ve vztahu ke škole.

Oceňovali nutnost přípravy přednesu referátů, psaní esejů, dokonce i diktátů a testů, z určité, předem probírané látky.

Kritika programu Student

Zásadnější výhrady k programu Student se týkaly pouze náplně vyučovacích hodin a v podstatě přišla pouze od klientů, kteří před nemocí studovali náročnou Vysokou školu (Matematicko-fyzikální fakulta, ČVUT, VŠE). Vyjadřovali nespokojenost s příliš nízkou náročností úloh, malou konkrétnost, vnímali jako hru ne jako reálnou přípravu pro jejich typ studia. Přesto ji program přinesl výše zmíněné efekty na jejich život, nedostali ale něco typu doučování a v intelektuální rovině se necítily být vždy v hodině vytížení. Přesto sami vypověděli, že by jsou rádi, že do programu nastoupili, že by okamžitý návrat do školy nezvládli.

Od ostatních klientů se moc k otázce co jim program Student nepřinesl v podstatě nevyjadřovali, občas zmínili nějaké jednotlivosti a každý klient něco jiného, typu „moc procvičování paměti“, „málo tréninku logického myšlení“, „moc asertivních práv“.

6 PATRONSTVÍ

Patronská práce v programu Student se vyvíjela postupně, reagujíc tak na potřeby klientů, jenž není možné řešit ani naplnit během vyučování.

Tyto potřeby se týkají zejména studijní situace klienta, jeho studijních cílů. Tato oblast je samozřejmě provázána a podmíněna mnoha jinými oblastmi klientova života i jeho osobnosti. Smyslem patronské práce v rehabilitačním procesu je tyto oblasti společně klientem zmapovat, zjistit, které podmiňují školní úspěch a v jakém směru. Z tohoto mapování se vyjevují různé překážky či naopak podpůrné elementy. Cílem patronské práce je pak vytvořit takový plán aktivit, které vedou k vymizení či aspoň zmírnění překážek a posílení podpůrných vztahů, vazeb, postojů a aktivit. Patron poté by měl fungovat jako průvodce mapováním, rozhodováním, plánováním a naplňováním cílů klientem.

Jako zásadní se z hlediska úspěchu ukázalo rovněž období přestupu klienta z chráněného vzdělávání do školy a několik prvních měsíců po tomto přestupu. Klienti, kteří v průběhu Studenta začali zvládat denní režim, pravidelnou a včasnou docházku i plnění úkolů, začali vypadávat ze školy. Nezvládali chodit na vyučování pravidelně a včas, plnit úkoly a nároky se školou spojené. Z toho pramenili stavy úzkosti, pocitu neschopnosti nárokům dostát a v důsledku toho z této situace unikali. Únik byl charakterizovaný popřením důležitosti školy, ztrátou motivace, únavovými stavy. Tady se ukázala důležitost dlouhodobější podpory a doprovázení, jelikož i když je škola objektivně náročnější než program Student nejeví se jako objektivní neschopnost klientů jejím nárokům dostát.

Po zahájení programu dostává každý klient svého klíčového pracovníka, takzvaného patrona, kterým je jeden z lektorů. Tato část práce klade na lektora velké nároky, jelikož patronská práce je nejintenzivnější co do hloubky i šíře klientovi situace. A právě zde je nutné aby lektor hlídal hranice mezi procesem rehabilitačním a poradenským a mezi procesem terapeutickým.

Cílem patronské práce je zkompetentňování klienta dosahovat jeho vlastních cílů (rozhodování, dosahování) ve studijní oblasti (studium, krátkodobé kurzy, rekvalifikace).

Zásady, které musí lektor dodržovat při své práci je především individuální přístup a zkompetentňování klienta, důraz na samostatnost klienta, možnost jeho volby. Je to způsob práce nárokový kreativitu, invenčnost patrona, jeho dovednosti ptát se, schopnosti reflexe a v neposlední řadě jeho zkušenosti. Sem spadá samozřejmě povinnost lektora pravidelné supervize, jenž má-li být funkční a smysluplná, vyžaduje po lektorovi schopnost jak objektivního popisu situace a své práce s klientem, tak schopnost vhledu a popisu do subjektivních pocitů a motivací, které jsou aktivní ve spolupráci s konkrétním klientem.

Patron musí umět navázat vztah se svým klientem, vytvořit bezpečné a podporující prostředí. Vytvořit důvěru u klienta, bez které smysl a účelnost spolupráce jsou jen minimální. Patron musí zvládat pracovat s nástroji, které má k dispozici pro splnění účelu této služby. Jsou to především formuláře a otázky

mapující klientovy cíle a potřeby. Patron by měl s klientem řešit cíle a potřeby studijní nebo vztahující se ke studiu. Přesto musí zmapovat celkovou situaci klienta, jeho sociální zázemí, vztahy, podporující osoby či činnosti (hledání a posilování vnitřních i vnějších zdrojů klienta), stejně tak vztahy či činnosti omezující či přímo bránící naplňování klientových studijních plánů. Patron musí umět vyhodnotit, co se opravdu nějakým způsobem vztahuje ke studiu a co, pokud je to pro klienta problémem, jenž potřebuje řešit, musí klient řešit s jiným kompetentním pracovníkem (psychiatr, psycholog, case manager, sociální pracovník), případně klientovi zprostředkovat kontakt, pokud zatím nenavštěvuje příslušnou službu. Během procesu patronství musí patron opakovaně vyhodnocovat užitečnost patronské práce, monitorovat zda je proces cílesměrný a dávat klientovi zpětnou vazbu, jak vnímá jeho současnou situaci a její vývoj. Zde vstupuje do hry otázka direktivnosti nebo nedirektivnosti event. expertnosti či neexpertnosti. V zásadě je patronská právě v programu Student vedená nedirektivně, pracuje formou klientovy zakázky a využívá především systemický přístup vedení rozhovoru a řešení klientovy situace. Absolvování minimálně jednoho kurzu v systemickém vedení rozhovoru patří k samozřejmé součásti vzdělávání lektorů.

Fáze patronské práce:

1. předprogramová fáze – tato fáze se týká klientů, kteří se do programu Student přihlásí řádově o měsíce dříve než začne nový běh.

2. fáze v průběhu programu Student – 3 měsíce

3. školní fáze – přibližně půl roku, patronská práce končí první klasifikací klienta eventuálně ukončením prvního zkouškového období po návratu do školy

ad 2. fáze – během samotného programu Student

V této fázi má rehabilitační pracovník dva důležité úkoly. Prvním je navázat s klientem takový vztah, který oběma umožní pracovat na úkolech, které je očekávají. Druhým úkolem je kvalitní zmapování klientovy situace, tak aby

využil maximálně již stávající podpůrné faktory a zároveň klientovi pomohl odhalit postoje, chování, situace, které spíše brání dosahování studijního cíle.

Smyslem patronství v této fázi je mezi jiným i podpora klienta, aby dokázal program student využít a to především otázkami jak týden proběhl, co si třeba zapamatoval za studijních strategií apod..

Přehled okruhů, které je potřeba zmapovat a na základě toho poté vytvořit rehabilitační plán:

- Životopisné informace
- rodinné zázemí
- širší sociální síť
- školní historie (SŠ), co jim pomohlo, jak to zvládali, docházka...
- vzdělání, aktuální studijní situace
- zachycení psychiatr, psychoterapeut, dostatečné?
- osobní hodnoty
- síť, role a aktivity
- popis sociálního prostředí, sociální sítě – vztaženo na studium – např kdo z rodiny mu může s učením pomáhat...
- popis motivačních faktorů
- přání vycházející z klienta a přání vycházející z jeho sociálního prostředí
- vztahy a komunikace
- popis stylu komunikace a sociálního prostředí (vztaženo ke škole)
- komunikační, sociální, emocionální dovednosti, jeho slabiny a silné stránky
- komunikační strategie, které klient často používá

- přání související se vztahy, s komunikačními dovednostmi, jak chce klient, aby se s ním jednalo
- praktické dovednosti
- počítačová gramotnost
- schopnost učit se a styl učení
- dovednosti trávit volný čas
- psychosociální zranitelnost
- citlivost vůči stresu, strategie a dovednosti vedoucí ke zvládnutí stresu
- tělesná postižení, nemoci
- vedlejší účinky léků
- vzorec relapsu, varovné signály ve škole

Práce na programu

- jak se cítí ve skupině, co mohou udělat aby se cítili lépe, jejich aktivita
- denní režim – ranní vstávání, jak to zvládá, co mu pomáhá, mapování únavy
- sebehodnocení ve výuce

ad 3. (školní) fáze:

- stanovení aktuálních cílů – jaké mají ve škole cíle, čeho chtějí dosáhnout
- hledat zdroje v novém prostředí – škole
- začlenění do nového kolektivu – aktivní hledání cest zapojení se
- při potížích ve studiu – „připomenut“ naučenou dovednost – např. plánovat - aplikovat zkoušet na momentální situaci (dlouhodobě se probírají témata ze studenta – studijní, protistresové, sociální)
- postupné předávání patronské role klientovi – hlídat podpůrné zdroje v sobě, v sociálním okolí..

7 HODNOCENÍ PATRONSKÉ PRÁCE KLIENTY

Pro hodnocení přínosnosti patronské práce měli ten samý vzorek a použili jsme stejné metody zpracování dat jako pro hodnocení programu.

7.1 Sběr dat

V rámci hodnocení programu Student jsem provedla rozhovory na téma patronství s již zmiňovanou skupinou respondentů. Rozhovor byl strukturovaný, předem stanovené otázky měly za cíl zjistit, jak vnímají klienti patronství, v čem, pokud vůbec, cítí jeho přínosnost, respektive důležitost, jakou roli hrál patron v dosahování rehabilitačního plánu a jak by se eventuálně měla patronská práce změnit, aby byla efektivnější. Podle toho jsem také stanovila otázky, které odpovídají výše zmíněným tématům.

- K čemu podle Vás slouží patronství?
- Bylo patronství pro Vás nějak přínosné?
- Čím?
- Jak jste spokojen/a s procesem dosahování svých cílů?
- Jakou roli hrál v tomto dosahování patron?
- Popište svůj způsob práce na patronské schůzce
- Jak jste se způsob práce Vašeho patrona spokojený?
- Co by mohlo být jinak, aby to bylo užitečnější?
- Jak jste se způsobem své práce spokojený/á?
- Co by mohlo být jinak, aby to bylo užitečnější?
- Obrátíte se na patrona, když budete mít studijní problémy?
- Jak myslíte, že Vám může pomoci?

Rozhovory byly provedeny týden po skončení programu Student.

7.2 Výsledky

Proběhlo celkem 9 rozhovorů, z toho 1 klientka hodnotila patronství jako důležité a přínosné, nicméně při konkrétnějším dotazování nebyla schopná odpovědi. Vzhledem k tomu, že jsme s klientkou pracovali intenzivněji po 3 měsíce v programu Student, dovoluujeme si tvrdit, že je to spíše projev její osobnostního nastavení. Následující kategorie vychází ze zbylých osmi rozhovorů.

Podpora

Z rozhovorů vyplynulo, že klienti vnímají patrona především jako podpůrnou osobu, která je provází náročným obdobím krátce po ústupu nemoci. (*„Patronské schůzky bylo to, čeho jsem se v té době mohla chytit kdyby nastal problém, že je tu někdo, kdo mi pomůže, že nejsem ještě úplně OK a že si to můžu dovolit. To je pro mě důležité. Je to pro mě záchytný bod.“*)

Klienti vnímají patronství jako prostor pro sdílení věcí, ve kterých se cítí nejistí. Důležité je si vůbec uvědomit, že tyto nejistoty mají, připustit si je a „ventilovat“ je před patronem. To vnímají jako důležitý krok, nutný aby mohli přikročit ke kroku následujícímu, řešení.

Odlišnost se ale ukázala v tom, nakolik klienti tuto podporu aktivně využívají a především jak důležitě ji vnímají ve svém životě. Tato odlišnost přímo souvisí se stupněm zachycení klienta v jiných službách. Jako pravidlem se ukázalo, že klienti, kteří mají pouze ambulantního psychiatra a nevyužívají individuální psychoterapii, se postupem času začínají k patronovi mnohem více vztahovat než klienti, kteří svého terapeuta mají. Také témata, která na patronské schůzky přinášejí se liší. Klienti, kteří nemají svého terapeuta, vnáší mnohem osobnější a hlubší témata (problémy v rodině, s partnery či přáteli, depresivní a

úzkostné stavy), což je vzhledem k jejich situaci a možná i k věku naprosto pochopitelné. Klienti, jenž navštěvují svého terapeuta, akcentují mnohem více studijní oblast, patrona vnímají jako podpůrnou a poradenskou osobu ve vztahu ke studiu. I zde se vyskytují osobnější témata nebo témata ne primárně studijní (rodina, sociální vztahy), jsou vždy ale uváděná většinou v kontextu studia, výjimečně ve vztahu k nemoci. Právě odlišení patronského a terapeutického vztahu a citlivé vymezení hranic vůči klientovi je jedním z nejtěžších a nejriskantnějších úkolů patrona. více v závěru

Mapování, reflexe, zpětná vazba

Dalším důležitým momentem se ukázala patronská práce jako prostor pro sebereflexi klientů a pro reflexi situace, vývoje a změn. kázalo se, že až díky patronovi a jeho otázkám si klient poprvé reflektuje svou situaci, své pocity a postoje. Je nucen toto patronovi popsat, čímž častokrát poprvé dává nějak žitým věcem tvar skrze slova („pomohlo mi to utřídit myšlenky“). Skrze to získávají pocit, že se jim život více zpřehlednil, strukturoval, někteří udávají, že díky tomu získali i nadhled nad svojí situací a nemocí. („pomáhá člověku získat nadhled v té situaci, ve které se nachází“). Cílené dotazování patrona na stav cílů, které chce klient dosáhnout, poskytovalo klientům uvědomování si vývoje a změny v jejich situaci. („já jsem jí tím mohla odpovědět, jestli se něco v mém životě změnilo nebo ne, protože kdybych ji tohle neřekla, myslela bych si, že je všechno při starém“).

Často zmiňovanou funkcí patrona bylo poskytování zpětné vazby. Patron, který sděloval klientovi jak vnímá jeho vývoj, posuny ať už v rámci jejich práce či v rámci programu Student, se ukazuje jako pro klienty velmi důležitý a to po stránce emoční i motivační.

Plánování

Patronství je vnímané i jako práce na vytváření plánů a dosahování cílů. („Zlepšení se v plánování, rozvrhování času. Myslím víc dopředu, víc si věřím.

Když potřebuju něco zvládnout tak už trochu vím, jak se na to připravit, teď myslím školu i jiný oblasti vlastně. Umím si stanovit dílčí kroky.“)

Motivace

S plánováním souvisí další oblast a tou je motivace, zdá se, že skrze uvědomění si svých plánů, toho co opravdu klient chce, dochází k větší motivovanosti k aktivitám různého druhu. (*„najítí vnitřní motivace, proč se budu snažit postoupit dál v něčem, jako například v budování vztahů doma, příprava na školu, učení se předmětům, který mi nejdou, organizovat si čas“*)

Informace, rady

Patrona vnímají také jako poskytovatele informací. Vzhledem k tomu, že se v programu pracuje s lidmi v raných fázích onemocnění, zpravidla jsou klienti po první zkušenosti s nemocí, vnímají patrona jako odborníka, který jim může zprostředkovat informace z oblasti nemoci, jejich projevů, následků a především o procesu zotavování se.

Role patrona v naplňování rehabilitačního plánu

Tato otázka se do jisté míry kryje s otázkou po přínosnosti patronství, přesto jsme se snažili odkrýt jaké aktivity, postoje patrona přispívají respektive nepřispívají k naplňování plánu.

Zde vystupovaly do popředí především dva typy odpovědí, jeden typ se týkal plánování, fázování postupných cílů a stanovování priorit, ke kterým patron klienta postupně vedl (*„vytvořili jsme takový plán, patří tam třeba, že bych chtěl odmaturovat, dostat se na vysokou školu, , že bych si chtěl udržet dobrý vztahy v rodině a s kamarádama, že bych si chtěl spravit postavu. Patronka mi pomohla dát tomu priority a určit si, do jakýho časovýho období to zvládnout. Taky mi pomohla dost v plánování, zase jsem se k tomu vrátil, protože po nemoci jsem úplně přestal plánovat, přemýšlet dopředu“*) (*„Věděl jsem že chci odmaturovat a dostat se na vysokou školu, ale neměl jsem žádné ty menší cíle, ty kroky, který k tomu povedou. Tyto kroky jsme rozpracovali s patronkou. Teď už to budu umět i*

*sám, až to budu potřebovat.“) a sledování dosahování cílů, kde patron fungoval jako ten kdo cíle připomíná a sleduje jejich naplňování („*taky mi pomohlo, že patronka po mě chtěla, abych si plánovala. Já jsem to opravdu začala dělat, vytvořila jsem si takovou mřížku, kde je „dopoledne“, odpoledne“, „večer“ a už to dělám asi měsíc, a moc mi to pomáhá, protože když si tam něco napíšu, tak to potom opravdu udělám. Dřív jsem nemohla třeba ráno vstát, ale teď tam třeba mám v „9 hod schůzka“ a jdu tam.“)* a zároveň i jako motiv jejich naplňování, což vnímáme jako jednu z nejspornějších otázek patronské práce („*Patronské schůzky pro mě byly i motivem, úkoly do příště splnit, chtěla jsem, aby patronka věřila, že to dokážu, zvládnou.“)**

Druhý typ odpovědi se vztahoval k již zmiňované příležitosti věci pojmenovat, mluvit o nich, utřídit si je. Zde oceňovali u patrona trefné kladení otázek, naslouchání a vedení k reflexi probíraných situací.

Proces naplňování rehabilitačního cíle

V rámci této otázky klienti spíše referovali o změnách, které prodělali během tří měsíců, kdy navštěvovali program Student a měli intenzivní patronskou práci. Tyto změny se týkají aktivity, řešení problémů, komunikace a sebehodnocení.

Sebehodnocení

Více jak polovina uvádí jako nejdůležitější změnu, kterou u sebe vnímá, větší sebedůvěru a větší spokojenost sama se sebou. Toto souvisí s dalšími změnami, kterých dosáhli a to jak v oblasti sociální, kde referují větší schopnost komunikovat, menší strach z komunikace, větší zájem se o druhé.

V tomto bodě je těžké určit jaký podíl nese patronská práce, sami klienti referují, že ho vnímají především v možnosti své potíže a nejistoty sdílet, v nehodnotícím přijmutí patronem a v informacích o typických projevech nemoci v uzdravovací fázi. („*Pomohlo mi, že když jsem měla hodně velký problémy, tak*

jsem to tady mohla ventilovat, dostala jsem taky ujištění, že je to normální, pro člověka s touhle nemocí, že má takový problémy. Potvrzení, že je to v pořádku.“)

Aktivita

Co se týče aktivity, zde se objevili dva obecnější vzorce. Prvním je klient, který byl před vypuknutím nemocí velice aktivní, po nemoci po sobě vyžaduje stejné výkony jako před nemocí a je velice frustrován a nespokojen sám se sebou, protože se mu to především z důvodů kognitivních deficitů a velké únavy nedaří. Tito referují, že se naučili tyto limity přijímat, nevyžadovat po sobě aktuální situaci nepřiměřené výkony. Dovedou si více uvědomovat svoje reakce na stres. (*„Dřív jsem byla hrozně aktivní, dělala jsem 3 brigády, dobrovolnictví, školu, teď už toho tolik nechci. Dřív jsem si myslela, že ty hranice mám, ale ukázalo se, že jsem je vůbec neměla. A díky tý nemoci jsem na to přišla. Paradox. Teď už toho po sobě chci míň, což si myslím je pro mě dobrý. Jsem se sebou spokojenější.“*)

Druhým obecnějším vzorcem jsou klienti, kteří po odeznění psychotické ataky trpí ztrátou motivace, silnými únavovými stavy případně postpsychotickou depresí. Zde se výpovědi dost různí. Část klientů necítí zásadní změnu v jejich aktivitě, s patronem se sice této tématice věnovali, hledali společně aktivizační a podpůrné momenty a strategie v životě klienta, což klienti sice hodnotí kladně, přesto necítí velký efekt. Také se shodují v pochybách zda jim v této problematice může opravdu patron pomoci. (*„nevím jak by mi s tím mohla pomoci, nakonec je to přece jenom na mě“*). Celkově se jeví, že otázka aktivizace a práce s únavou je jedním z největších problémů klientů se schizofrenním onemocněním,

Druhá část naopak popisuje jak jim pomohlo si zmapovat únavu, míru své aktivity a společně s patronem hledat takové způsoby a činnosti, které klienta povedou k větší míře aktivity. Nápomocné se ukazuje stanovit si spíše menší a dosažitelné cíle, postupovat spíše menšími kroky kupředu (např. jedna sportovní nebo kulturní aktivita za týden), než si předem vytyčit sice hezky vypadající cíl, avšak vzhledem k dané aktuální situaci nedosažitelný a tím pádem frustrující. Příliš náročné cíle vyvolávají spíše únikovou reakci a končí klientovou apatií.

Klientova práce během patronských schůzek

I když byli klienti schopni popsat svůj způsob práce na patronských schůzkách (vnášení témat, problémů, hledání slov, kterými by pojmenovali, co se děje, snaha o reflexi, hledání řešení), přesto jenom jeden byl se svým způsobem práce spokojený. Ostatní vyjadřovali nespokojenost, především v míře jejich aktivity. („Vždycky si říkám, že by to mohlo být lepší, že bych si z těchto situací mohl víc odnášet. A pak, když na to přijde, tak zase upadám do takové letargie.“, „Měl bych víc přemýšlet o těch věcech, jak by mi mohl patron pomoci.“)

8 DISKUSE

Je nutno zdůraznit, že naše závěr plynou z relativně malého množství textů respektive rozhovorů a je otázkou zda můžou být globalizovány například v obecnější tvrzení ohledně procesu provázení během uzdravování z psychické nemoci, přesto lze pozorovat určité společné rysy, které se mohou by mohli být orientačními body pro odborníky pracující s klienty v podobném kontextu. Přesto je to celá populace, protože výzkumu se účastnili všichni klienti, kteří ho absolvovali. Vzhledem k tomu, že se program v každém běhu mění a upravuje co se týče náplně a těžiště a přístupu práce vzhledem ke složení skupiny a jejím potřebám.

Občas bylo těžké najít, kde vede hranice mezi jednotlivými kategoriemi odpovědí. Uvědomujeme si, že se některé prolínají, přesto jsme se rozhodli pro toto dělení ve prospěch přehlednosti a uchopitelnosti všech aspektů.

Důležité je také upozornit, že rozhovory probíhaly ne s nezaangažovaným výzkumníkem, ale s jedním z patronů, což mohlo ovlivnit jak nastavení a odpovědi klientů, tak náš interpretační rámec. Zároveň to bylo ulehčením a přínosem, tím, že jsme nemuseli pronikat do úplně neznámého prostředí, získávat si důvěru a z ní plynoucí otevřenost a ochotu klient sdělovat své názory a zkušenosti, které byly zčásti velice intimní.

9 ZÁVĚR

Vycházejíce z cílů výzkumu můžeme říci, že se nám podařilo zmapovat, že je program Student pro klienty přínosný a zároveň identifikovat konkrétní oblasti přínosnosti. Ukázala se důležitost chráněného prostředí, které umožňuje plynulejší, méně náročný přechod od nemoci k návratu do reálného života, program Student je vnímán podpůrně a aktivizačně, což je kombinace která vede k vyšší kompetentnosti klienta v dosahování jeho studijních cílů. Celkově slouží klientům pro aktivizaci, většímu sebeuvědomění, ke změně sebepojetí. Program Student slouží jako čas a prostor pro zvládnání reziduálních symptomů. Z výše uvedeného plyne důležitost přijít relativně krátce po hospitalizaci.

Tuto analýzu vnímáme především jako analýzu jedné fáze programu Student, bylo by velmi přínosné a důležité provést podobné rozhovory i na konci patronské spolupráce, aby bylo možno získat celkovější pohled na rehabilitační proces a zároveň získat data o dlouhodobější efektivnosti patronské práce, stejně tak provést důkladnější výzkum úspěšnosti klientů ve škole, protože jen tak můžeme zjistit, proč klienti eventuálně ve škole selhávají a zda to nějak souvisí s programem Student, zda něco důležitého pro úspěšnost této cílové skupiny ve škole neobsahuje.

Bylo by nutné provést následný výzkum po určitém období, které klienti strávili ve škole, který by se cíleně dotazoval na to, co jim dělalo potíže a co by potřebovali, aby program Student obsahoval, aby je lépe připravil na školní situaci.

Patronství v programové fázi spíše ovlivňuje sebepojetí, nastavení vůči škole a úkolům, uvědomování postojů, vyrovnávání se s nemocí než samotné studium, zvládnání nároků a odbourávání strachu. Řešení konkrétních studijních či vztahových problémů přichází až ve školní fázi procesu. Bez navázání vztahu, důvěry a postupné změny v přístupu k nemoci a problémům obecně v programové fázi by to bylo ale skoro nemožné.

Důležitým momentem se ukázala tématika psychoterapeutického vztahu. Přejde nám naprosto pochopitelné, že mladí lidé mají většinou po první psychiatrické zkušenosti velkou potřebu tuto těžkou a pro ně i hrůznou zkušenost pochopit a zpracovat, zapracovat do svého životního příběhu. Sdělují velkou potřebu toto učinit s někým, koho oni vnímají jako odborníka, kompetentního a zároveň podpůrného. Překvapuje nás, že nabídka minimálně podpůrné psychoterapie není u nás samozřejmostí, naopak jsou klienti od ní někdy zrazováni.

Hodnotíme-li výpovědi ze zorného úhlu hlavního cíle patronské práce v programu Student, kterým je zkompetetňování klienta v procesu rozhodování a dosahování cíle v oblasti studia, vidíme naplňování tohoto cíle jako úspěšné a to z následujících důvodů:

Patronská práce vede klienty k orientaci v jejich životní situaci, která se velmi zkomplikovala jejich onemocněním. Klienti se učí sebereflexi, mapování a porozumění svým potřebám, touhám a přáním a zároveň schopnosti hodnotit svoji situaci a možnosti více objektivně. Z toho plyne schopnost stanovit si reálné cíle, určit priority a zároveň si vytvořit plán a strategie jejich dosahování. Patron se jeví být na počátku patronské spolupráce oporou a především průvodcem, počáteční fáze je charakterizovaná především navazováním vztahu a učením se klienta, postupně více směřuje k většímu a většímu osamostatňování klienta, které je ale možné jen s výše uvedenými naučenými schopnostmi. Tento trend je nutné reflektovat jak ze strany patrona, tak i ze strany klienta. Nespokojenost s mírou aktivity u klientů v patronské práci může poukazovat na několik věcí. Jednak to může být přílišné přebírání odpovědnosti a aktivity patronem, může to ale také poukazovat na aktuální fázi patronské práce, kde u klientů nyní dochází k osamostatňování a větší schopnosti, chuti i potřeby řídit směr, obsah a formu patronské práce. Tato varianta by naplňovala cíle rehabilitace. Vzhledem k tomu, že v rozhovorech klienti popisují, že získali realističtější pohled na svou situaci, kladnější sebezpojetí, vyšší sebedůvěru, naučili se plánovat a vnímají u sebe větší schopnost dosahovat cíle, kloníme se spíše k druhé variantě.

Uvědomujeme si ale, že patronská práce má své limity a to především u klientů, kde primárním problémem nejsou reziduální symptomy, ale spíše celkové osobnostní nastavení – přílišné zaměření na výkon nebo naopak únikové tendence před studijními povinnostmi, které nemají původ v nemoci, ale jsou projevem hlouběji zakotvených konfliktů v osobnostní struktuře klienta.

Samozřejmostí je, že patronská práce může být úspěšná pouze v návaznosti na úspěšnou farmakoterapii a hodně přínosná a ulehčující je pro patronskou práci kvalitní psychoterapie. Z toho plyne potřeba větší propojenosti s psychiatrickou péčí, pravidelnější kontakt s psychiatrem či jiným klíčovým pracovníkem daného klienta.

POUŽITÁ LITERATURA:

- Anthony, W.A.: Recovery from mental illness. The guiding vision of the mental health service system in the 1990's. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1993, č.16.
- Bellack, A.S.: Evaluation of Social Problem Solving in Schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*. 1994, č. 2.
- Birchwood, M., Hallett, S., Preston, M.: *Schizophrenia: An integrated Approach to Research and Treatment*. Longman, London 1988.
- Birchwood, M., Tarrrier, N.: *Innovations in the psychosocial management of schizophrenia*. London, Wiley and sons, 1992.
- Birchwood, M.: Early intervention in schizophrenia: theoretical background and clinical strategies. *British Journal of Clinician Psychiatry* 1992, č.31.
- Bracy, O.: *Cognitive Functioning and Rehabilitation*. The NeuroScience Center 1998.
- Brekke, J.S., Long, J.D., Nesbitt, N., Sobel, E.: The Impact of Service Characteristics on Functional Outcomes from Community Support Programs for Persons With Schizophrenia: A Growth Curve Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1997, č. 3.
- Csernansky, J.G.: *Schizophrenia*. Dekker Incorporated, New York 2001.
- Falloon, I.: *Early intervention for first episodes of schizophrenia*. The Guilford press, New York 1992.
- Falloon, I.: *Family care of schizophrenia*. The Guilford press, New York 1984.

- Finzen, A.: Schizophrenia – die Krankheit behandeln. Psychiatrie-Verlag, Bonn 2003.
- France, J.: Communication and Mental Illness: Theoretical and Practical Approaches. Jessica Kingsley Publishers, London 1999.
- Gleeson, J.F.M., McGorry, P.D. (edit.): Psychological Interventions in Early Psychosis. A Treatment Handbook. John Wiley & Sons Ltd, Chichester 2005.
- Hahlweg, K., Dose, M.: Schizofrenia. Vydavateľstvo F, Trenčín 2000.
- Hendl, J.: Úvod do kvalitativního výzkumu. Karolinum, Praha 1997.
- Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J.: Psychiatrie. Tigis, Praha 2002
- Jarolímek, M.: O lidech kteří onemocněli schizofrenií. Palata, Praha 1996.
- Kalina, K.: Jak žít s psychózou. Portál, Praha 2001.
- Liberman, R.P. et al. (2001): Reguirments for Multidisciplinary Teamwork in Psychiatric Rehabilitation, Psychiatric Services 52, č.10.
- Libiger, J.: Schizofrenie. Psychiatrické centrum, Praha 1991.
- Malá, E.: Schizofrenie v dětství a adolescenci. Grada, Praha 2005.
- Miovský, M.: Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Grada, Praha, 2006.
- Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. WHO, PCP, Praha 2000.
- Motlová, L. Koukolík, F.: Schizofrenie. Neurobiologie, klinický obraz, terapie. Galén, Praha 2004.

- Prevention and Early Intervention Programme for Psychoses. Manual k internímu použití v organizaci. London Health Science Center.
- Perglová, P.: Kognitivní rehabilitace u pacientů se schizofrenií. Dosud nepublikovaná studie 2006.
- Perris, C.: Recognition & Management of Early Psychosis: A Preventive Approach. Cambridge University Press, New York 1999.
- Pieters, G., Peuskens, J.: Rehabilitation of the chronic patient. Garant, Heuvelt, 1995.
- Praško, J.: Skupinová kognitivně-behaviorální terapie depresí. PCP, Praha 1998.
- Psychiatrická rehabilitace. Studijní texty. Cmhcd, Rino Institute Noord-Holland 2005.
- Rahn, E., Mahnkopf, A.: Psychiatrie. Grada, Praha 2000.
- Renschmidt, H.: Schizophrene Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Klinik, Ätiologie, Therapie und Rehabilitation. Schattauer, Stuttgart 2004.
- Roder, V. et al.: Praxishandbuch zur Verhaltenstherapeutischen Behandlung Schizophren Erkrankter. Huber, Bern 2002.
- Roder, V., Brenner, H.D., Kienzle, N., Hodel, B.: Integrovaný psychoterapeutický program pro schizofrenní pacienty (IPT). Triton, Praha 1993.
- Schaub, A., Brenner, H.D.: Aktuelle verhaltenstherapeutische Ansätze zur Behandlung schizophren erkrankten Menschen. DGVT, Tübingen 1996.
- Schefflen, A.: Levels of schizophrenia. New York, Brunner 1981.
- Schizofrenie – edukační program WPA. Amepra, Praha 2003.

- Schizophrenia Society of Canada: Learning about Schizophrenia: Rays of Hope. Reference materiál for Families & Caregivers. Ontario, 2003.
- Smith, G.B., Schwebel, A.I., Dunn, R.L., McIver, S.D.: The Role of Psychologists in the Treatment, Management, and Prevention of Chronic Mental Illness. The International Journal of Psychosocial Rehabilitation, Reprint from: American Psychologist, September 1993 Vol. 48, č. 9.
- Smolík, P: Duševní a behaviorální poruchy. Průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika. Maxdorf, Praha 1996.
- Smutek, M.: Evaluace sociálních programů. Gaudeamus, Hradec Králové, 2005.
- Syřišřová, E. a kol.: Skupinová psychoterapie psychotiků a osob s těžkým somatickým postižením. Avicenum, Praha 1989.
- Train-the trainer program „Principles and Metodology of Psycho Social Rehabilitation“. Storm Rehabilitatie 2002.
- Tůma, I.: Schizofrenie a kognitivní dysfunkce. PCP, Praha 1998.
- Vágnerová, M: Psychopatologie pro pomáhající profese. Portál, Praha 2004.
- Werner, W., Martin, M.: Die Rehabilitation schizophren erkrankter Kinder und Jugendlicher – Konzepte und Erfahrungen in der Leppermühle. Dgvt, Tůbingen 2004.
- Wilken, J.P., Hollander, D.: Psycho Social Rehabilitation: A comprehensive Approach. Storm, Bilthoven 1999.
- Zelená kniha. Programový dokument EU 2005.